



2. Il profilo

Aziendale

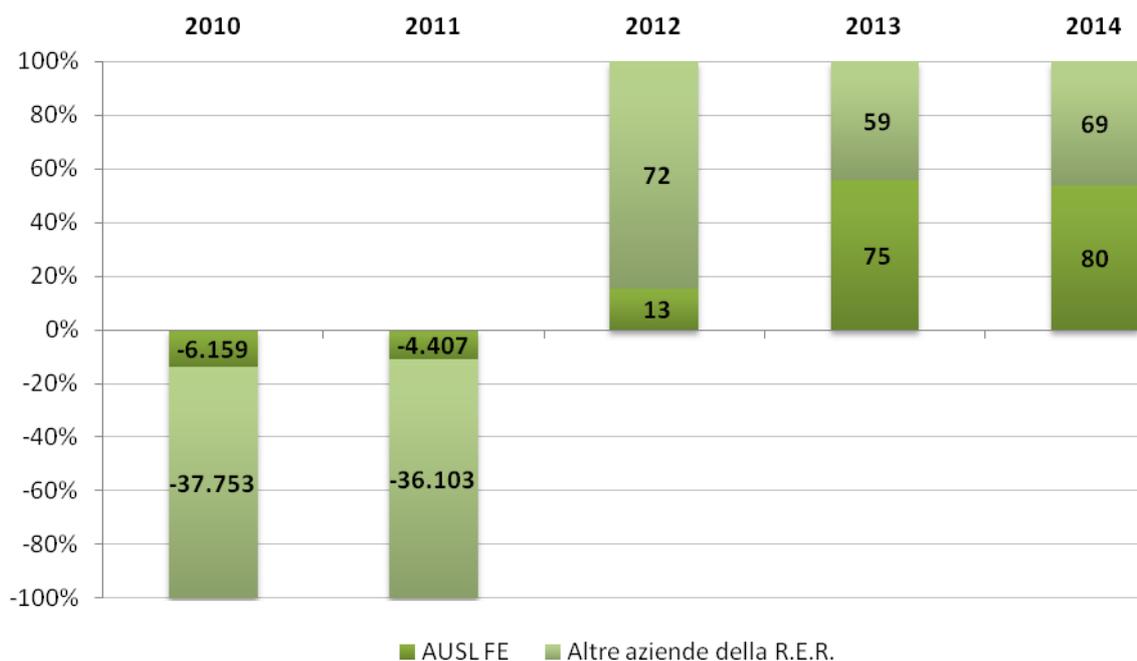
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

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

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

Di seguito una rappresentazione dei risultati netti dell'azienda USL di Ferrara e delle altre aziende sanitarie della RER con azienda ospedaliera dal 2010 al 2014.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna. Importi in Migliaia di Euro

	2010	2011	2012	2013	2014
AUSL FE	€ -6.159	€ -4.407	€ 13	€ 75	€ 80
Altre aziende con Az. Osp.	€ -37.753	€ -36.103	€ 72	€ 59	€ 69
Totale	€ -43.912	€ -40.510	€ 85	€ 134	€ 149

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna. Importi in Migliaia di Euro

Obiettivo economico 2014. Secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 217/2014, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti, l'obiettivo economico per l'anno 2014 era rappresentato:

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

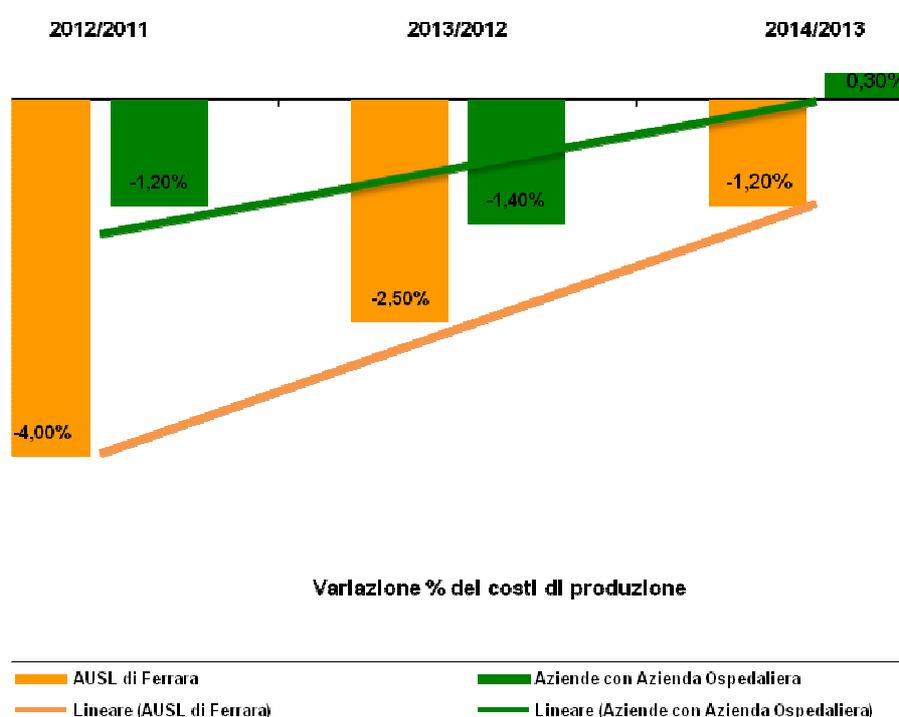
La gestione 2014 dell'Azienda USL di Ferrara, in sede di consuntivo, raggiunge l'obiettivo e chiude con un utile di esercizio di 80.460 euro.

La quota di finanziamento regionale, comprensiva del contributo al sostegno del processo di riorganizzazione provinciale assegnata con DGR 217/2014 e al netto della quota disabili del Fondo Sanitario Regionale da trasferire

al FRNA, nonché del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere, si è mantenuta costante tra il 2013 ed il 2014. La Regione, nell'ambito delle Delibere di Giunta Regionale n. 1735 del 3/11/2014 e n. 2008 del 22/12/2014, ha finanziato gli ulteriori fabbisogni emersi dalle Aziende Sanitarie in sede di verifica infrannuale. Rispetto al complessivo livello Regionale finanziato l'Azienda USL di Ferrara ha assorbito appena lo 0,8% della propria quota capitaria (la percentuale più bassa tra le Aziende Regionali) contro un livello medio di assorbimento del 1,7%.

Il risultato raggiunto nel 2014 da conto di una condizione che, sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dal 2010, con il conseguimento del pareggio economico già nel 2012 e confermato nel 2013 e nel 2014, è stato fondamentale per raggiungere la sostenibilità economica, senza rinunciare agli obiettivi di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie. Nel 2014 si è rafforzato il modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con la locale Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi in una logica provinciale.

Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara sin dal 2011 un trend in decremento.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

La linea di tendenza evidenzia un calo maggiore rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali con Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento. Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

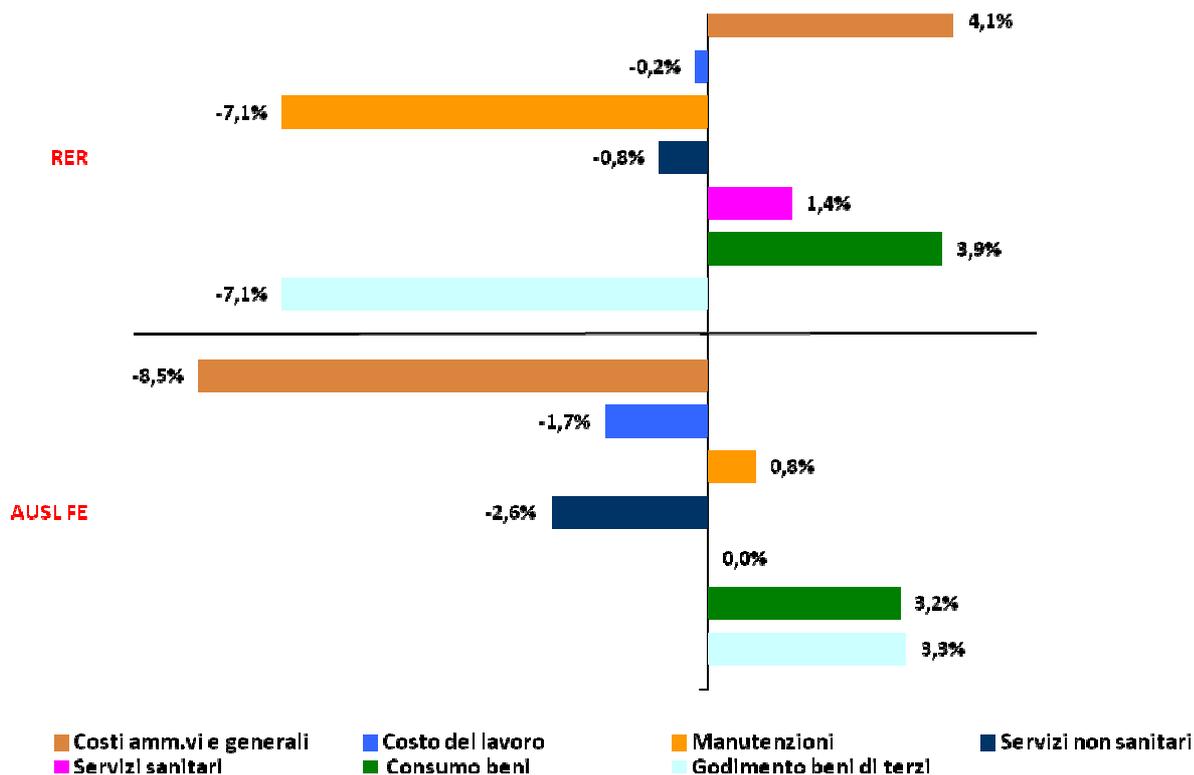
- **Servizi Non Sanitari** – 2,6%. Il decremento si concentra prevalentemente nel servizio di riscaldamento, grazie all'importante razionalizzazione dei costi ottenuta con il nuovo contratto intercenter. Si conferma anche nel 2014 il trend in decremento dei servizi di ristorazione e lavanderia per il proseguimento del piano organizzativo della rete ospedaliera. Si sono inoltre registrati importanti risparmi sulla telefonia, grazie all'adesione in AVEC. E' inoltre continuata la rinegoziazione del costo unitario delle forniture di beni e servizi, come disposto dal dettato normativo della "spending review". Ulteriori risparmi sono imputabili all'acqua per la chiusura di alcune sedi e all'energia elettrica quale conseguenza del calo dei consumi registrato durante il periodo estivo per effetto del minor uso dei condizionatori.

- Costi Amm.vi e Generali -8,5%. Il decremento è stato determinato dal calo dei costi per lavoro autonomo e consulenze non sanitarie, le spese postali, le imposte e tasse non sul reddito (ex tasi) e per i contributi ad az. Pubbliche (contributi per lotta alla zanzara tigre).
- Costo del lavoro -1,7%. Nell'ambito di un contesto economico e normativo che ha previsto una drastica riduzione della spesa per le risorse umane, l'azienda ha concretizzato le azioni previste dal Piano di sostenibilità 2013-2016, finalizzate a contribuire alla salvaguardia dei livelli di assistenza ed alla sostenibilità economica di sistema in sintonia con gli adeguamenti conseguenti alla ridefinizione del complessivo fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo lo stretto controllo delle condizioni di efficienza e appropriatezza.

Gli aggregati che hanno registrato un trend incrementale sono:

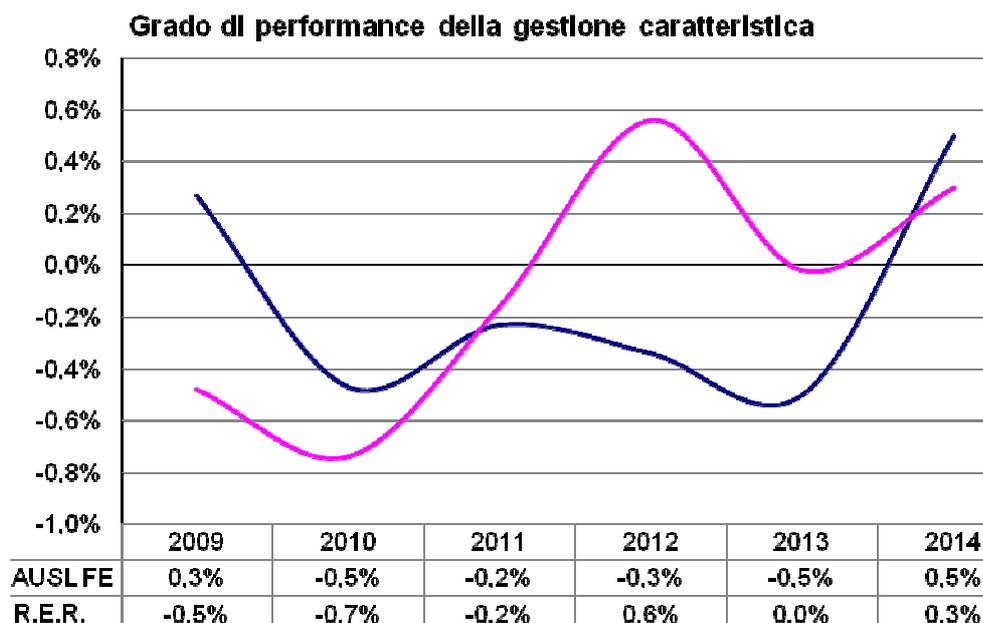
- a) Beni di consumo, + 3,2%. L'incremento è imputabile al maggior di consumo di farmaci causato da una serie di situazioni contingenti quali: l'aumento dell'erogazione diretta di farmaci per malattie rare (mucopolisaccaridosi, malattia di Fabry) e per la cura del Diabete (insulina) erogati presso l'Azienda Ospedaliera; farmaci in distribuzione per conto (sangue ed emopoietici, sistema cardiovascolare, sistema nervoso); farmaci ospedalieri (antineoplastici e immunomodulatori orali in erogazione diretta). All'interno di tale aggregato si è inoltre registrato un trend in decremento per il consumo dei dispositivi medici, confermando un indice di spesa per dimesso nettamente inferiore alla media Regionale
- b) Godimento Beni di Terzi +3,2%. L'aggregato comprende, come da classificazione regionale, noleggi, affitti passivi e services. Proprio quest'ultima voce è incrementata a seguito del services per nutrizione enterale e del service TAO, ora gestito con il medesimo software informatico nell'ambito del Laboratorio Unico Provinciale. All'interno dell'aggregato si rileva una diminuzione nei fitti passivi per la chiusura di alcune sedi e nel noleggio attrezzature sanitarie per la contrattazione dei contratti con i fornitori.
- c) Manutenzioni +0,8%. Incrementano soprattutto le manutenzioni software per il potenziamento informatico di alcuni servizi sanitari (area anziani e ADI) e per l'attivazione di Lepida.

Il grafico di seguito esposto rappresenta i diversi andamenti, raffrontando l'azienda USL di Ferrara e le aziende sanitarie della RER con Azienda Ospedaliera.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

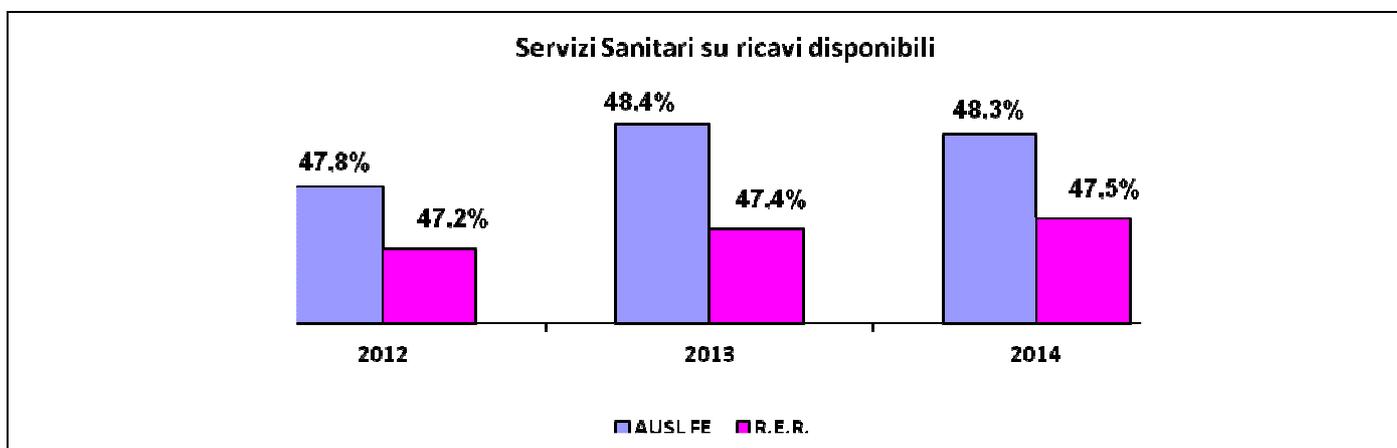
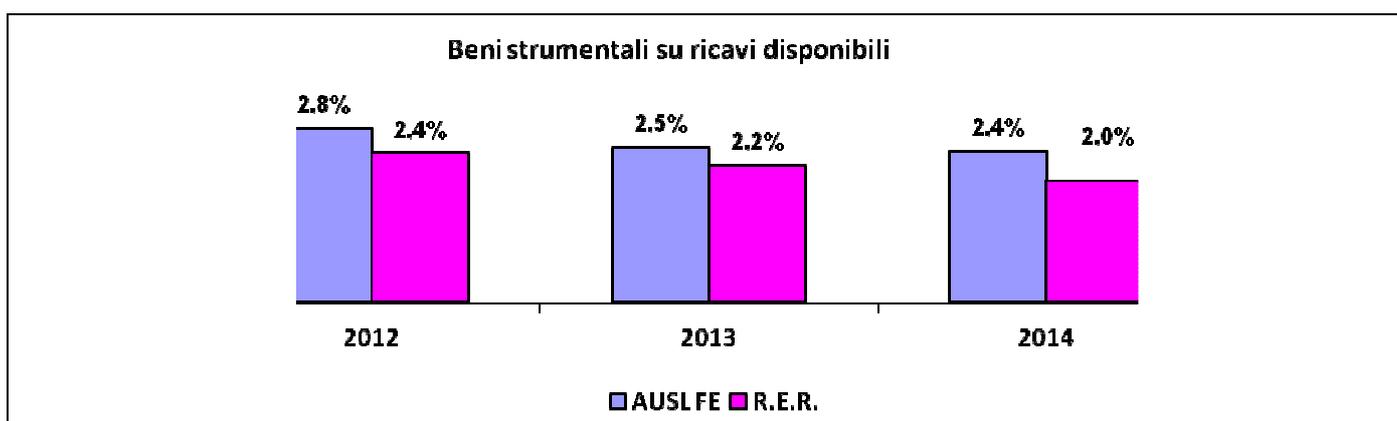
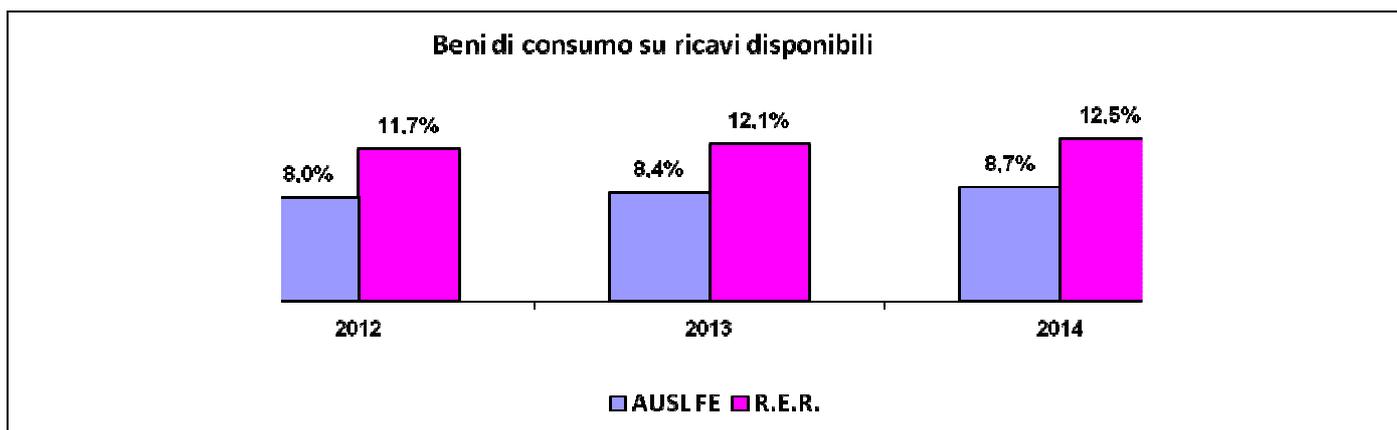
Grado di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili, ovvero il rapporto tra il risultato della gestione ordinaria (al netto delle sopravvenienze, degli oneri finanziari e delle tasse) e il valore della produzione al netto della mobilità passiva. Esprime il grado di copertura dei costi con i ricavi della gestione caratteristica, ovvero le operazioni che riguardano l'attività tipica dell'azienda.

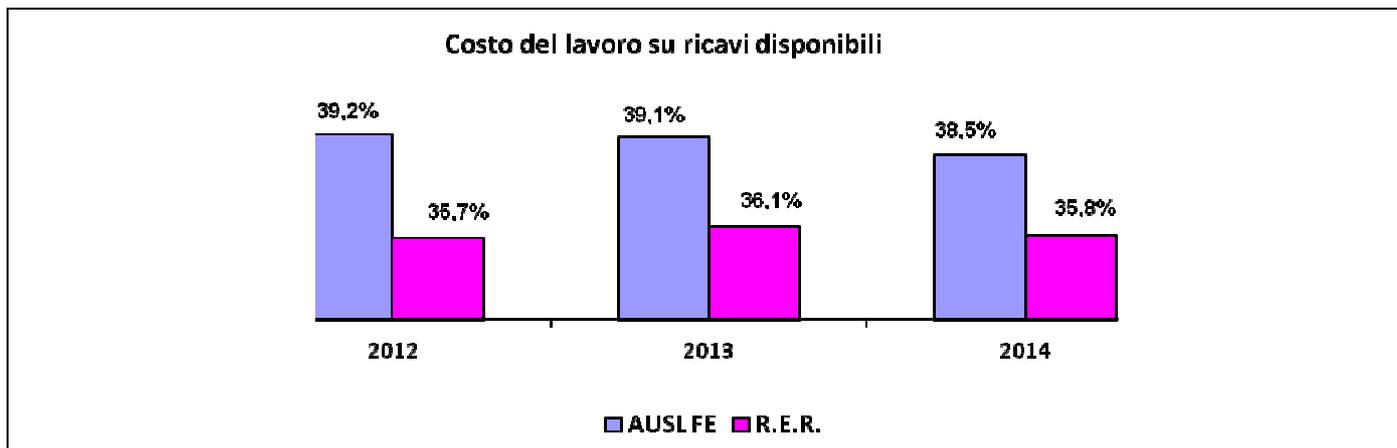


Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

Il periodo 2010-2013 è stato caratterizzato da un risultato della gestione caratteristica negativo, a cui si è contrapposta una forte componente di proventi straordinari che ha consentito il raggiungimento del pareggio di bilancio. Il 2014 vede un cambio di tendenza, con il risultato della gestione caratteristica positivo e con un valore dell'indicatore più alto rispetto alla media regionale.

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

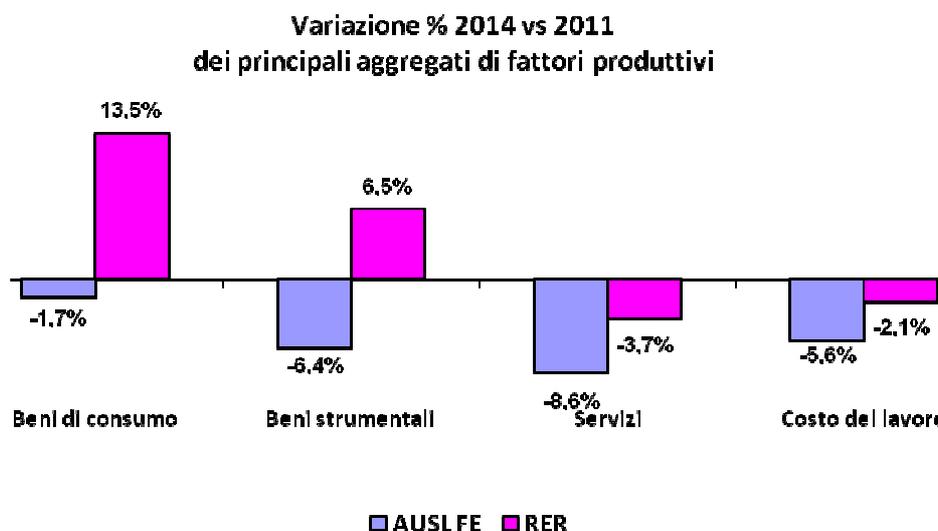




Il trend gestionale dell'ultimo triennio (2014 vs 2011) da conto dello sforzo compiuto verso una maggiore efficienza nell'utilizzo di tali fattori produttivi:

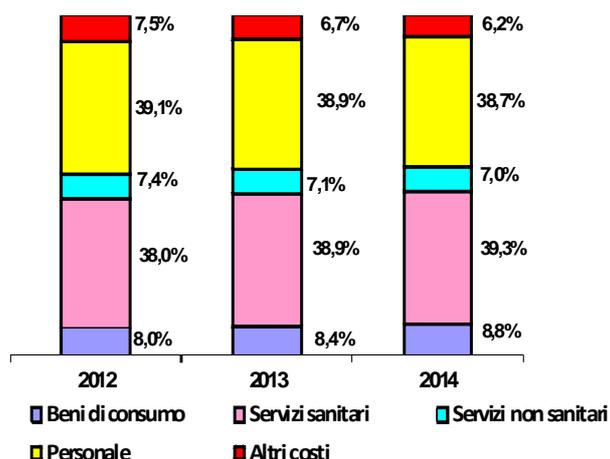
- il costo del lavoro ha registrato una riduzione percentuale del -5,6% contro una media regionale del -2,1%;
- il costo dei servizi si riduce del -8,6% contro una media del -3,7%.
- I beni di consumo rimangono in decremento del -1,7% a fronte di una media del +13,5%. Tale variazione in riduzione non si evidenzia nettamente nel relativo indicatore (rapporto percentuale sui ricavi disponibili) a causa della maggiore riduzione di quest'ultimi (-6,8%) rispetto alla variazione dei fattori produttivi.

Di seguito un grafico riassuntivo di questo trend.

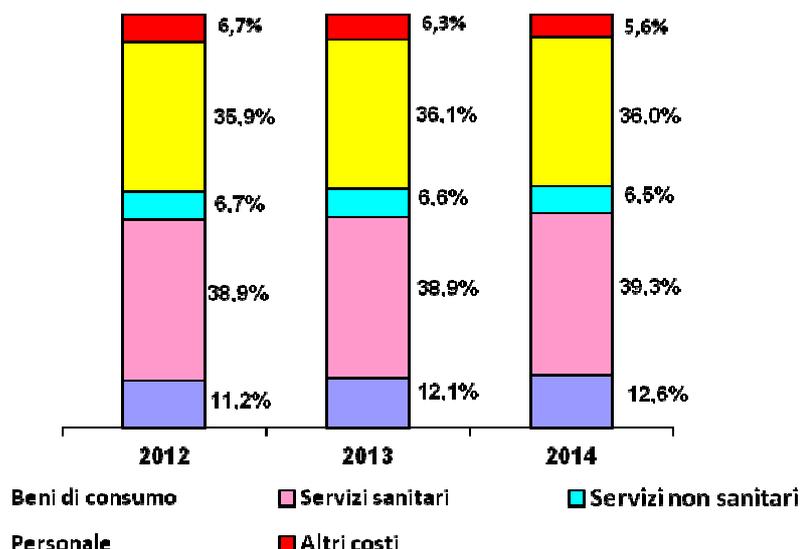


La composizione percentuale dei costi di esercizio dell'azienda rimane praticamente invariata rispetto gli anni scorsi e viene di seguito rappresentata da una serie di grafici a istogramma.

Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



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

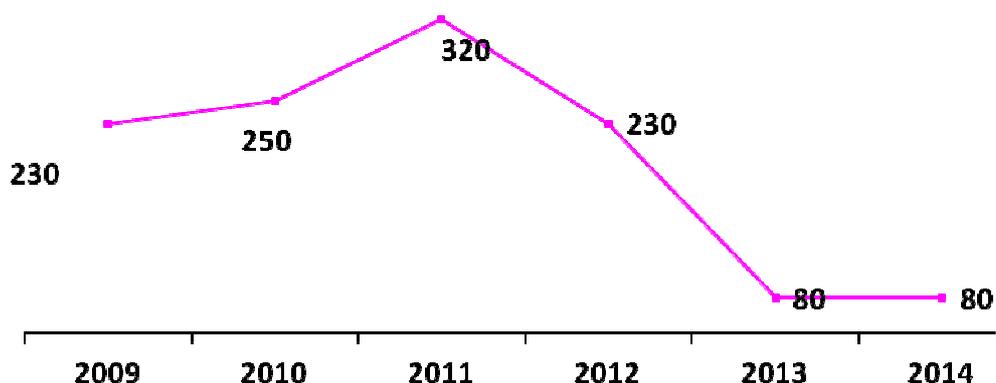


Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

Sostenibilità finanziaria

Si vuole qui rappresentare in forma sintetica la situazione finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara. La sostenibilità finanziaria 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. Di seguito la rappresentazione della durate dei debiti dal 2009 al 2014.

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



Sostenibilità patrimoniale

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

- la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali;
- le 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.

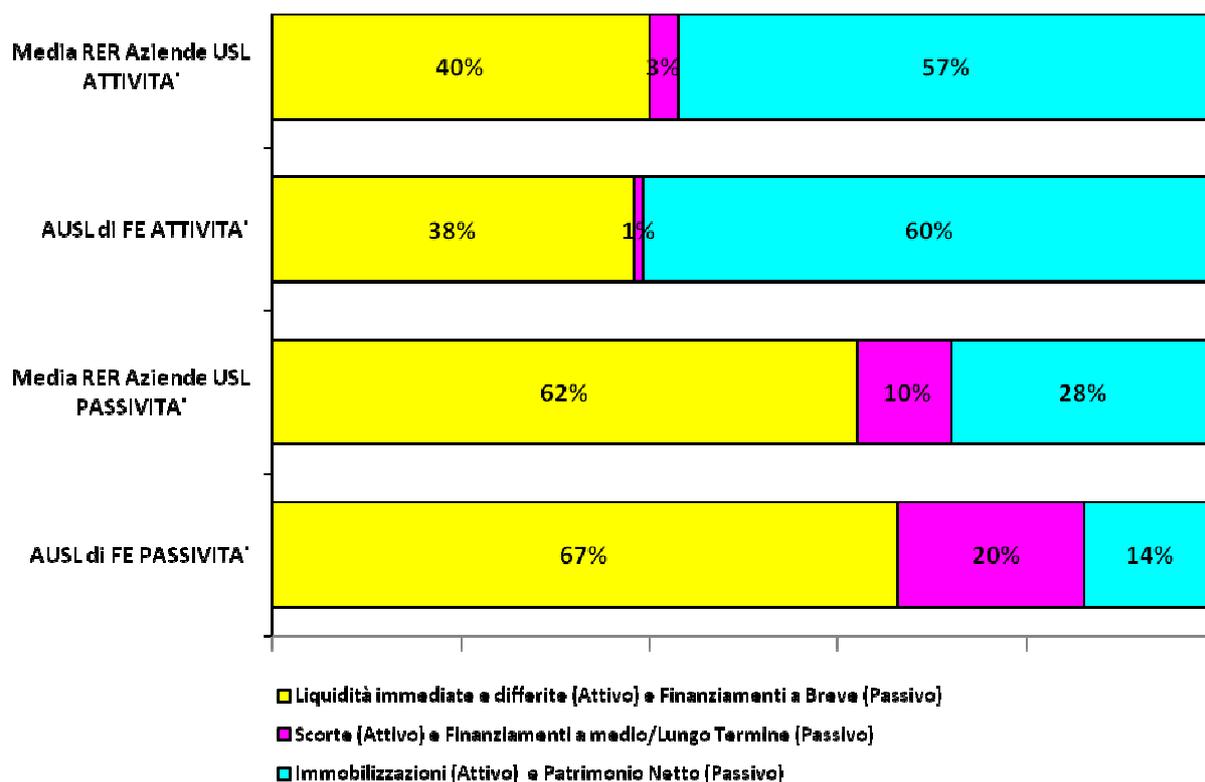
Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria

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.

Le tabelle di seguito esposte mettono a confronto i dati dell'Azienda USL di Ferrara con l'ipotetico Stato Patrimoniale consolidato, ottenibile dall'insieme delle Aziende USL nel cui territorio insiste l'Azienda Ospedaliera.

UFE			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	38%	67%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	20%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	60%	14%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

RER			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	40%	62%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	57%	28%	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

Sul fronte attivo le liquidità immediate o differite passano dal 32% del 2013 al 40% del 2014; tale variazione si è determinata per effetto dell'aumento della liquidità immediata da parte del Tesoriere.

Rispetto alla media regionale si riscontra, dal lato attivo una maggior propensione alle immobilizzazioni (57%), mentre, dal lato passivo una maggior propensione ai debiti a breve termine (60%).

Il passivo dell'Azienda USL di Ferrara, nel 2014, è composto per il 67% da debiti a breve termine che nel 2013 rappresentavano, invece, il 75% del totale. Tale trend decrementale era già iniziato nel 2013 come effetto del piano pagamenti ai fornitori scaturito dal ricorso all'anticipazione di liquidità straordinaria regionale.

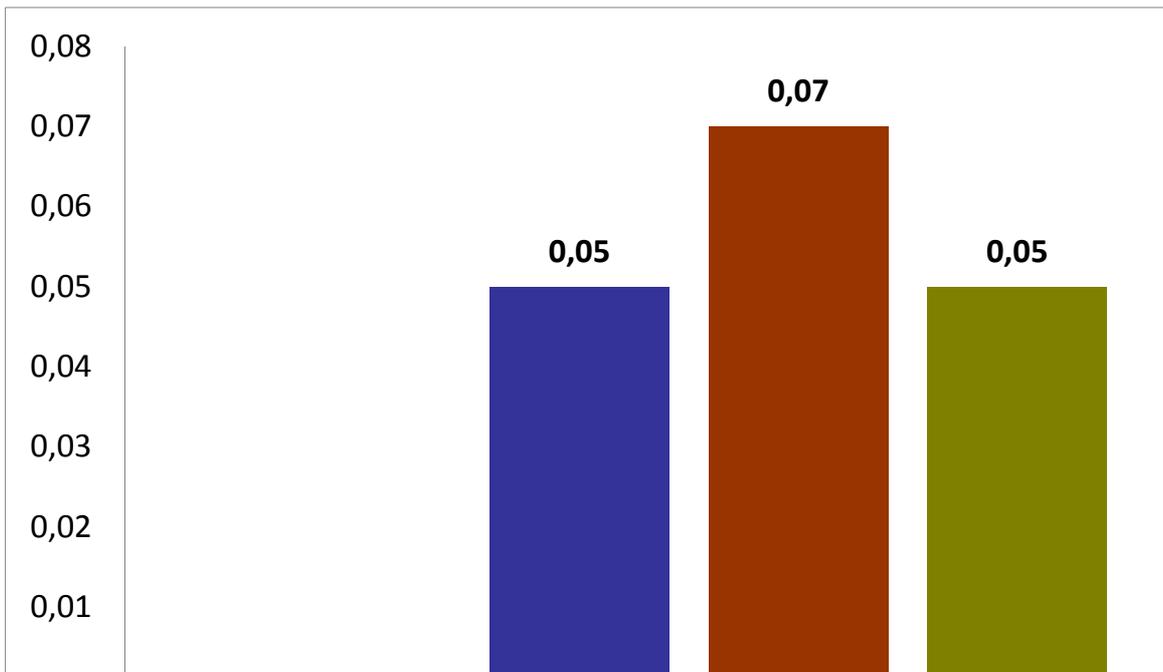
Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

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

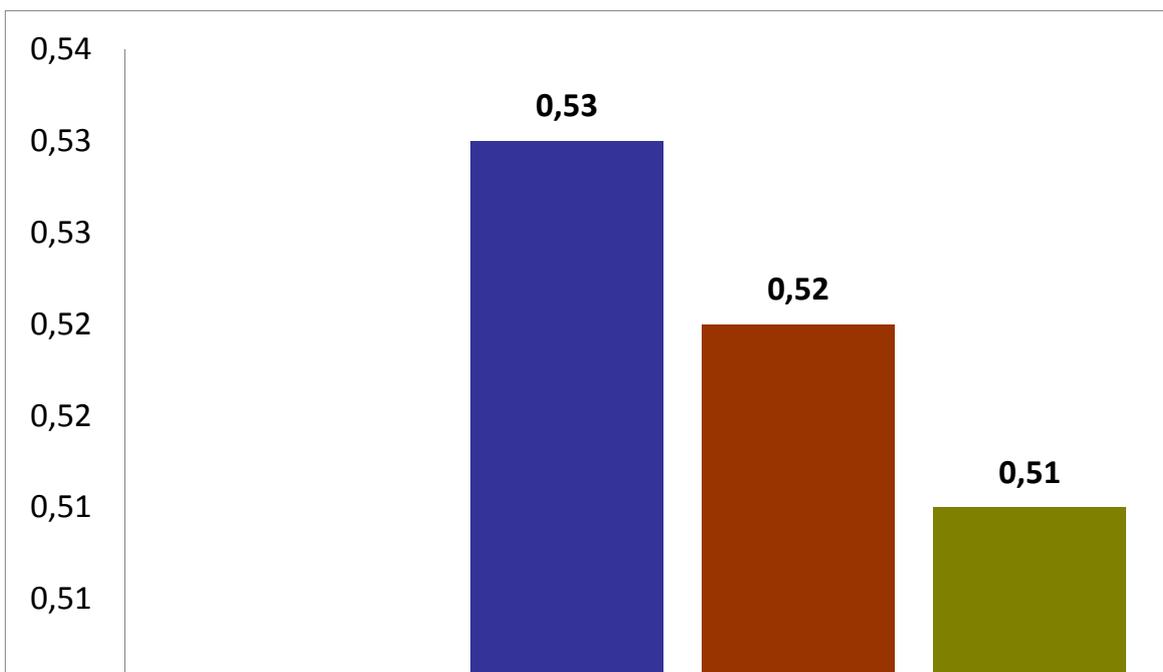
PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI	2012	2013	2014	2012 (a) / (b)	2013 (a) / (b)	2014 (a) / (b)
Nuovi investimenti (a)	6.507.496	9.642.572	7.763.046	0,05	0,07	0,05
Valore immobilizzazioni (b)	143.721.222	144.885.000	144.209.309			

Tasso di Obsolescenza	2012	2013	2014	2012 (a) / (b)	2013 (a) / (b)	2014 (a) / (b)
Valore residuo delle immobilizzazioni (a)	143.721.222	144.885.000	144.209.309	0,53	0,52	0,51
Totale investimenti lordi (b)	273.489.723	276.103.710	284.614.821			

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. Dopo un'inversione di trend nel 2013, che aveva portato l'indice allo 0,07%, il 2014 riporta il valore dell'indice ai livelli del 2012 (0,05%).



Il tasso di obsolescenza misura il grado di vetustà delle Immobilizzazioni (più è piccolo maggiore è il grado di obsolescenza) e per l'Azienda USL di Ferrara si evidenzia un trend decrescente nel triennio considerato.

Consolidato 2014

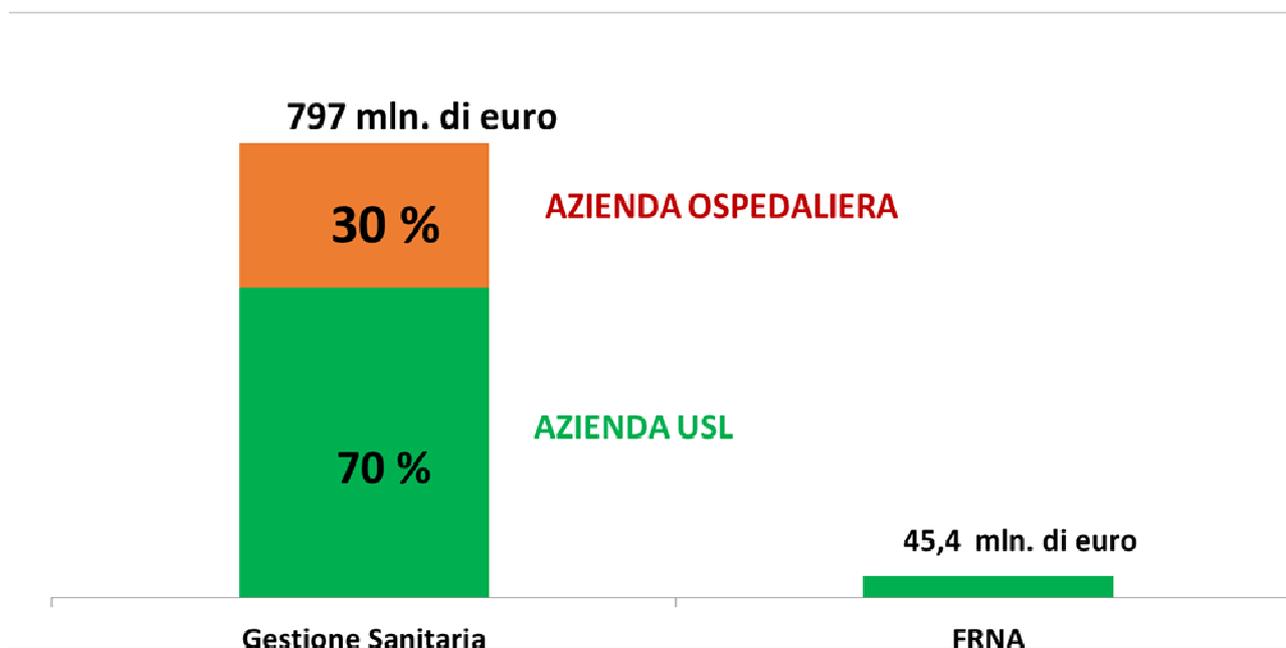
La necessità di condurre un'analisi economica secondo un modello di consolidato provinciale è richiesta sicuramente quale supporto al processo di integrazione organizzativa tra le due Aziende già cominciato con la costruzione dei Dipartimenti Interaziendali amministrativi, poi proseguito con i più recenti servizi unici interaziendali e delle reti cliniche provinciali e che vedrà il suo completamento con la stesura e successiva applicazione dell'Atto Aziendale Unico per le due Aziende Provinciali

CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO PROVINCIALE

Il conto economico consolidato provinciale, costruito secondo la tecnica contabile di elisione delle poste di ricavo e costo reciprocamente compensative, evidenzia un volume economico complessivo destinato esclusivamente alla gestione sanitaria pari a 797 mln. di euro, di cui il 70% a carico dell'Azienda USL e il restante 30% a carico dell'Azienda Ospedaliera.

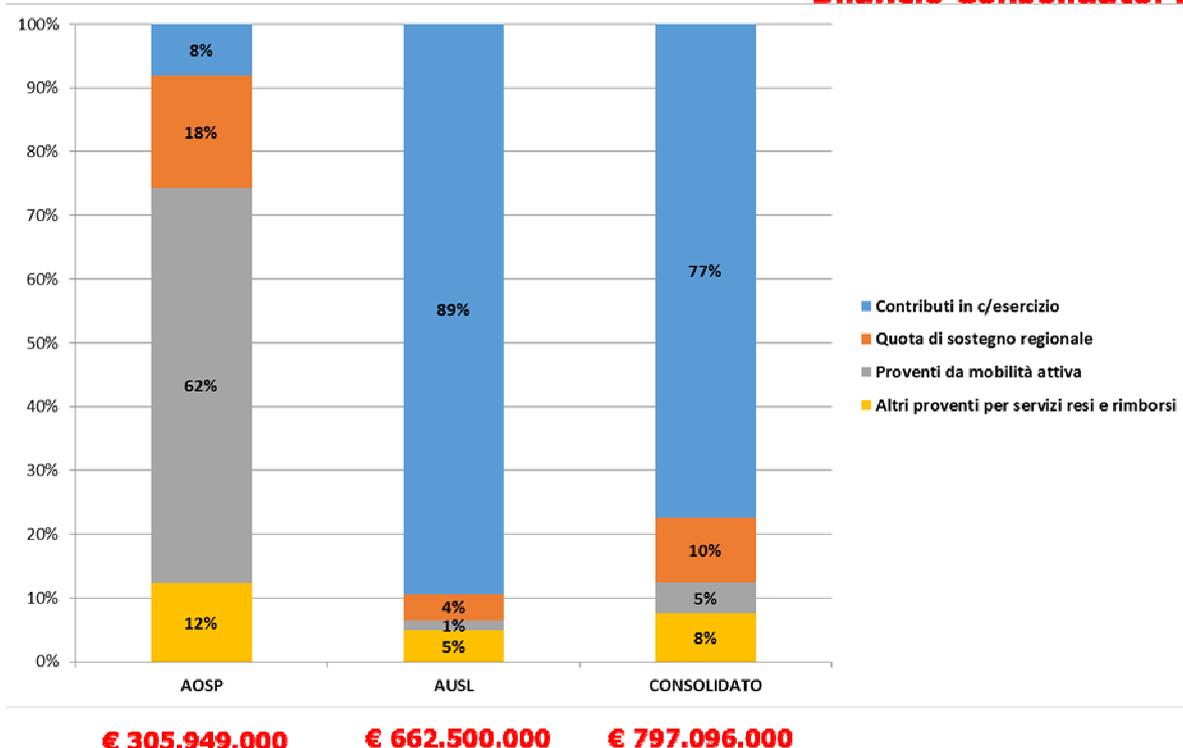
A questa cifra si aggiungono i 45 mln. destinati alla gestione del Fondo Regionale per la non Autosufficienza iscritti nel bilancio dell'Azienda AUSL

CE CONSOLIDATO PROVINCIALE



Analizzando separatamente la componente Ricavi da quella dei costi, sempre utilizzando la tecnica di elisione delle poste compensative che porta in particolare a non considerare i ricavi dell'Azienda Ospedaliera per mobilità infraprovinciale, il bilancio consolidato evidenzia una composizione per il 77% rappresentata da contributi d'esercizio regionali e per un ulteriore 10% dalla quota di sostegno al processo di riorganizzazione che rappresentano una componente fissa e non legata ai volumi produttivi.

Bilancio Consolidato: Ricavi



Dal lato costi, con la stessa metodologia di aggregazione, il consolidato evidenzia una composizione prevalentemente costituita da Personale e Servizi Sanitari (tra cui medici convenzionati) per un 60% complessivo. Da ciò risulta evidente la consistenza della componente di gestione della risorsa umana nel governo dei servizi sanitari

Bilancio Consolidato: Costi



Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER

DATI ECONOMICI MOBILITA' SANITARIA

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

Non sono da sottovalutare, nelle motivazioni relative all'incremento della mobilità passiva infra ed extra RER, gli effetti di trascinarsi dell'evento sismico del maggio 2012 che ha provocato l'inagibilità di diverse strutture sanitarie e ha indotto parte della cittadinanza a rivolgersi a strutture fuori dell'area provinciale e/o regionale con conseguente presa in carico per la continuità delle cure.

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

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

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

Anno 2013	Passiva Infra RER	Attiva Infra RER	Attiva Infra RER-AOSP	Saldo
Degenze	29.647.373	6.105.488	6.974.642	-16.567.243
Specialistica	5.390.777	1.810.466	2.041.970	-1.538.341
Farmaceutica	1.100.213	1.097.378	-	-2.835
Distribuzione Diretta	2.161.945	151.153	1.635.785	-375.007
Medicina di Base	376.332	188.261	-	-188.070
	38.676.641	9.352.746	10.652.398	-18.671.497

Mobilità sanitaria extraregionale

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

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

Anno 2013	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER-AOSP	Saldo
Degenze	22.982.628	2.982.948	13.734.679	-6.265.001
Specialistica	10.308.204	616.411	2.671.698	-7.020.095
Farmaceutica	317.287	407.243	-	89.956
Distribuzione Diretta	1.567.228	109.393	1.705.054	247.219
Medicina di Base	108.127	199.602	-	91.475
Trasporti	264.120	231.525	-	-32.595
Termale	466.533	-	-	-466.533
	36.014.127	4.547.122	18.111.432	-13.355.573

Note:

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

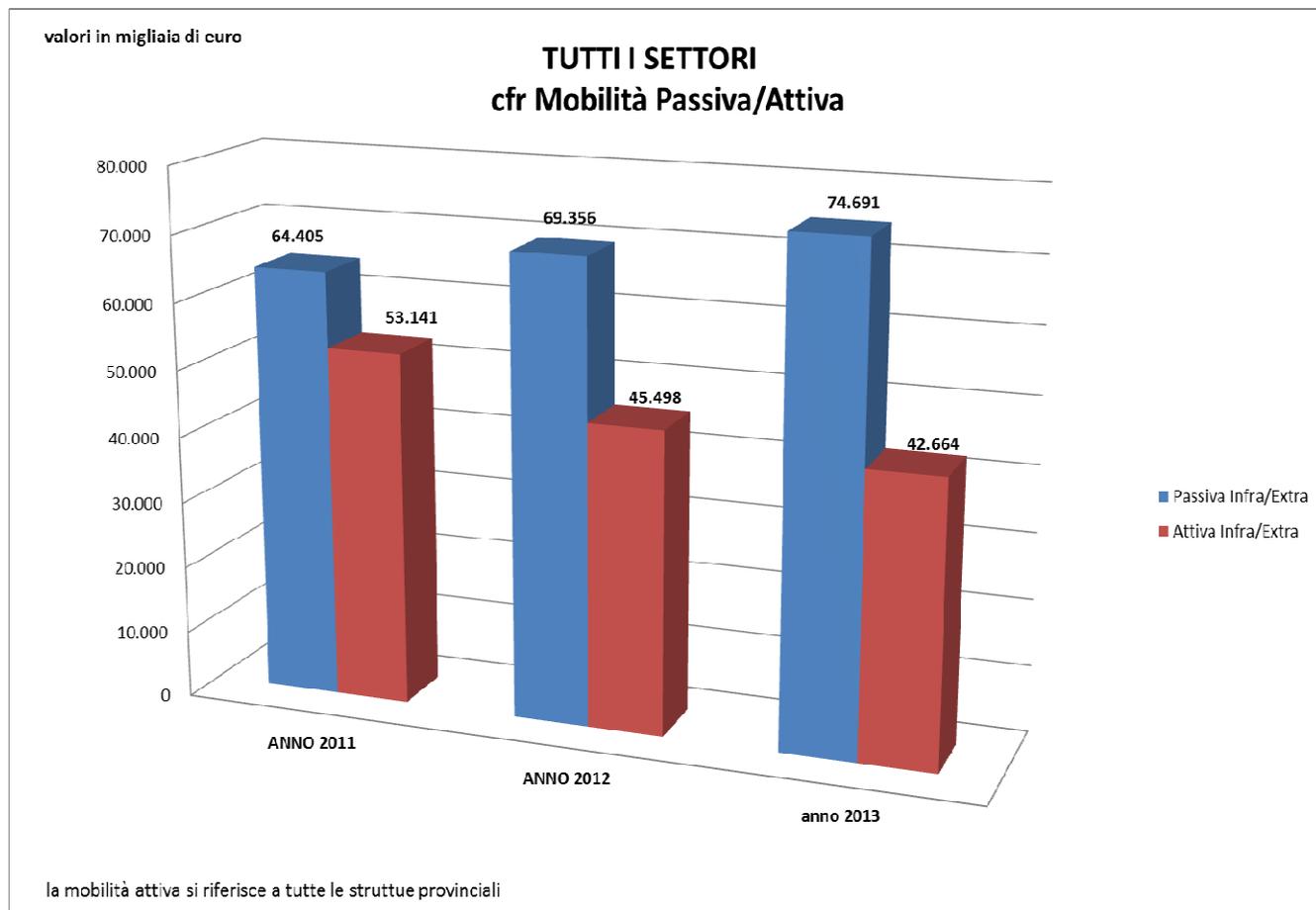
Specialistica: Valori riferiti a prestazioni erogate da strutture pubbliche e private

I valori riferiti alla Passiva Extra RER anno 2013 non comprendono gli importi da stornare per "contestazioni/controdeduzioni accolte", e per "sconti" e "penalità" derivanti dagli accordi con altre regioni ad oggi ancora non definite a livello regionale.

Le tabelle seguenti mostrano graficamente l'andamento della situazione economica riferita al complesso della mobilità attiva e passiva dell'ultimo triennio 2011-2013.

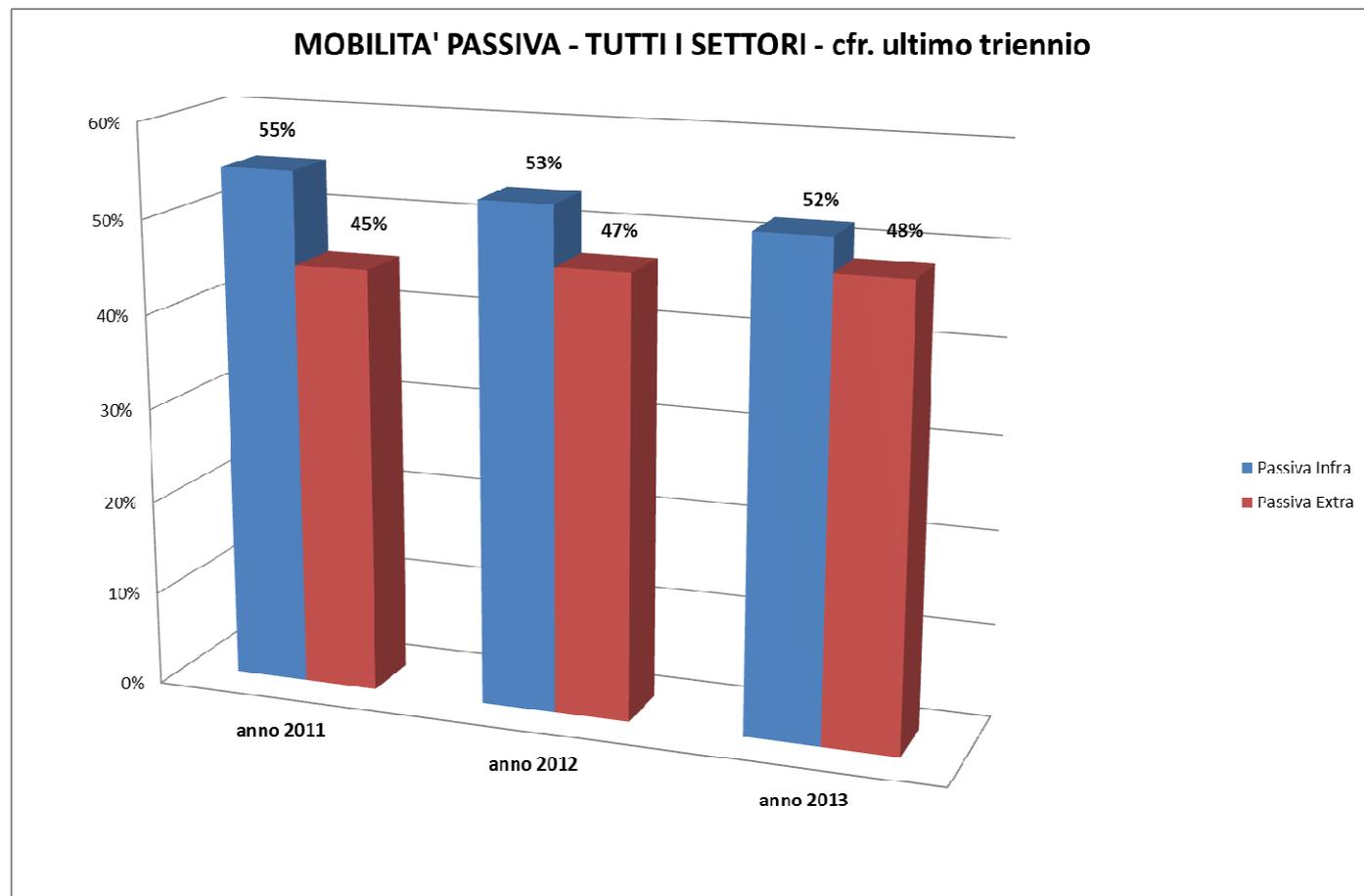
Tab. 1 – Importi economici complessivi di mobilità Passiva e Attiva (strutture provinciali)

Si evidenzia un aumento nel triennio della mobilità passiva del 16,0% ed una contrazione della mobilità attiva del 19,7% - valori comunque non definitivi non essendo ancora consolidato per la mobilità extraregionale il processo di contestazioni/controdeduzioni accolte, né le ricadute economiche in termini di penalità/sconti, relative all'applicazione degli accordi tra regioni.



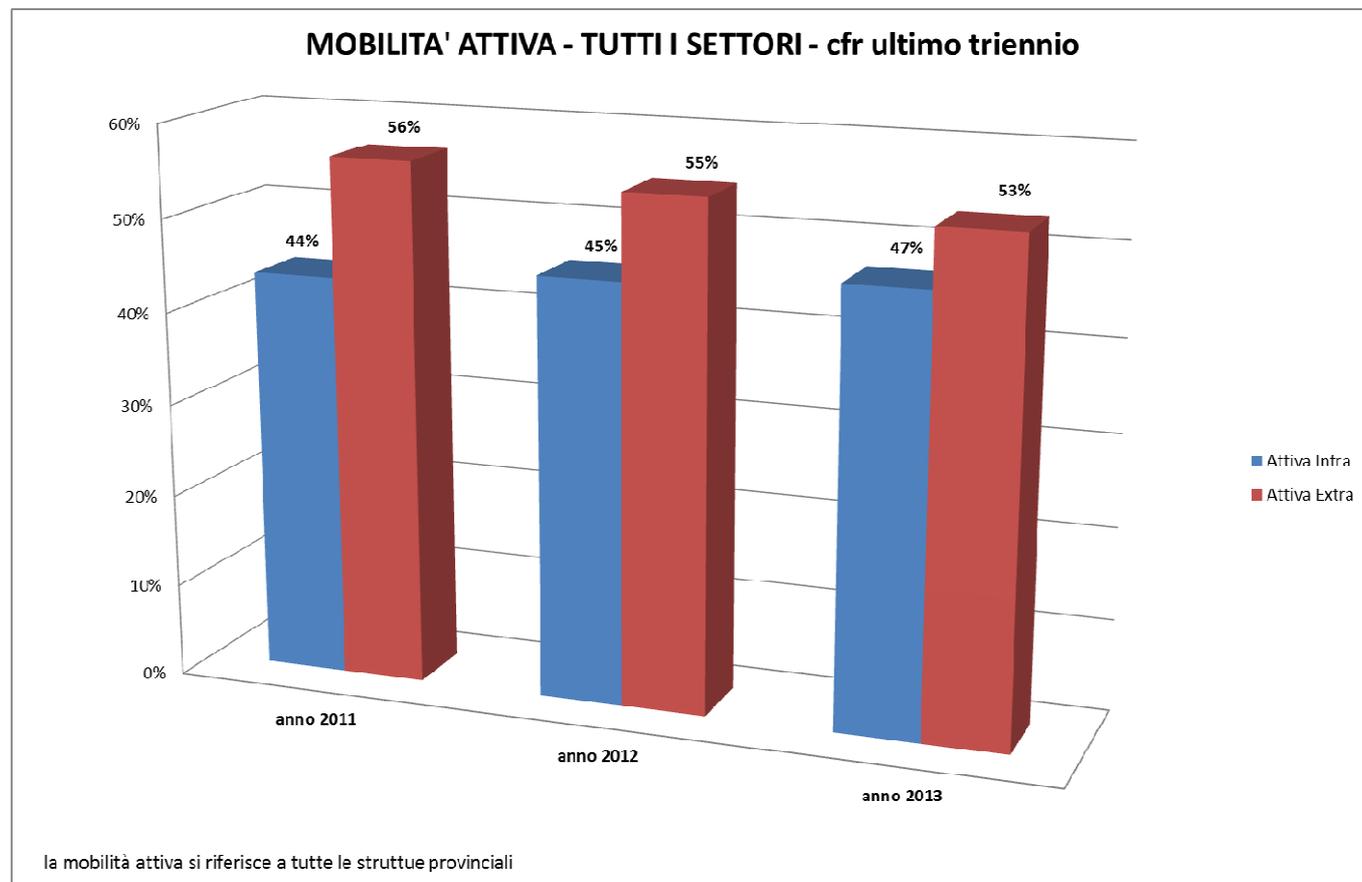
Tab.2 – Distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva

La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva evidenzia una variazione del rapporto tra la Mobilità Passiva Infra ed Extra regionale, nel triennio, nell'ordine del 3% con una contrazione della mobilità all'interno della regione e corrispondente incremento della mobilità verso altre regioni.



Tab 3 – Distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra regionale.

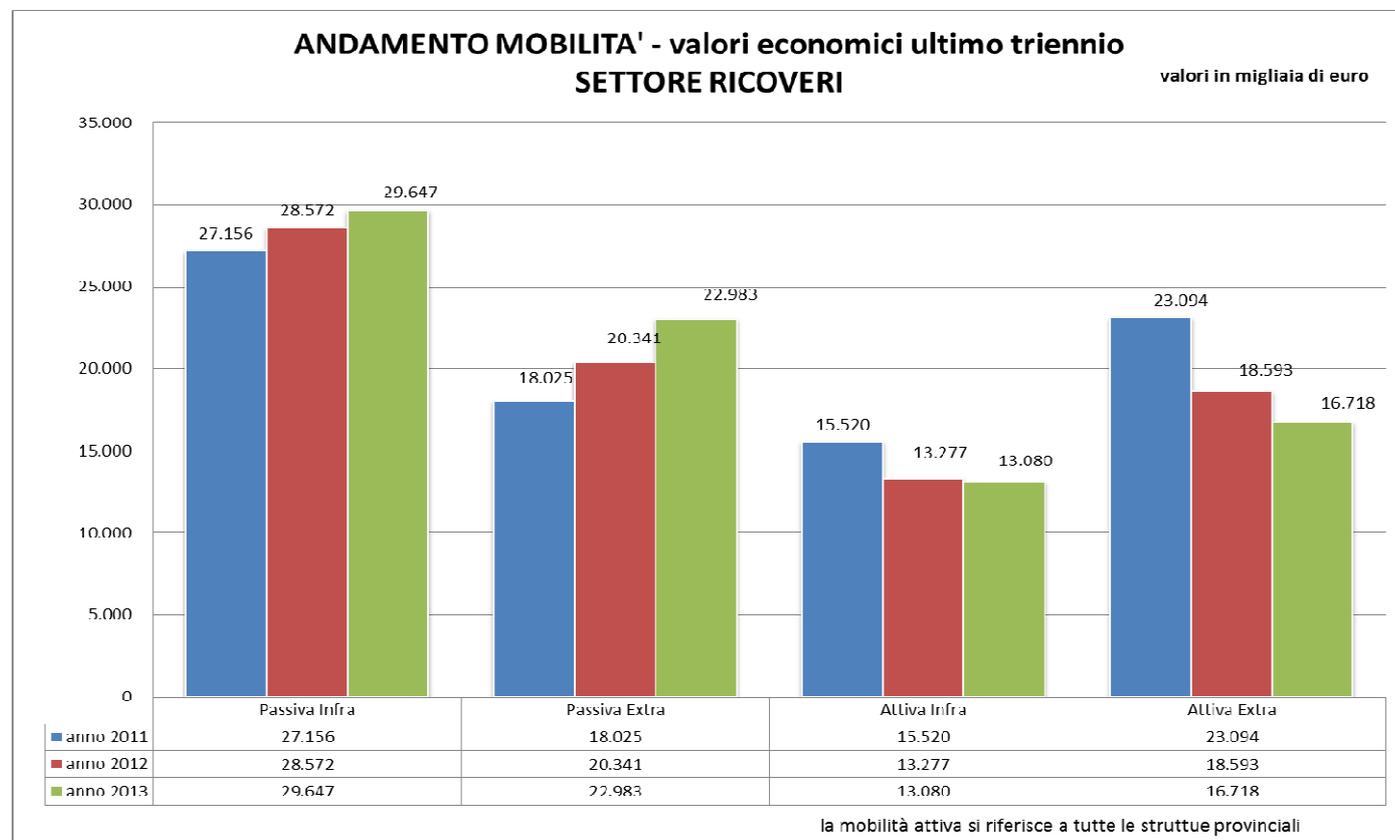
La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra regionale mostra un andamento relativamente costante nel triennio con un incremento della mobilità attiva all'interno della regione nell'ordine del 3% e corrispondente decremento nella capacità di attrazione da altre regioni



Settore Ricoveri:

Tab. 4 – Andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2011-2013

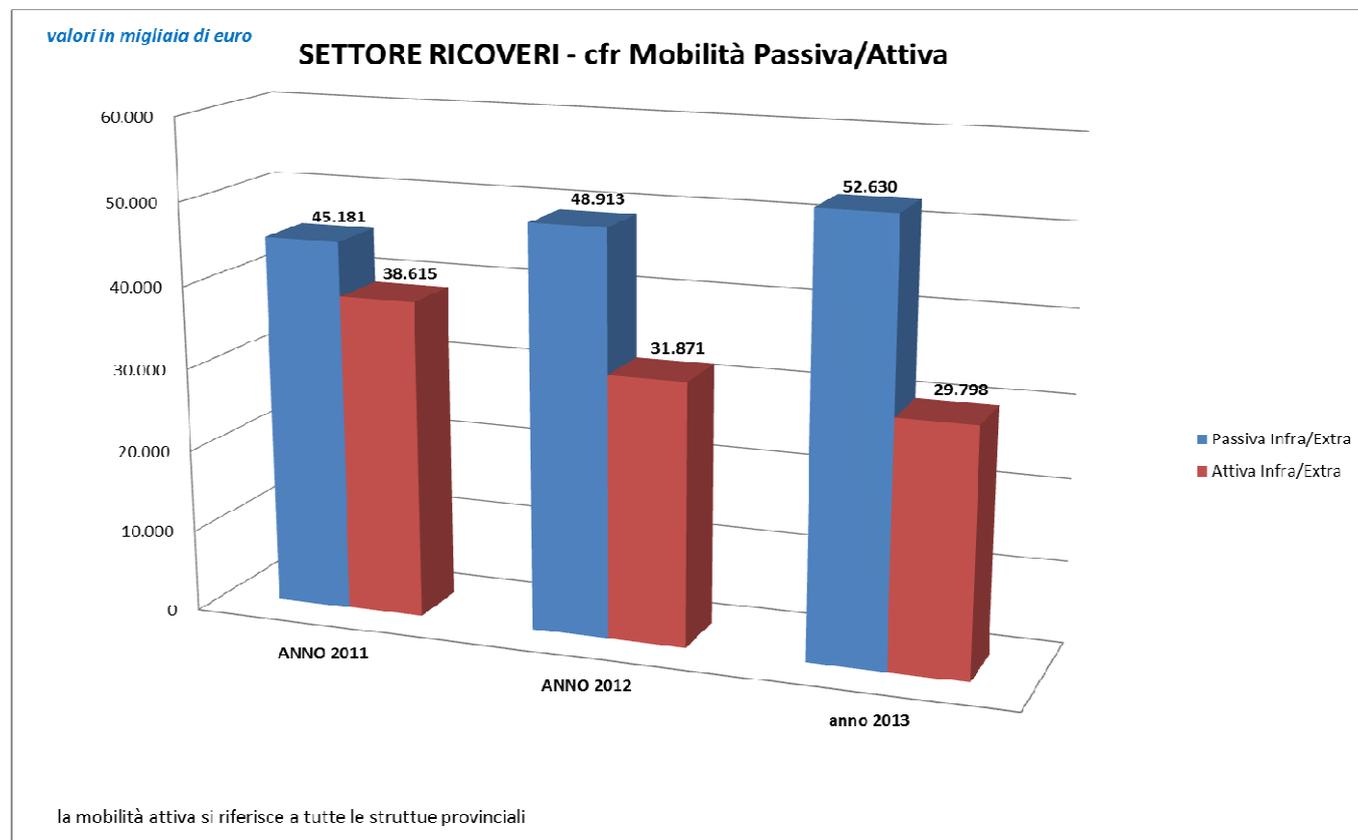
L'andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2011-2013 mostra, per il settore ricoveri, l'incremento economico della mobilità passiva, sia verso aziende all'interno della regione (+9%) che verso aziende di altra regione (+28%). Decremento sulla mobilità attiva sia infra (-16%) che extra (-28%)



Tab. 5 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore degenze cresce nel triennio del 16,4%.

Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 22,8%.

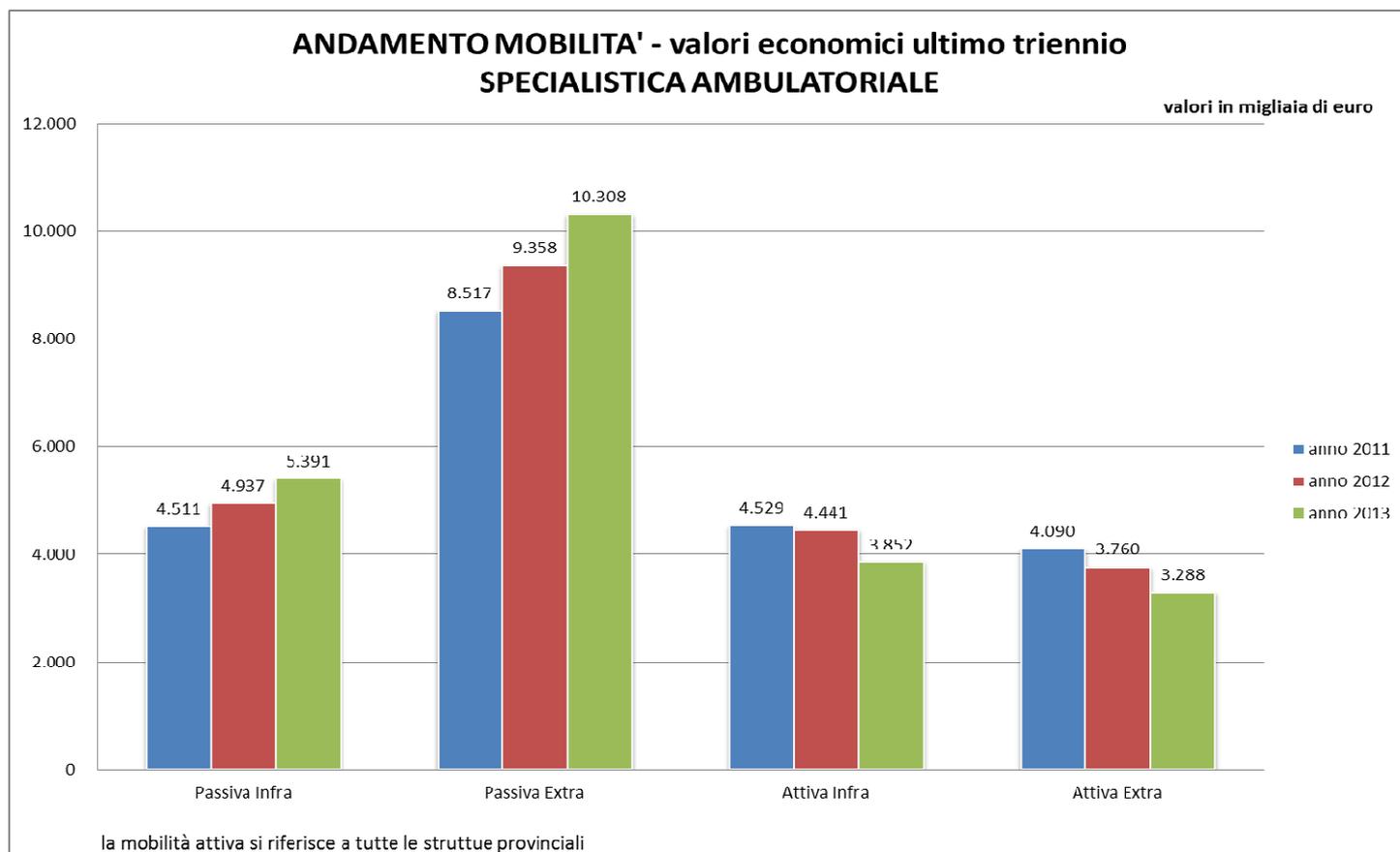


Settore Specialistica:

Tab. 6 – L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013

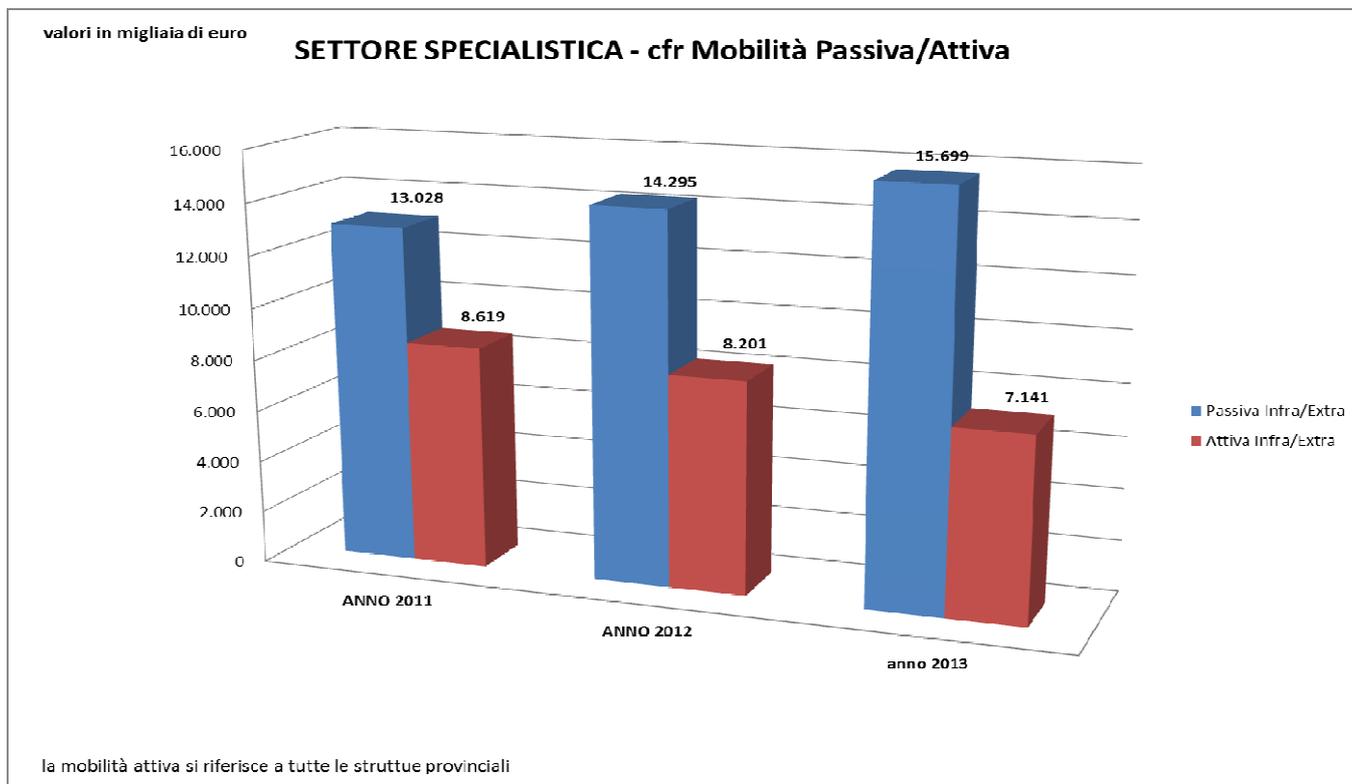
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 vede un costante aumento della mobilità passiva sia infra che extra regionale nell'ordine del +9/+ 10% annuo.

Per la mobilità attiva che vedeva negli anni precedenti una sostanziale tenuta nella capacità di attrazione, per l'anno 2013 registra un decremento sia rispetto ai residenti di altre province della regione Emilia-Romagna (-15%), sia rispetto ai residenti di altre regioni dove il decremento è superiore al 19%.



Tab. 7 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore specialistica cresce nel triennio del 20%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 17%

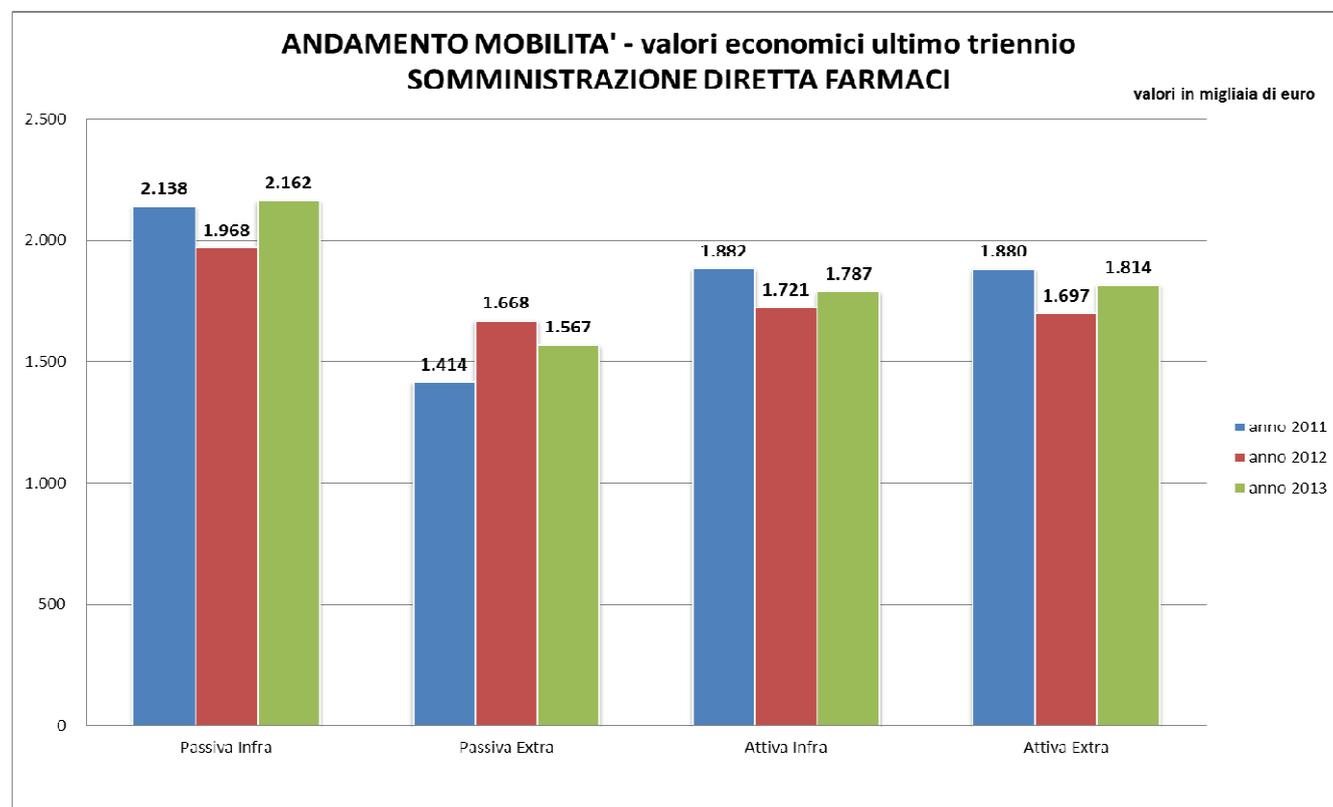


Settore Somministrazione Diretta Farmaci:

Tab. 8 – Andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013

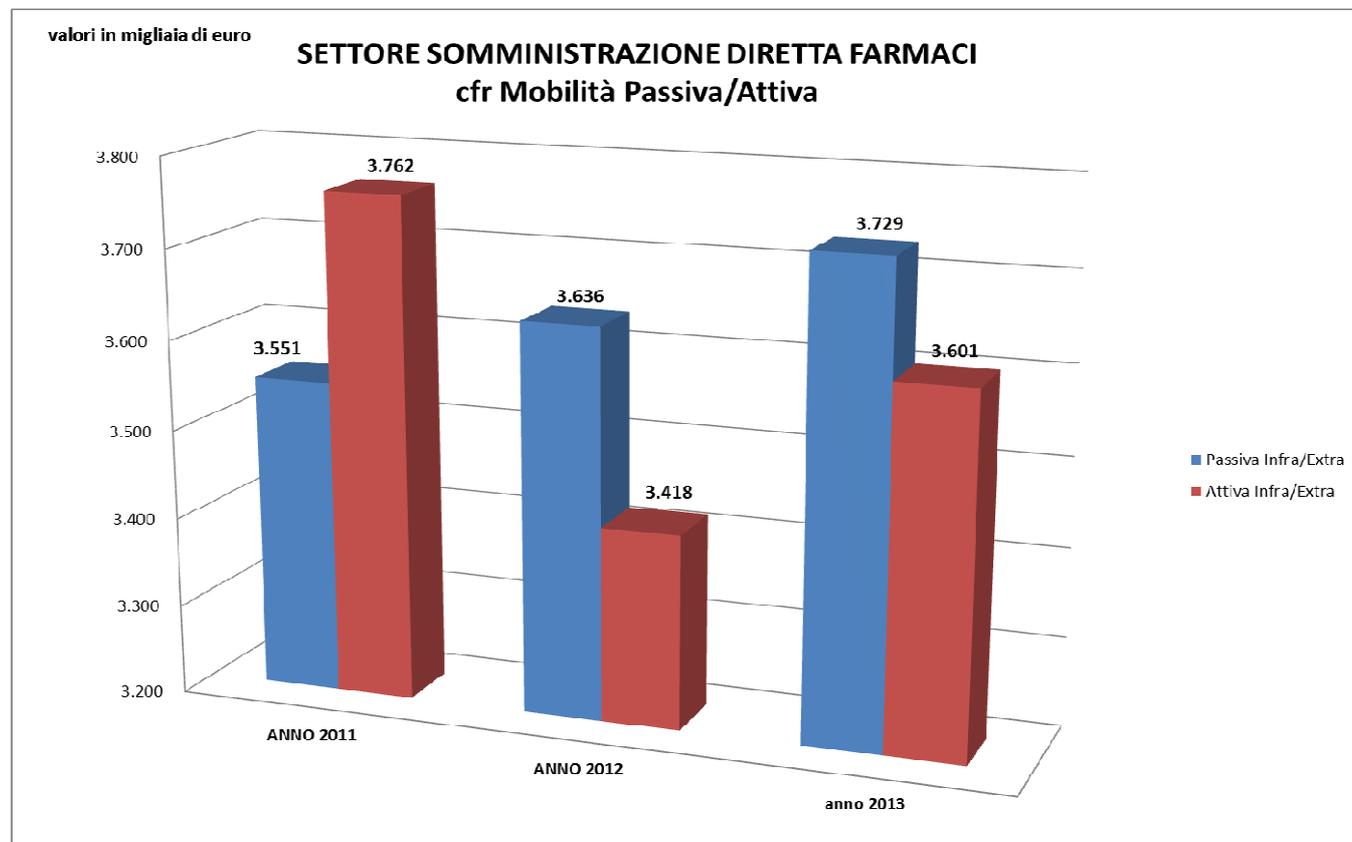
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 – vede i valori della mobilità passiva infra regionale riportarsi ai valori dell'anno 2011. La mobilità passiva extra regionale, pur in incremento rispetto al triennio (+10,8) risulta comunque in calo del 6% sull'anno precedente.

La mobilità attiva sia infra che extra regionale, pur incrementando rispetto all'anno precedente, risulta in diminuzione nel triennio rispettivamente del -5% e -3,5%.



Tab. 9 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore somministrazione diretta farmaci cresce nel triennio del 5% e vede una diminuzione sulla mobilità attiva di ca. il 4%.

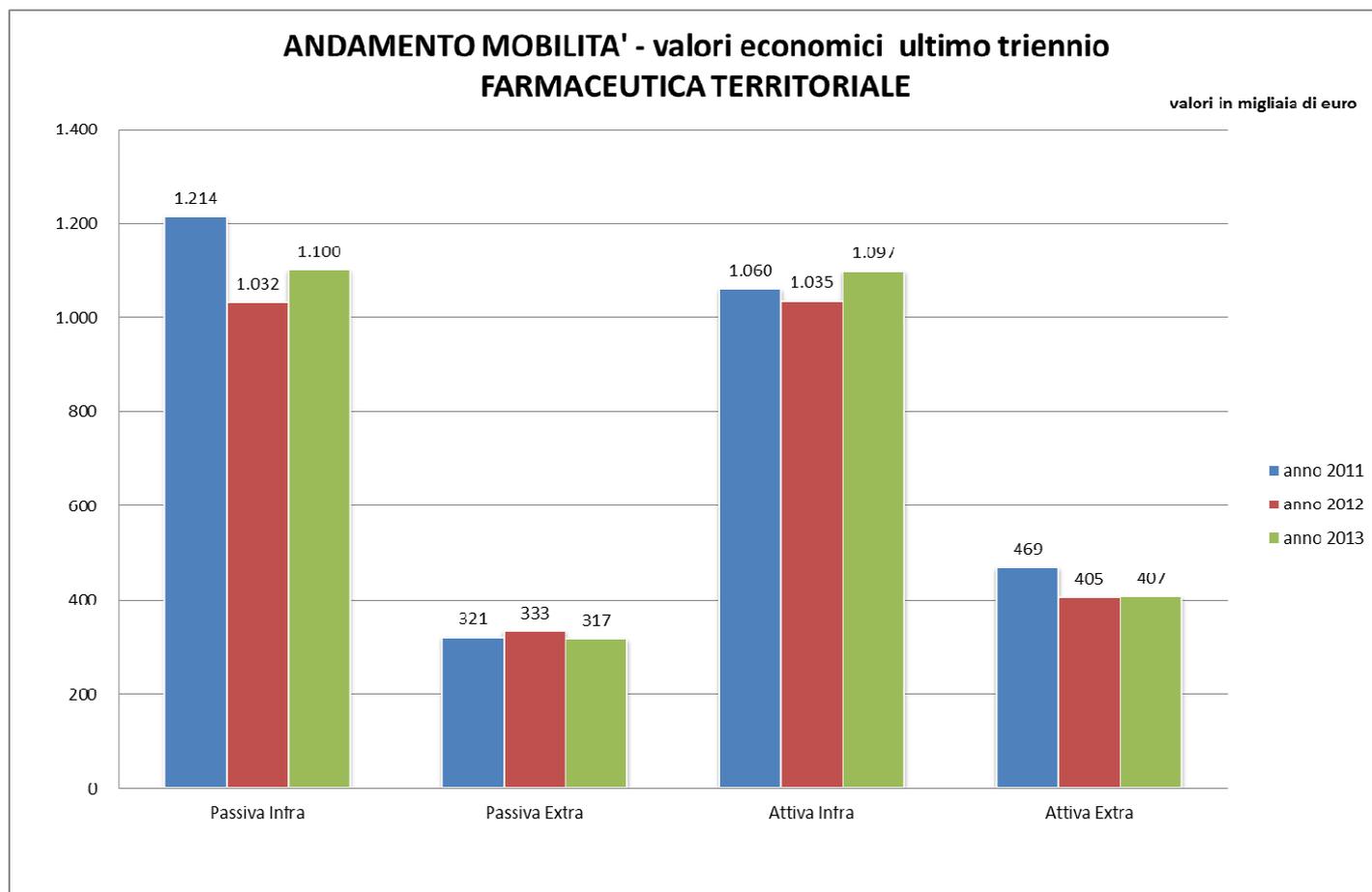


Settore Farmaceutica Territoriale:

Tab. 10 – Andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 –

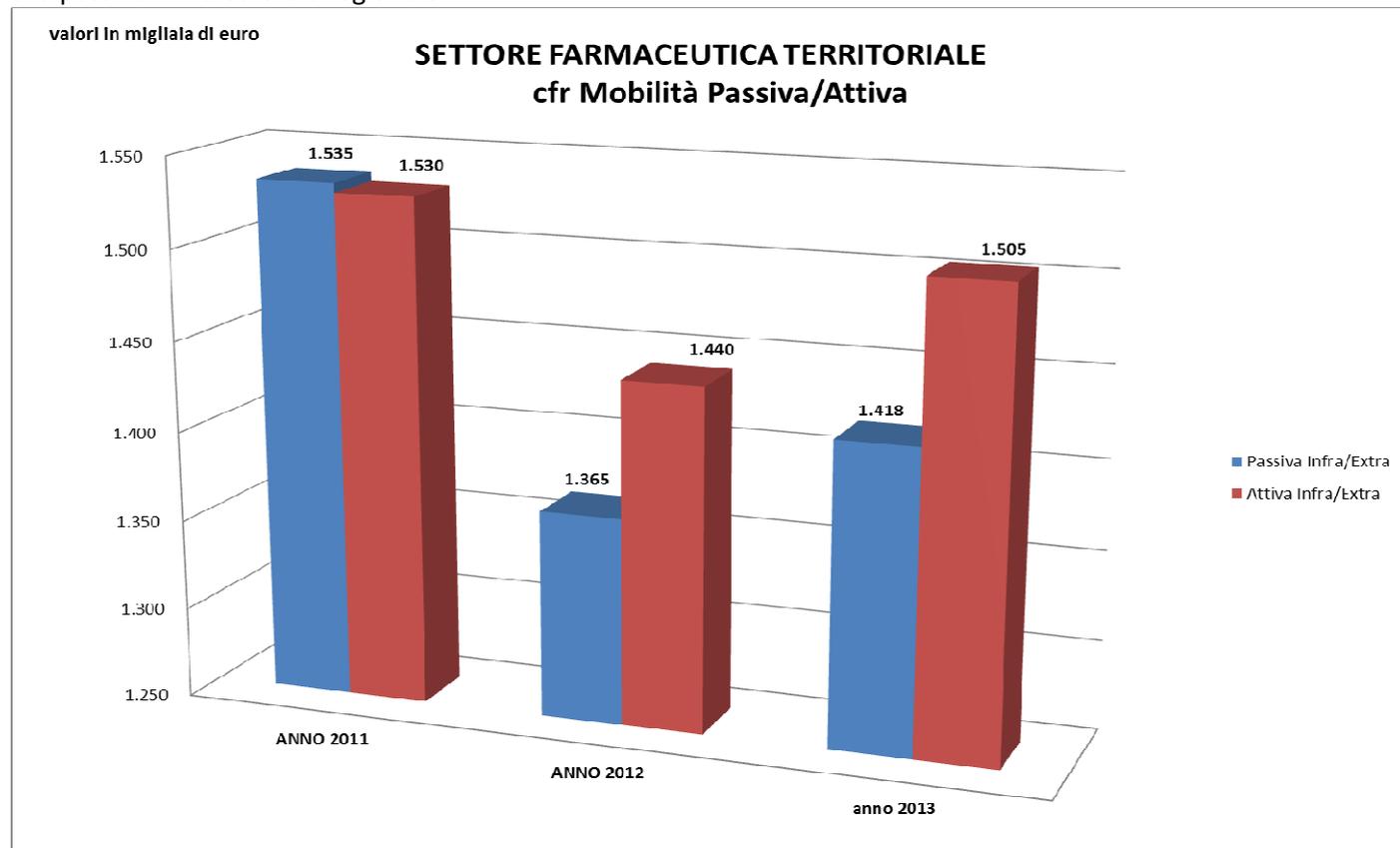
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 – vede una diminuzione dei valori economici di mobilità passiva infra regionale con -9,4% nel triennio e valori sostanzialmente costanti nella passiva extra regionale.

I valori economici della mobilità attiva indicano un incremento del 3,5% nella mobilità all'interno della regione, contrariamente alla mobilità extra regionale dove i valori risultano costanti.



Tab. 11 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 –

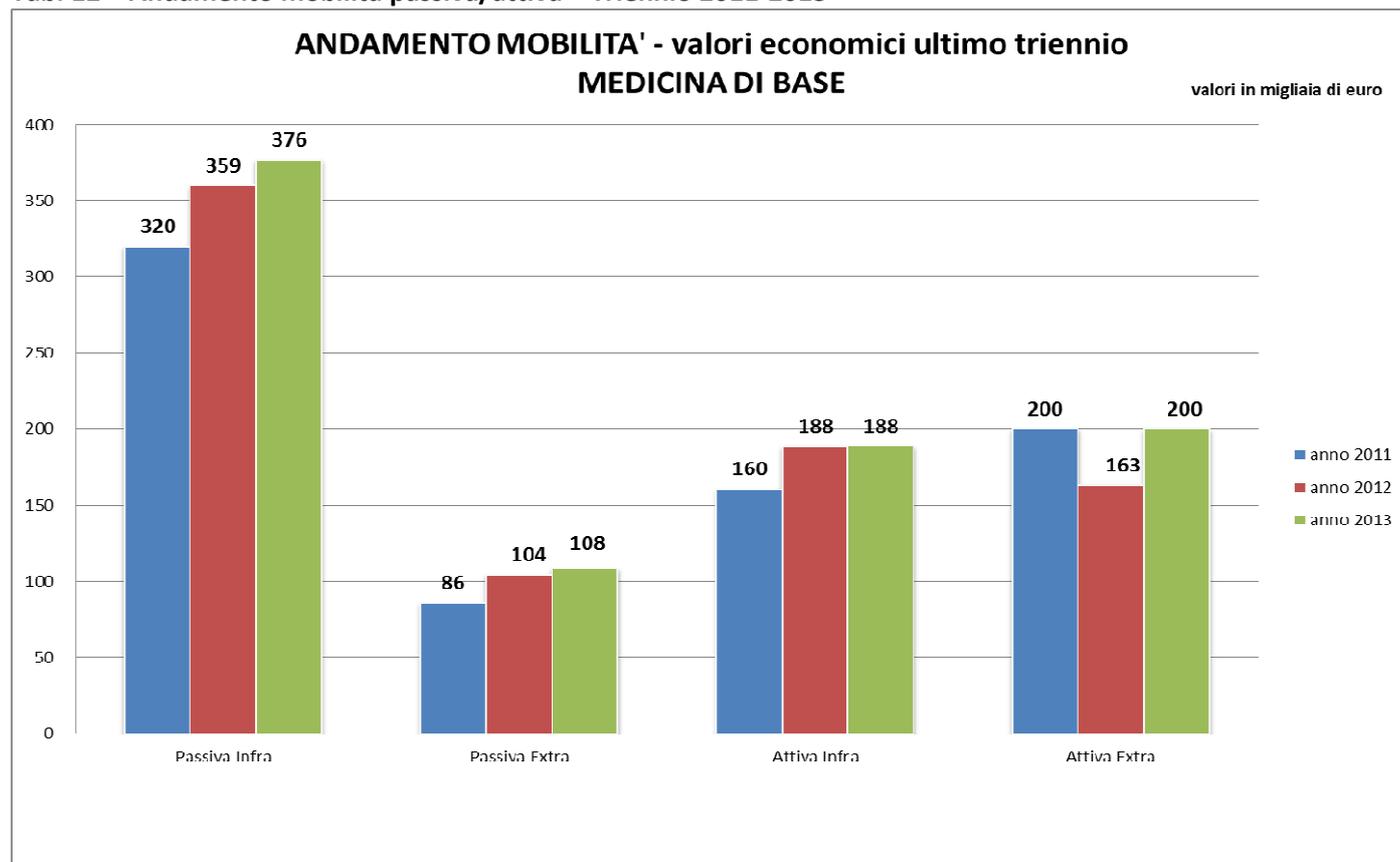
Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 – pur nel decremento complessivo dei valori economici del settore della farmaceutica territoriale, risulta un saldo positivo della mobilità attiva 2013 rispetto alla passiva infra ed extra regionale



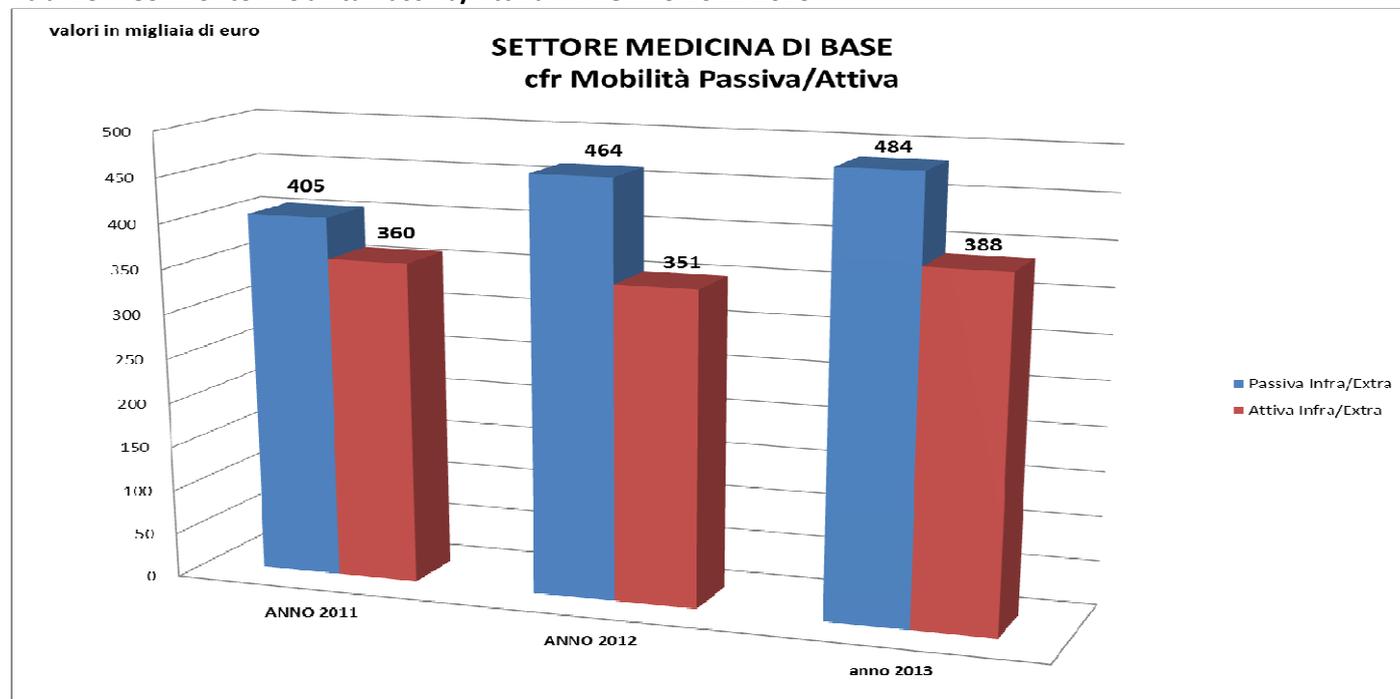
Si riportano inoltre i valori economici dei residui settori di mobilità sanitaria relativi alla Medicina di Base ed ai Trasporti in Ambulanza/Elisoccorso.

Settore Medicina di Base:

Tab. 12 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2011-2013

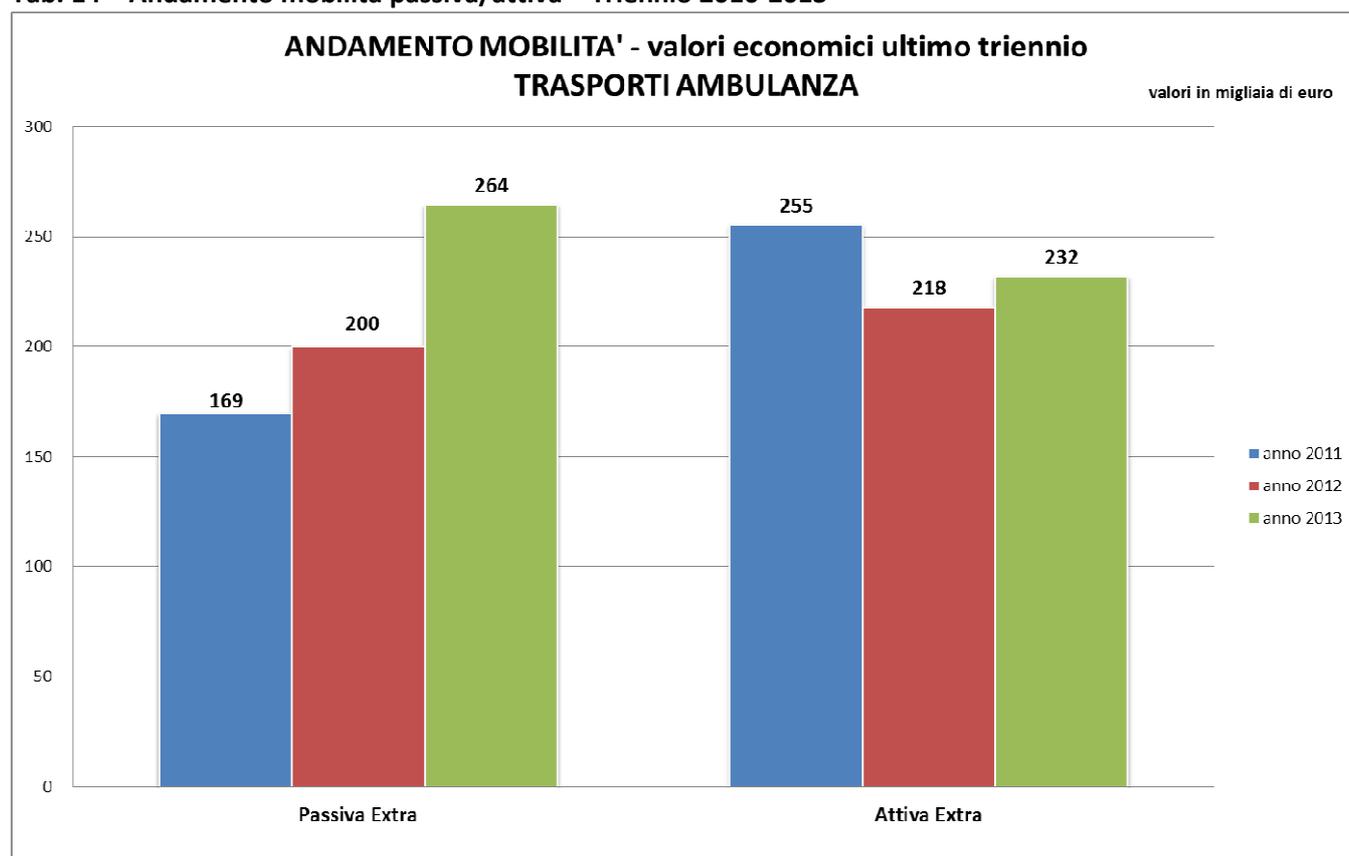


Tab. 13 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

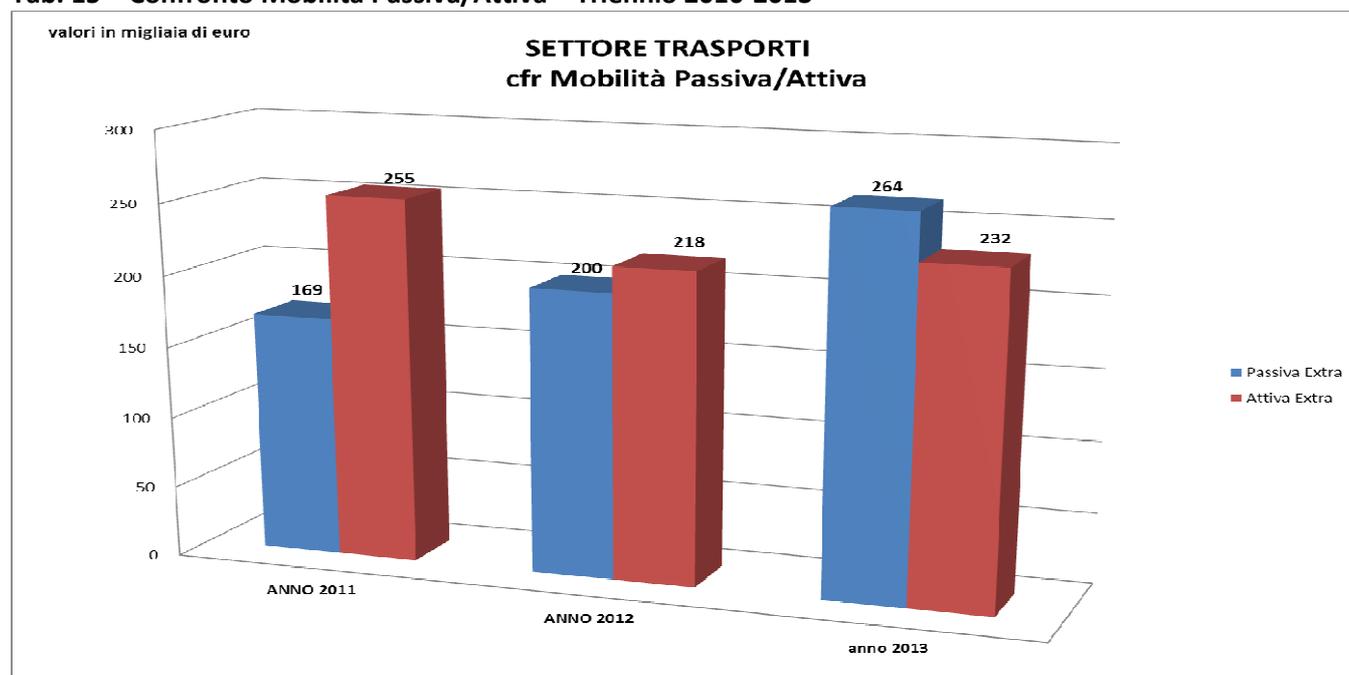


Settore Trasporti

Tab. 14 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2013



Tab. 15 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2013



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

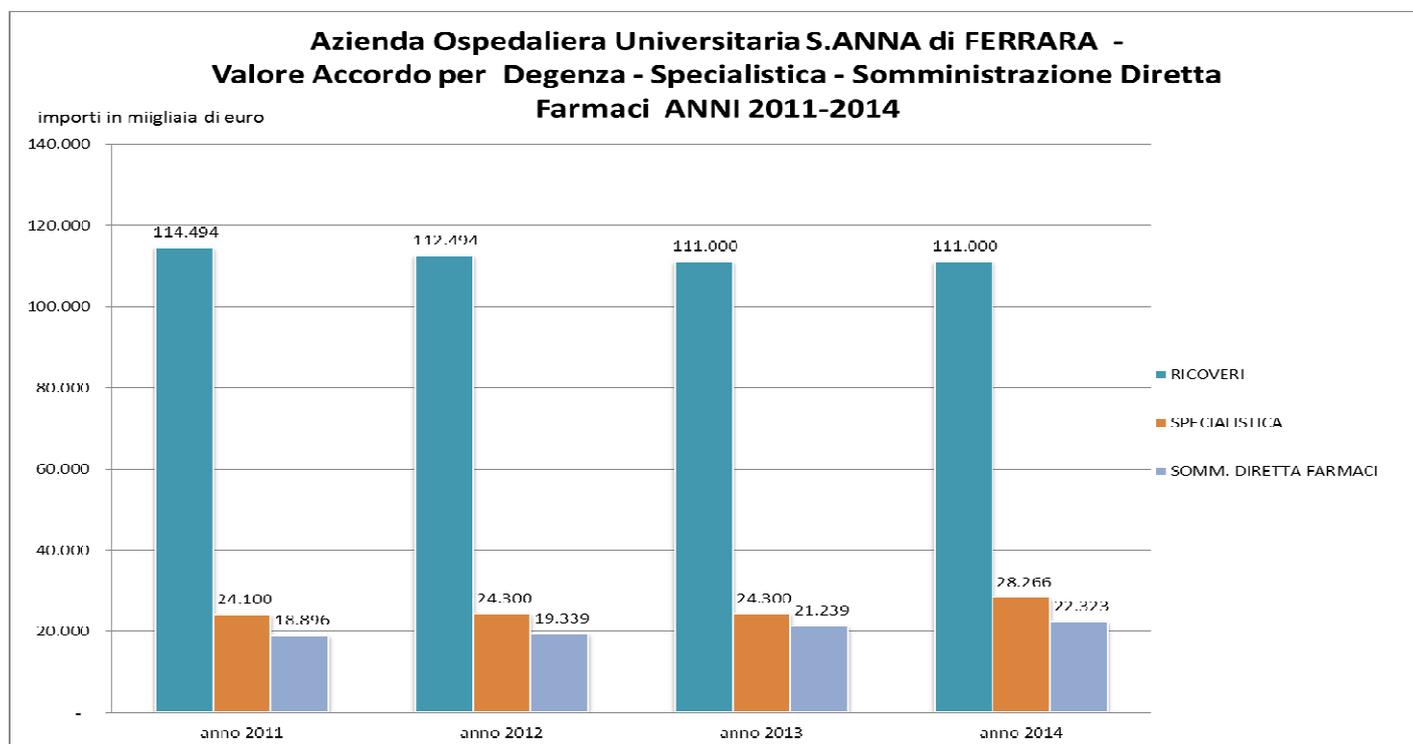
La sanità ferrarese deve far fronte a un contesto operativo condizionato da vincoli finanziari e da diminuzioni delle risorse, a causa dei recenti provvedimenti nazionali di contenimento e razionalizzazione della spesa (non ultima la spending review).

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

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

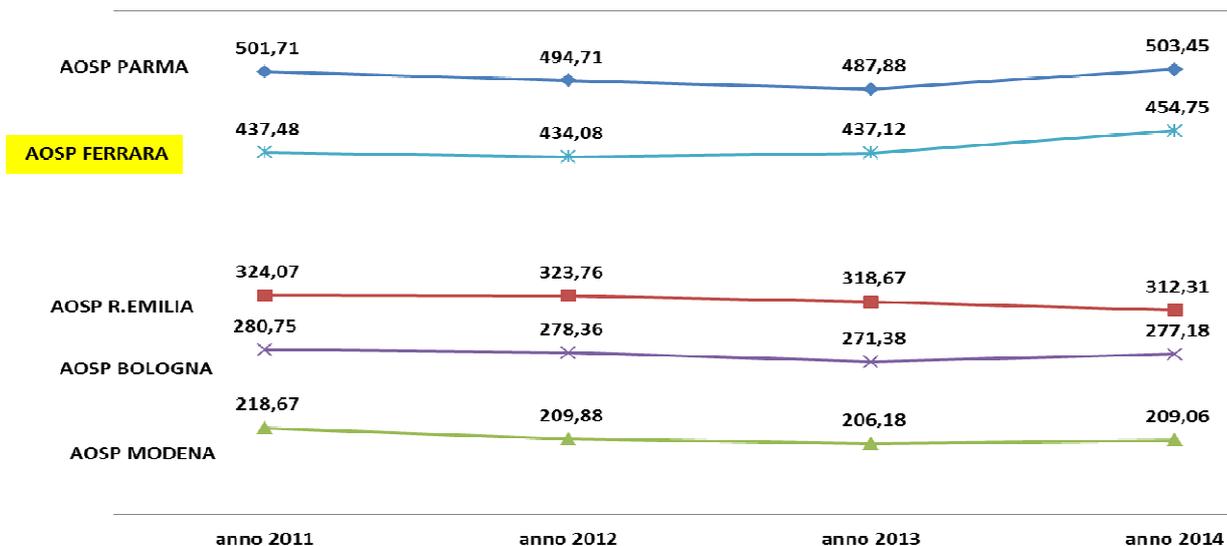
Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2011-2014				
	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014
RICOVERI	114.494	112.494	111.000	111.000
SPECIALISTICA	24.100	24.300	24.300	28.266
SOMM. DIRETTA FARMACI	18.896	19.339	21.239	22.323
TOTALE AOSPFE	157.490	156.133	156.539	161.589

Dall'anno 2014 il valore dell'accordo per il settore specialistica è incrementato in quanto ricomprende tutta quell'attività ambulatoriale precedentemente non compresa nell'accordo di fornitura ma regolata da numerosi distinti "accordi a latere".



L'indicatore teorico economico mostra il consumo teorico per residente delle risorse economiche messe a disposizione nell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera (ricoveri+degenze) comprensiva anche della somministrazione diretta di farmaci.

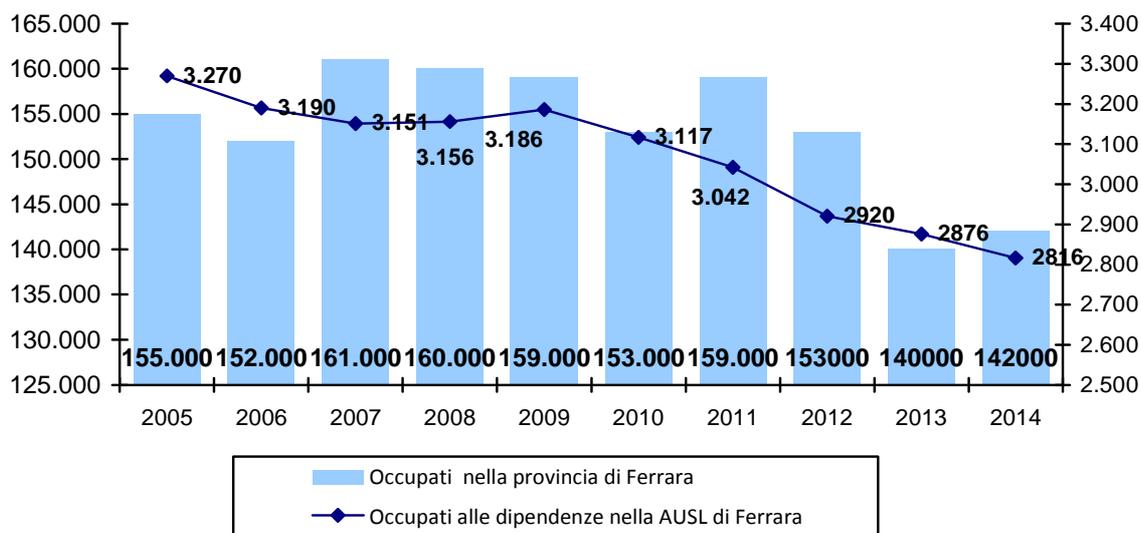
TREND 2011-2014 per AOSP - Indicatore Economico Teorico
 (accordo Ricoveri+Specialistica + SomministrazioneFarmaci/residenti)



dall'anno 2014 nell'Accordo AOSPFER per la specialistica, sono ricomprese attività per "ex accordi a latere"

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 2014 (-13,9%) con un andamento più marcato dal 2009 al 2014. In linea anche con il dato provinciale, che in particolare dal 2011 al 2013 registra un calo dell'occupazione totale del 12% con un valore in ripresa nel 2014 (+1,4%) attestandosi ad un valore di 142.000 occupati.

La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara

Linea di progetto "SENSIBILIZZAZIONE ALLO SVILUPPO SOSTENIBILE"

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

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

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

Linea di progetto "GESTIONE AMBIENTALE"

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

La Delibera n. 148 del 19 Maggio 2014 (*Oggetto: Sistema di gestione Ambientale*

Aziendale – Sostituzione Componenti Gruppo di Coordinamento) ha previsto i seguenti componenti:

Presidio Unico Ospedaliero - COORDINATORE DEL GRUPPO PERMANENTE: per gli aspetti igienico-sanitari di tutela dei pazienti e dei visitatori in ambito ospedaliero e in considerazione del fatto che la maggior parte dei rifiuti sanitari sono prodotti negli stabilimenti ospedalieri;

Dipartimento Attività Tecniche e Patrimoniali: per gli aspetti impiantistici ed edilizi, nonché per le tematiche ambientali connesse all'acquisto e all'utilizzo delle apparecchiature, ad attività di vigilanza in tutti i presidi aziendali e supporto alla gestione della rete integrata con ex municipalizzate per la raccolta dei rifiuti urbani;

Dipartimento Attività Tecniche e Patrimoniali: O.T. Videoterminalista- del Dip.to Attività Tecnico-Patrimoniali e Tecnologiche, per adempiere alle necessità di natura amministrativa ed informatica

Dipartimento di Sanità Pubblica : per l'integrazione dei controlli sugli aspetti di igiene e sicurezza del lavoro svolti dallo stesso Dipartimento con quelli svolti dal gruppo permanente sull'organizzazione per la gestione dei rifiuti;

Dipartimento Interaziendale Acquisti, Contratti e Logistica Economale: per gli aspetti contrattualistici e per l'acquisto di materiale economale, nonché per le tematiche ambientali connesse all'acquisto e all'utilizzo delle apparecchiature;

Direzione Infermieristica e Tecnica: per gli impatti sull'organizzazione dei servizi assistenziali;

Ufficio Stampa e della Comunicazione: al fine di far conoscere, promuovere e rendere visibili, all'interno e all'esterno dell'Azienda, le attività che il gruppo Sistema Gestione Ambientale svolge, anche alla luce degli eventi, delle iniziative e dei progetti che il gruppo stesso, congiuntamente con la Regione Emilia-Romagna, è periodicamente impegnato a realizzare.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro 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:
 - Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali

- Verifica quali-quantitativa della gestione dei rifiuti prodotti e dei costi di gestione sostenuti; dell'utilizzo di risorse naturali e relativi costi sostenuti, del controllo delle emissioni inquinanti e relative azioni intraprese
- Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale

Come negli anni precedenti, anche nel 2014 il Gruppo Sistema Gestione Ambientale ha continuato a sostenere l'Azienda USL nel perseguimento degli obiettivi inseriti all'interno delle Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sono stati organizzati i corsi formativi "La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti" e "La gestione dei rifiuti sanitari".

Il Corso formativo "**La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti**" si rivolgeva agli operatori addetti alla tenuta del registro e aveva come obiettivo quello di fornire gli strumenti necessari affinché la tenuta della documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti avvenga secondo le modalità indicate nella normativa vigente.

Tale Corso, di n. 4 edizioni (svoltesi fra il 18 e il 27 Marzo 2014), ha visto la partecipazione complessiva di n. 48 dipendenti (su n. 60 potenziali) e ha trattato i seguenti argomenti:

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

Il Corso formativo "**La gestione dei rifiuti sanitari**" si rivolgeva a tutti i dipendenti e aveva come obiettivo quello di diffondere la nuova Procedura "La gestione dei rifiuti". Tale Corso, di n. 8 edizioni (svoltesi fra il 9 e il 22 Ottobre 2014), ha visto la partecipazione complessiva di n. 307 dipendenti (quindi oltre il 10% dei dipendenti) e ha trattato i seguenti argomenti:

- La corretta gestione dei rifiuti come previsto dalle normative vigenti e dalla procedura aziendale
- Differenziare, raccogliere e imballare in maniera corretta le varie tipologie di rifiuto prodotte all'interno delle unità operative nel rispetto dei criteri di sicurezza

Linea di progetto "RIFIUTI SANITARI"

Si descrive di seguito cosa è stato fatto nel corso del 2014 da parte del Gruppo di lavoro "Sistema Gestione Ambientale" in tema di gestione rifiuti.

- **Programma AEM CUP 2000**

Si è provveduto all'inserimento, nel Programma AEM CUP 2000, dei dati identificativi di tutti i rifiuti prodotti dall'AUSL.

- **Procedura Gestione Rifiuti**

E' stata rivista la Procedura del 2006 ed è stata realizzata una nuova versione della Procedura "*La gestione dei rifiuti*" coinvolgendo tutte le Macrostrutture coinvolte nella gestione dei rifiuti, i gestori dei rifiuti urbani e la Ditta deputata alla gestione dei rifiuti speciali.

- **Aspiraliquidi**

Prosegue l'uso delle macchine aspira liquidi (concesse dalla Ditta Team Ambiente in comodato d'uso gratuito) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento con riduzione dei costi delle sacche di svuotamento e della produzione dei rifiuti infettivi.

- **Accordi raccolta differenziata**

E' stato rinnovato l'accordo con Area e quello con SOELIA.

- **Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania**

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

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

N°	CER	Descrizione	Quantità (Kg)						Costi IVA inclusa (€)					
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
									858.617	802.216	753.316	688.093	661.847	561.805
1	18.01.03* 18.02.02*	Rifiuti pericolosi a rischio infettivo	379.627	353.953	273.615	265.279	231.843	234.972						
2	180108 180109*	Rifiuti pericolosi che richiedono particolari modalità di gestione (farmaci)	4.557	4.319	3.729	4.147	4.984	3.455						
3	Tutti i CER di rifiuti pericolosi non compresi nelle righe precedenti	Altri rifiuti pericolosi	6.963	7.723	3.078	4.017	4.781	6.649						
4	190814 200304 200306	Fanghi	39.850	54.800	39.770	49.140	30.400	Non noto		60.292	48.679	52.841	35.087	16.000
5	150101 150102 150103 150104 150107 160604 160605 170202 170203 170403 170405 200101 200102 200108 200125 200140 200201	Rifiuti non pericolosi avviati a recupero e raccolte differenziate	2.477	81.370	66.810	76.120	78.559	9.690 ¹						
6	Tutti i CER di rifiuti non pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti speciali non pericolosi	60.595	64.603	36.716	41.171	61.290	57.512						

1. Il dato non comprende la produzione dei rifiuti in vetro (CER 150107) la cui gestione nel 2014 è passata al gestore del servizio pubblico di raccolta.

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

Codice colore

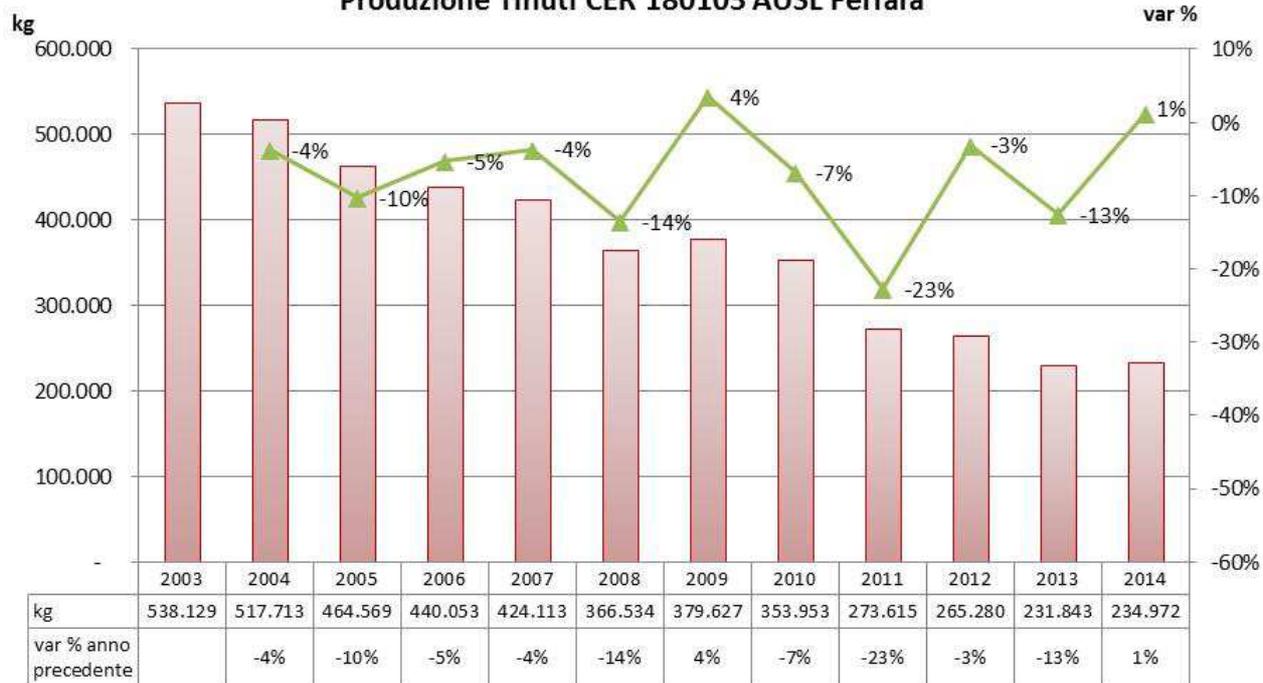
	Prodotto, ma non raccolto in modo differenziato
	Raccolto in parte dell'Azienda (specificare nelle note) e gestito come rifiuto urbano
	Raccolto in tutta l'Azienda e gestito come rifiuto urbano
	Raccolto come rifiuto speciale (specificare CER nelle note)
	Esternalizzato

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

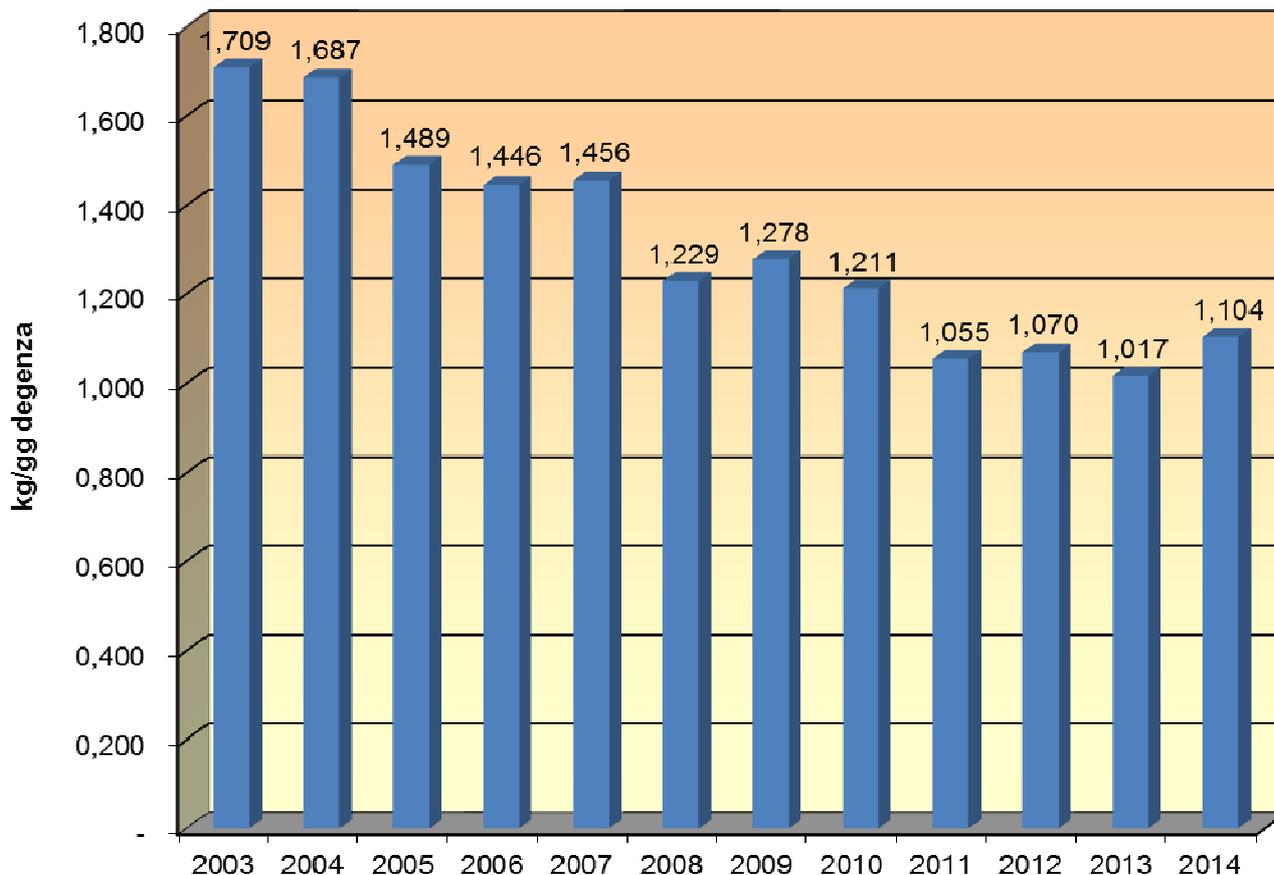
Si analizza di seguito l'andamento dell'indicatore di produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo

Anno	Posti letto	Giornate di degenza (DO+DH)	Kg 18.01.03*	Kg/GD	Kg/PLg	Variaz. Kg/GD
2009	751	297.088	379.627	1,278	1,38	
2010	753	292.177	353.953	1,211	1,29	- 0,07
2011	753	259.384	273.615	1,055	1,00	- 0,16
2012	721	247.883	265.279	1,070	1,01	+ 0,02
2013	600	227.971	231.843	1,017	1,06	- 0,05
2014	518	212.843	234.972	1,104	1,24	+ 0,09
Media				1,123	1,163	
Mediana				1,087	1,151	

Produzione rifiuti CER 180103 AUSL Ferrara



Produzione specifica rifiuti CER 180103 AUSL Ferrara



Linea di Progetto “MOBILITA’ SOSTENIBILE”

Si è collaborato con la Regione per la predisposizione di tabelle per la rilevazione del parco auto aziendale. Si è provveduto all’inserimento, nel Programma AEM CUP 2000, dei dati identificativi di ciascuna auto (targa, anno di immatricolazione, classificazione, tipologia, sede, dipartimento di assegnazione, marca, modello, cilindrata, alimentazione, titolo di possesso e potenza motore) e dei dati relativi all’utilizzo nel corso dell’anno 2014 (km percorsi nell’anno della rilevazione e km totali di ogni veicolo, consumo di carburante di ogni veicolo - importo e quantità – diviso per tipologia di carburante, ambito prevalente di spostamento, costi di gestione di tipo amministrativo quali assicurazione e tasse automobilistiche, descrizione del contratto di manutenzione e relativo costo, costi di acquisto e modalità).

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

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

E’ stato attivato il sistema di geolocalizzazione del parco automezzi aziendale, “Nuvola “, abbinandolo ad un applicativo gestionale per il controllo manutentivo ed amministrativo delle auto, secondo accordi con le OO.SS. e nel rispetto delle norme sulla privacy. Tale sistema consente di verificare sia il consumo sia le attività manutentive delle auto (di proprietà e a noleggio), fornendo la reportistica dei dati di utilizzo per ciascuna auto e quindi sostenendo l’aggiornamento della programmazione periodica del rinnovo del parco auto aziendale con dati reali nell’ottica di una migliore e più sostenibile mobilità dei servizi utilizzatori .

Nel Dicembre 2014 è partita la campagna di sensibilizzazione e informazione dei dipendenti sulla rilevazione degli spostamenti casa-lavoro e la compilazione del questionario da parte dei dipendenti con supporto alla compilazione da parte dei Mobility Manager.

Linea di Progetto “RISPARMIO ENERGETICO”

Nell’anno 2014 è stato aggiudicato da parte di Intercent-ER l’appalto relativo al nuovo multiservizio per l’Azienda USL di Ferrara che sarà valido per i prossimi nove anni.

All’interno dell’offerta è stato presentato un elenco di progetti finalizzati al risparmio energetico (impianti solari termici, impianti di cogenerazione, installazione inverter su UTA, sostituzione gruppi refrigeratori, ecc.).

Livelli Essenziali di Assistenza

Gli impieghi delle risorse economiche

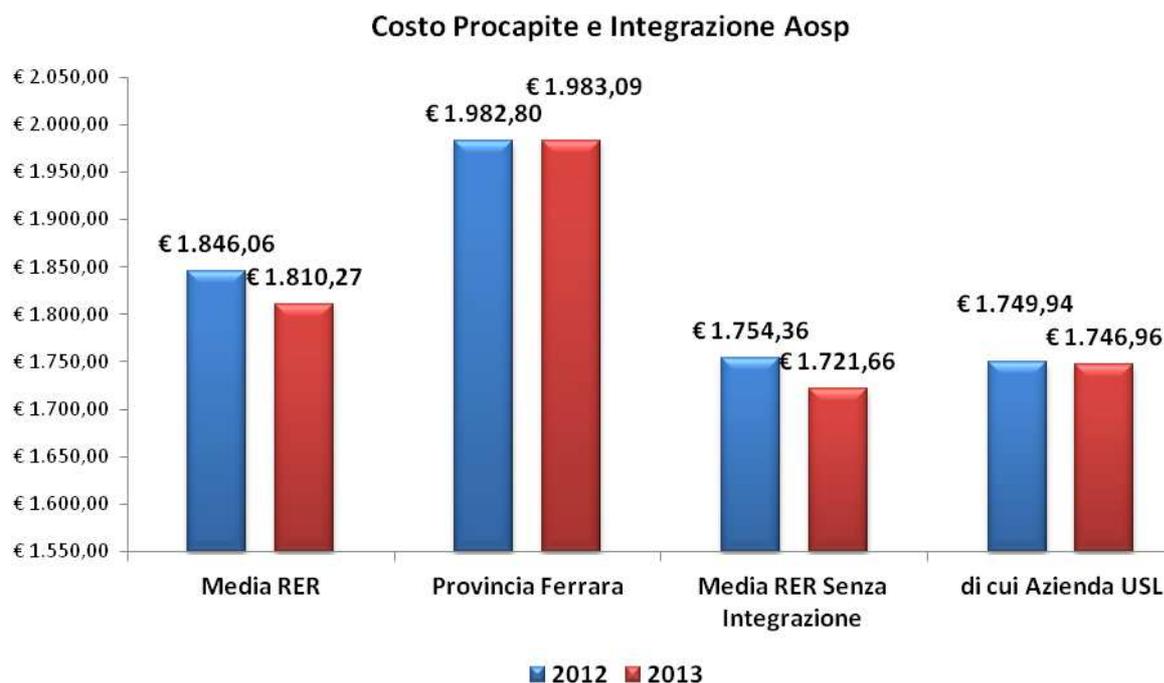
Costo pro-capite ponderato

Per motivi legati alle tempistiche di elaborazione dei dati delle Aziende e della Regione i valori del costo procapite sono sempre relativi all'anno precedente rispetto a quello di riferimento per il bilancio di missione. Il costo pro-capite evidenzia il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento, ovvero quante risorse vengono impiegate per garantire l'assistenza nel territorio di ciascuna provincia, tenuto conto sia dell'Azienda Sanitaria Territoriale che dell'Azienda Ospedaliera.

Ponderando la popolazione di riferimento, sulla base della composizione per età, è possibile mettere a confronto tale indicatore tra le diverse provincie della Regione, rilevando le situazioni ove quest'ultimo assume valori al di sopra della media regionale.

Il costo medio pro capite sostenuto dalle Provincie per garantire i livelli di assistenza presenta differenze fra i diversi contesti provinciali. A livello regionale tutte le Province hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale tranne Ferrara, Bologna e Imola.

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



La spesa procapite della provincia di Ferrara nel 2013 è pari a 1.983,09 euro (+0,36% rispetto al 2012) contro una media regionale di 1.810,27 (-1,92% rispetto al 2012). Tale risultato è l'effetto:

- di una diminuzione della popolazione di 0,24%;
- di una diminuzione dei costi aziendali per i propri residenti di 2,432 milioni di euro pari a 0,36%;
- dell'aumento della quota di integrazione delle Aziende ospedaliere e di trauma center/grandi ustionati di 0,763 milioni di euro pari 0,85%.

L'aumento della quota di integrazione delle aziende ospedaliere (differenza tra costi di produzione e valore economico dell'accordo stipulato con le aziende USL) si è registrato a partire dal biennio 2012-2013, a seguito della crescita dei costi connessi all'apertura del Nuovo Ospedale di Cona, determinatisi a partire

dal secondo semestre 2012, i cui effetti si sono trascinati anche nel corso del 2013. I costi di funzionamento di un nuovo Ospedale non sono paragonabili a quelli di una "struttura consolidata". Ne è prova il fatto che il costo procapite per la sola Azienda USL, senza considerare i maggiori costi strutturali per il nuovo ospedale, calcolato in base alla produzione resa, risulta essere pari a 1.746,96 euro. Tale valore è in riduzione rispetto al medesimo calcolato per il 2012 (-0,17%). Va inoltre rilevato che la popolazione pesata di riferimento ha subito un'ulteriore diminuzione (-911 persone), unica provincia della Regione, penalizzando pertanto il calcolo di questo indicatore.

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

		2012			2013			2013 vs 2012		
		costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	Costo procapite (€)	%
Integrazione costi da AOSP *	Fe	89.233	383.217	232,85	90.272	382.306	236,12	1.039	3,27	1,41%
	RER	408.918	4.459.246	91,70	396.169	4.471.104	88,61	-12.749	-3,09	-3,37%
SALUTE MENTALE	Fe	26.853	383.217	70,07	27.124,00	382.306	70,95	271	0,88	1,25%
	RER	304.326	4.459.246	68,25	301.393,00	4.471.104	67,41	-2.933	-0,84	-1,23%
PREVENZIONE	Fe	23.270	383.217	60,72	22.951	382.306	60,03	-319	-0,69	-1,14%
	RER	253.037	4.459.246	56,74	244.983	4.471.104	54,79	-8.054	-1,95	-3,44%
EMERGENZA EXTRA OSP.	Fe	15.362	383.217	40,09	17.603	382.306	46,04	2.241	5,96	14,86%
	RER	153.165	4.459.246	34,35	155.476	4.471.104	34,77	2.311	0,43	1,24%
Degenza e specialistica senza integrazione costi delle AOSP	Fe	376.104	383.217	981,44	371.425	382.306	971,54	-4.679	-9,90	-1,01%
	RER	4.353.762	4.459.246	976,34	4.244.568	4.471.104	949,33	-109.194	-27,01	-2,77%
DISTRETTO altro	Fe	229.019	383.217	597,62	228.771	382.306	598,40	-248	0,78	0,13%
	RER	2.758.823	4.459.246	618,67	2.751.316	4.471.104	615,35	-7.507	-3,32	-0,54%
TOTALE COSTO PROCAPITE	Fe	759.841	383.217	1.982,80	758.146	382.306	1.983,09	-1.695	0,29	0,01%
	RER	8.232.031	4.459.246	1.846,06	8.093.905	4.471.104	1.810,27	-138.126	-35,79	-1,94%
TOTALE senza integrazione costi da AOSP	Fe	670.608	383.217	1.749,94	667.874	382.306	1.746,96	-2.734	-2,98	-0,17%
	RER	7.823.113	4.459.246	1.754,36	7.697.736	4.471.104	1.721,66	-125.377	-32,69	-1,86%

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

La situazione del 2013, limitatamente alla parte riferibile alla sola Azienda Territoriale senza l'integrazione a carico dell'Azienda Ospedaliera, vede livelli di costo procapite ancora lievemente al di sopra dei valori medi regionali per le seguenti aree assistenziali:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Distretto per :Farmaceutica, Salute Mentale Adulti e Neuropsichiatria, Emergenza Extraospedaliera e Ass.za Ai Disabili
- Degenza e specialistica

In queste aree saranno sviluppate le azioni 2014-2015 previste dal piano di sostenibilità.

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

- I livelli di costo dell'assistenza sanitaria collettiva sono più alti della media regionale per le aree dell'igiene pubblica e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, mentre sono al di sotto della media per ciò che attiene l'assistenza veterinaria. La diminuzione dei costi di livello (-1.37% rispetto il 2012) non sono purtroppo stati sufficienti a diminuire il gap rispetto alla media regionale.
- L'assistenza farmaceutica convenzionata presenta anche per il 2013 livelli di costo al di sopra della media regionale, principalmente per effetto dell'alto numero di ricette pro capite.
- I costi della salute mentale sono al di sopra del livello medio regionale per ciò che attiene il settore adulti e la neuropsichiatria infantile mentre sono al di sotto del livello medio nell'area delle Dipendenze patologiche. Per entrambe le aree sopra media il costo fattore umano è particolarmente consistente: da ciò ne consegue che le strategie di approccio al problema sono da indirizzare verso le revisioni organizzative delle sedi di erogazione (riducendole anche nel numero) e l'integrazione delle professionalità, evitando così inutili duplicazioni. Il 2013 ha visto una riduzione dei costi per l'area della Salute Mentale (-2,13%) parzialmente vanificata dalla riduzione della popolazione target (-

1,36%) e un incremento dei costi per l'area della Neuropsichiatria (+12,79%) a cui è corrisposta un aumento della popolazione target (+0,43%).

- L'area dell'emergenza extraospedaliera è più alta della media RER, ma la valutazione complessiva del servizio di emergenza territoriale con il pronto soccorso, rileva una riduzione dei costi, grazie alla intensa attività di riorganizzazione che ha interessato quest'area.
- Gli alti livelli di costo per la degenza e specialistica risentono della capillarizzazione delle strutture di offerta e dalla forte componente della mobilità passiva extra regionale, che penalizza questo livello assistenziale. La Provincia Ferrarese, da sempre, si è caratterizzata per la numerosità delle strutture ospedaliere rispetto alla quale, da tempo, è stata impostata ed attuata una programmazione volta alla loro riduzione o conversione. Va detto che il 2013 risente da un lato del trascinarsi del trasferimento dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo edificio a Cona con conseguenti pesanti ricadute economiche in termini di costi di avviamento e dall'altro del calo della popolazione target.

Coerentemente con quanto sopra il Piano di Sostenibilità 2014-2015 continua nelle azioni iniziate già nel corso del 2013, ovvero:

- Nelle aree della Salute Mentale e della Sanità Pubblica si sta procedendo alla riorganizzazione e accorpamento delle sedi fisiche. L'organizzazione della Sanità Pubblica in particolare, viene sempre di più integrata nell'ambito di percorsi condivisi con il Dipartimento di Cure Primarie realizzando, in tal modo, economie nell'utilizzo delle professionalità
- Nelle aree della Degenza e Specialistica trovano riscontro i piani di riconversione dei Posti letto Ospedalieri in Posti letto Distrettuali di tipologia post-acuzie ad indirizzo riabilitativo estensivo (strutture OSCO). Sul fronte dell'assistenza specialistica l'Azienda ha elaborato un Piano Provinciale interaziendale che, unitamente alla riduzione dei tempi di attesa, consentirà di evitare duplicazioni nell'offerta.
- Il governo della spesa farmaceutica si è caratterizzato per un approccio di tipo interaziendale al problema degli elevati costi definendo una serie di obiettivi al perseguimento dei quali sono impegnati sia Medici del Territorio, sia Medici dell'Azienda Ospedaliera. Una delle leve più strategicamente rilevanti all'ottenimento della riduzione nei consumi è quella di agire sui fenomeni induttori di alti livelli di prescrizione, in particolare nelle aree caratterizzate da farmaci ad alto livello di costo unitario, nell'incremento al ricorso dei farmaci generici e alla rivalutazione delle terapie croniche (impiegando il prontuario regionale).

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.

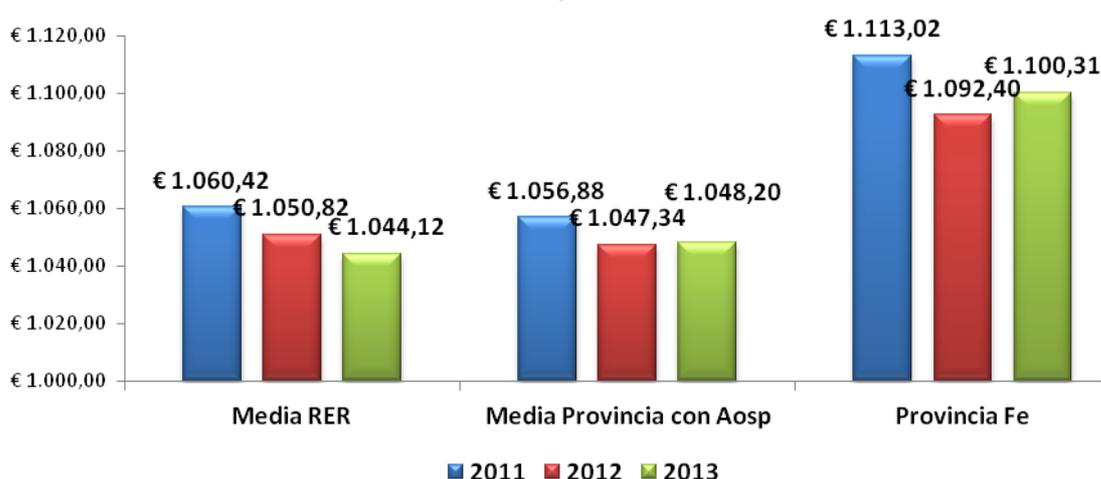
Costo Procapite - Degenza



La provincia di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2013 un importo pari a 324.536.000 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al primo posto in termini di risorse pro capite consumate. Il costo pro-capite ponderato è rimasto, nel tempo, al di sopra dei valori medi regionali. Come già più sopra spiegato, l'alto costo dell'assistenza ospedaliera è sicuramente determinato dalla numerosità delle strutture ospedaliere provinciali, dall'assoluta consistenza del fenomeno legato alla mobilità passiva e dal trascinarsi delle pesanti ricadute economiche derivanti dal trasloco dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo nosocomio di Cona, per gli alti costi di avviamento della struttura.

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

Costo Procapite - Distretto



Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2013 ha consumato risorse per complessivi 416.527.000 euro. Il costo procapite è aumentato del +0,72% rispetto al 2012 contro un dato RER pari a -0,64%. Risultano al di sopra della media regionale le seguenti aree: Farmaceutica, Specialistica e Salute Mentale. Si rimanda a quanto sopra descritto per ciò che riguarda le principali ragioni degli scostamenti.

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



Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2013 ha consumato risorse per complessivi 22.951.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Come già anticipato il costo procapite di questo livello è calato del -1,37%, ma il gap con le altre aziende rimane alto.

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti.

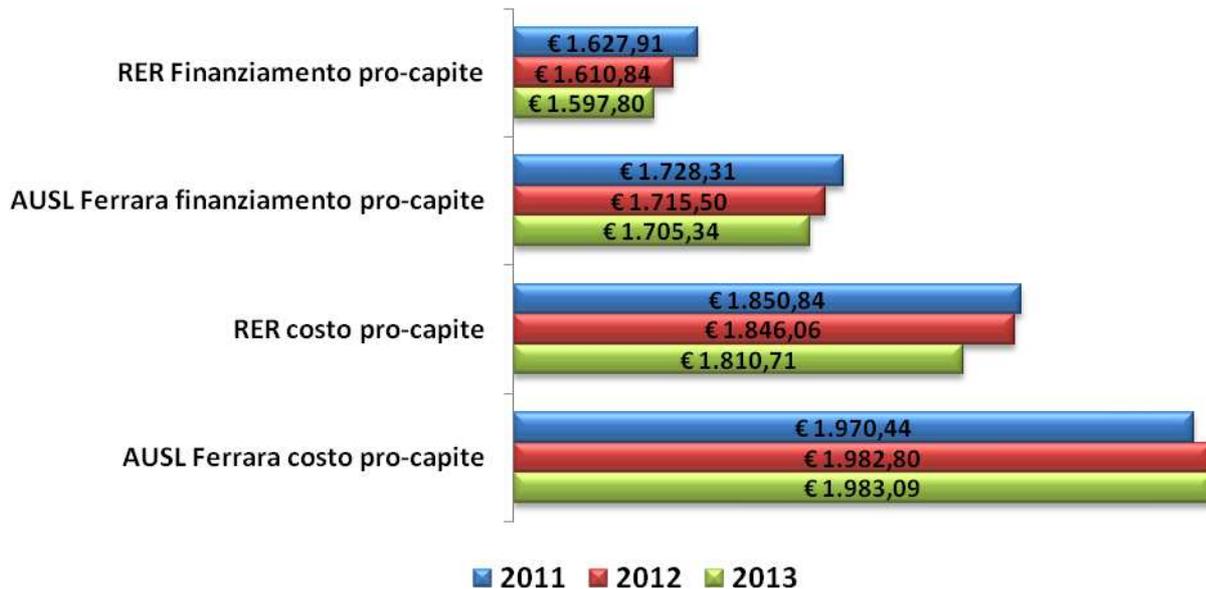
La ripartizione annuale del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie avviene sulla base di criteri che tengono principalmente conto della composizione per età della popolazione di riferimento; per questo motivo, essendo la provincia di Ferrara caratterizzata da un elevato indice di vecchiaia, il valore del finanziamento pro capite assegnato è il più alto tra le provincie emiliano - romagnole. Si nota che a livello complessivo provinciale, nel 2013, si assiste all'incremento del costo procapite e al contemporaneo decremento del finanziamento.

Di seguito una tabella che mette a confronto il finanziamento con il costo procapite dal 2011 al 2013.

	AUSL di Ferrara costo pro-capite	RER costo pro-capite	AUSL di Ferrara finanziamento pro-capite	RER Finanziamento pro-capite
Pro capite 2011	1.970,44	1.850,84	1.728,31	1.627,91
Pro capite 2012	1.982,80	1.846,06	1.715,50	1.610,84
Pro capite 2013	1.983,09	1.810,71	1.705,34	1.597,80

Valori in Euro.

Finanziamento Vs Costo Procapite 2011-2013



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

BONDENO

Punto prelievi sangue
Salute donna
1 C.R.A./R.S.A.
1 Centro Diurno Anziani
Centri Handicap
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo Mista (MMG e PLS)
1 Medicina in Rete Matildea
1 Servizio di continuità Assistenziale
1 Pediatria di Comunità
1 Poliambulatorio, Sportello Unico

VIGARANO MAINARDA

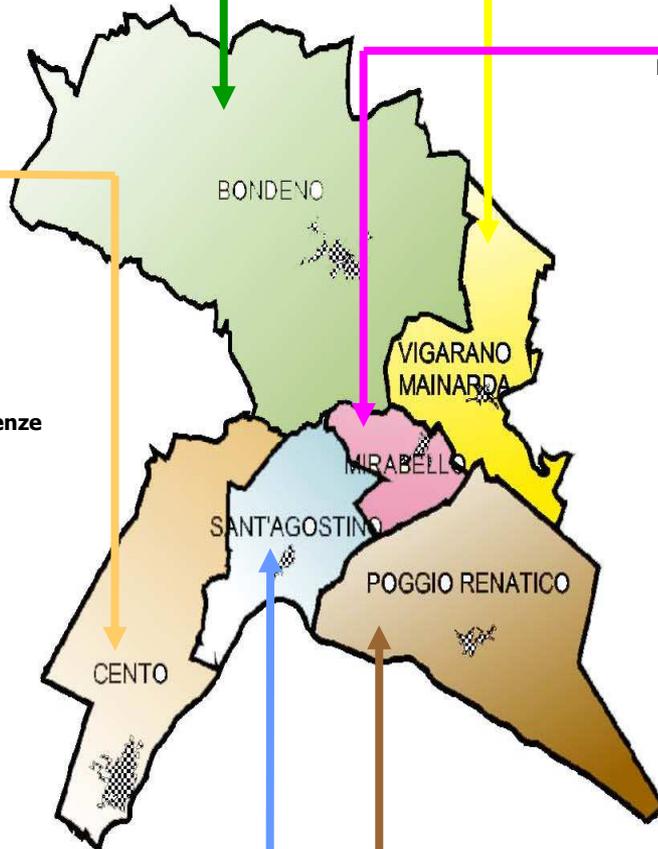
Punto prelievi sangue
1 C.R.A.
1 Associazione Medici di Rete

MIRABELLO

Punto prelievi sangue

CENTO

Ospedale S. Annunziata
Poliambulatorio, Sportello Unico
Salute Donna
Salute Anziani
ADI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata
1 C.D. Convenzionato
Ambulatori Serv. psich. territoriale
Serv. psich. territoriale. Semiresidenze
Centri Handicap
Servizio Anziani e Handicap Adulti
Dipendenze Patologiche
U.O. Igiene Pubblica
U.O. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro
Med. Legale e Amb. Invalidi
Igiene Alimenti e Nutrizione
U.O. Attività Veterinarie
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo
1 C.R.A (Casa residenza Anziani)



SANT'AGOSTINO

1 C.R.A.
Punto prelievi sangue

POGGIORENATICO

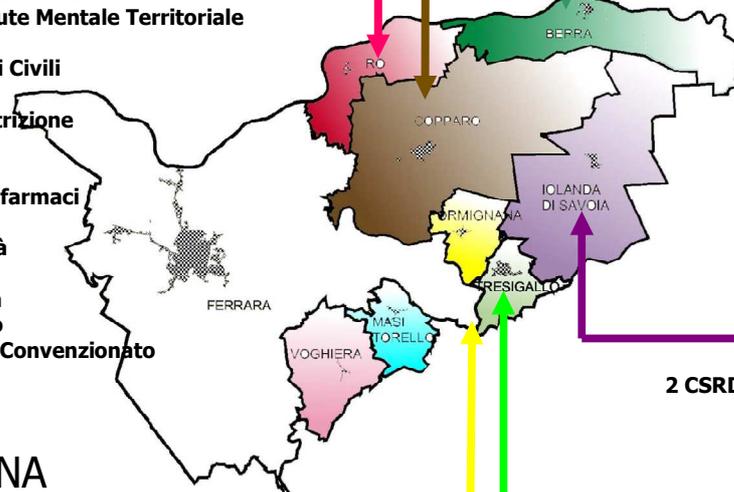
Punto prelievi sangue
1 C.R.A.
Servizio di continuità Assistenziale

Nuclei di Cure Primarie:
1. Cento
2. Bondeno
3. Poggio Renatico

COPPARO

Casa della Salute "Terre e Fiumi"

- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- Ambulatorio NCP
- Ambulatorio Infermieristico NCP
- PUA
- ADI
- Poliambulatorio Specialistico
- PDA
- Radiologia
- Riabilitazione
- Salute Donna
- Pediatria di Comunità
- Pediatria di Gruppo
- UONPIA
- Ambulatorio Salute Mentale Territoriale
- CD Salute Mentale Territoriale
- G. Appartamento Salute Mentale Territoriale
- SER.T.
- Commissione Invalidi Civili
- Igiene Pubblica
- Igiene Alimenti e Nutrizione
- Medicina del Lavoro
- Servizio Veterinario
- Distribuzione diretta farmaci
- Ospedale di Comunità
- 1 CRA Convenzionata
- 1 CDA Convenzionato
- 1 CSRD Residenziale Convenzionato



BERRA

- Punto Prelievi
- Medicina di Gruppo

RO

- Punto Prelievi
- Medicina di Gruppo

IOLANDA DI SAVOIA

- Punto Prelievi
- 2 CSRD diurno Convenzionato

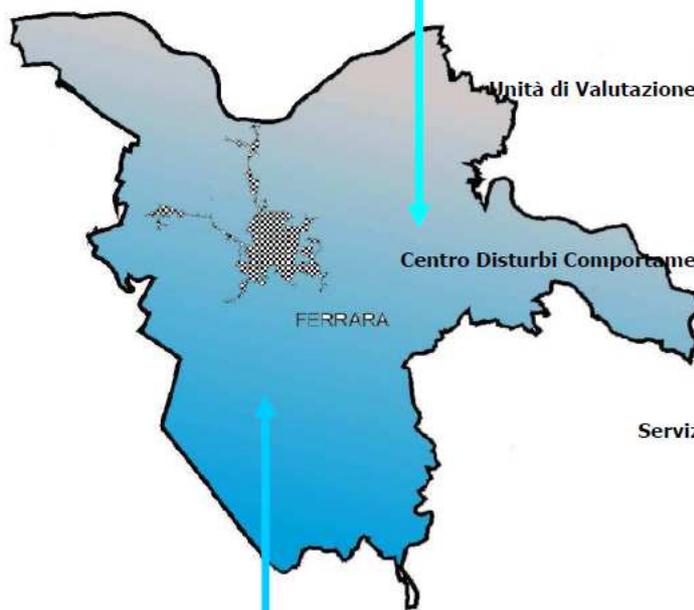
FORMIGNANA

- G. Appartamento Salute mentale

TRESIGALLO

- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- 1 CRA Convenzionata
- 1 CDA Convenzionato

FERRARA



- Casa della Salute Cittadella S. Rocco
- Casa della Salute di Pontelagoscuro
- Salute donna
- Salute infanzia
- Salute Anziani
- ADI
- CSR disabili diurno e residenziale
- Punti prelievo
- 6 Medicine di gruppo
- 1 CRA/RSA accreditata
- 1 CRA/Nucleo Speciale per le Demenze
- 2 C.D. accreditati
- 7 CRA accreditate
- 1 Hospice convenzionato
- Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)
- Unità di Valutazione Multidimensionale – Disabili (UVM-D)
- Assistenza nelle Carceri

- Casa di Cura Salus
- Casa di Cura Quisisana

- Servizio psichiatrico territoriale
- Centro Disturbi Comportamento Alimentare c/o Cittadella S. Rocco
- Centro Disturbi dell'Apprendimento
- Gruppi Appartamento Salute Mentale
- Residenza tratt. intensivo La Luna
- Centro Diurno Maccacaro
- Centro Diurno il Convento
- Res. tratt. protratto il Convento
- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura a Cona
- Dipendenze Patologiche
- UONPIA

- Igiene Pubblica
- Medicina del Lavoro
- Igiene Alimenti e Nutrizione
- Servizio Veterinario

- Med. Legale e amb. Invalidi

Azienda Ospedaliera Sant'Anna

FISCAGLIA

Località Massa Fiscaglia

1 C. P.

FISCAGLIA

Località Migliaro

1 C. P.

FISCAGLIA

Località Migliarino

Sportello Unico
Igiene Pubblica
Igiene Alimenti e Nutrizione

Servizio Veterinario

Gruppo appartamento Salute Mentale
Punto Prelievi

OSTELLATO

Sportello Unico
Medicina di gruppo e Punto Prelievi
e 1 C. P. con 6 posti per gravi cerebrali

PORTOMAGGIORE

CASA DELLA SALUTE
Medicina di gruppo
Riabilitazione DH
Diagnostica per immagini
Sportello Unico
Poliambulatorio e CAD
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità

ADI
SMRIA
Assistenza Anziani
Disabili Adulti

2 C. P.
1 R.S.A.
Ambulatorio Serv. Psich. territoriale
C.D. psichiatrico "De Salvia"
Serv. Psich. Territoriale semiresidenziale
Res. Psichiatrica "Basaglia"
Gruppi appartamento
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione

COMACCHIO

STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE

Ospedale di Comunità "S. Camillo"
Medicina di Gruppo
Sportello Unico
Poliambulatorio
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità
SMRIE
1 C.P.

Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Med. Legale e amb. Invalidi

Bilancio di Missione 2014

Nuclei di Cure Primarie:

- Portomaggiore, Ostellato,
- Argenta
- Codigoro, Lagosanto, Fiscaglia,
- Mesola, Goro
- Comacchio

CODIGORO

Hospice territoriale
Sportello Unico
Salute Donna
Pediatría di Comunità
SMRIE
ADI
Assistenza Anziani
Disabili Adulti
1 C.P. convenzionata
1 C.D. convenzionato
1 R.S.A.
Centri Handicap
Ambulatorio Serv. Psichiatrico territoriale
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
CAD
Punto Prelievi Sangue

MESOLA

Sportello Unico
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità
1 C. P.
Centro fisiologico riabilitativo

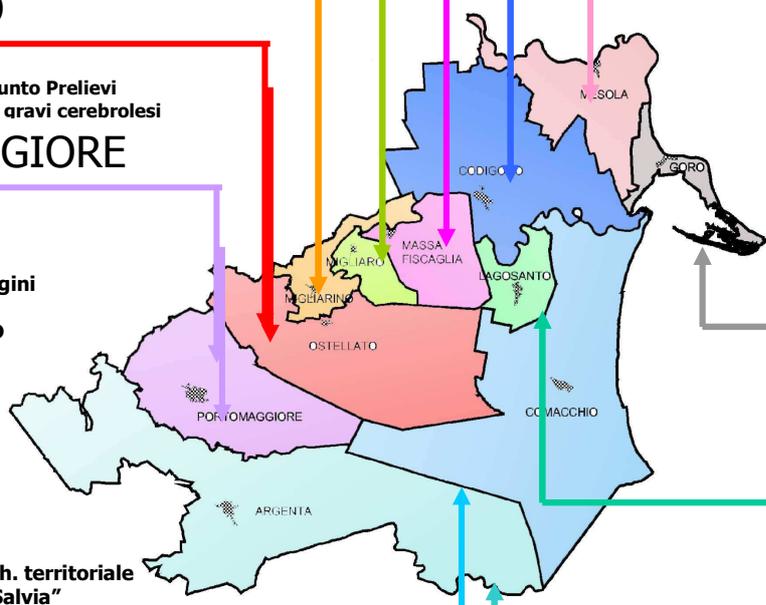
GORO

LAGOSANTO

Ospedale del Delta
Sportello Unico
Poliambulatorio
Servizio psichiatrico Osp. Del Delta
Medicina di Gruppo

ARGENTA

Ospedale "Mazzolani-Vandini"
Sportello Unico
Poliambulatorio
Punto prelievi sangue
Salute Donna
2 C. P.
1 C.D.
Ambulatorio Serv. Psich. territoriale
Gruppo appartamento Salute Mentale
Centri Handicap
Medicina di Gruppo



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 2014 è iniziato il 7° round triennale organizzativo. Nell'anno 2014, 31.658 donne residenti e domiciliate sono state invitate tramite lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) mentre la percentuale di risposta allo screening è stata del 65%. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con una lettera di sollecito a distanza di sei mesi dal primo invito (invio al 100% delle non rispondenti). Le nuove tecniche per la citodiagnostica (strato sottile, lettura assistita, sonda HPV-DNA) garantiscono una migliore predittività del test di primo livello. Un nuovo programma informatico per la gestione dello screening è stato avviato nel dicembre 2010 per garantire un miglior servizio alle donne.

Screening dei tumori della mammella

Nell'anno 2014 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite lettera di invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite lettera di sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). Nell'anno 2013 sono state invitate 46.496 donne, con un'estensione all'invito del 99,4% (99,2% per le 45-49, 96,5% per le 50-69 e 112,7% per le 70-74) con una percentuale di risposta allo screening superiore al 72% (del 73,8% per le 45-49, del 72% per le 50-69enni, e del 71,1% per le 70-74).

Nell'anno 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare rispondente alla richiesta del Progetto Regionale. Dal 01/06/2012 al 31/12/2014 sono state valutate per il rischio eredo-familiare, con uno strumento di primo livello, 101.648 donne; di queste 403 hanno risposto e 161 sono state inviate al centro hub.

Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2015 è iniziato il 6° round biennale, che terminerà nel marzo 2017. La popolazione target è composta da circa 55.000 donne e uomini, pari alla somma di residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. Le persone interessate sono invitate mediante lettera. La distribuzione del kit per il test di primo livello (ricerca del sangue occulto nelle feci) è affidata alle Farmacie. La riconsegna del test avviene in 23 "punti" di raccolta, elencati nella lettera di invito. Nel 2013 sono state invitate 48.823 persone (un'estensione agli inviti del 96%). La percentuale di risposta allo screening è del 49,1%.

Qualità degli screening

Gli screening di sanità pubblica devono garantire il massimo livello di qualità in tutte le fasi e in ogni coinvolgimento di un cittadino. Tutti i programmi di screening aderiscono alle iniziative di controllo di qualità

messe a punto a livello regionale. Durante il 2013 sono stati fatti più incontri con il personale delle due aziende coinvolto per esaminare e migliorare i diversi aspetti del percorso di screening.
Nell'anno 2012 è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella femminile.

Indicatori di attività - Anni 2009 – 2013

	Screening del collo dell'utero (età 25-64 anni)							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	96,3	99,4	110,2	120,1	65,8	64,2	62,8	56,7
TOT REGIONE	101,2	106,4	114,1	113,2	61,9	60,0	58,4	56,9

	Screening della mammella (età 50-69anni)									
	% avanzamento del programma*					% adesione all'invito**				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
FERRARA	96,5	101,6	100,6	112,3	96,5	77,9	76,7	74,1	74,5	70
TOT REGIONE	102,6	90,4	116,3	106,4	?	73,2	72,9	68	73,7	?

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

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

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

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2011-2013

Aziende USL	% avanzamento del programma*						% adesione all'invito**					
	fascia 45-49 anni			fascia 70-74 anni			fascia 45-49 anni			fascia 70-74 anni		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
FERRARA	100,0	99,7	99,2	103,8	102,7	112,7	66,3	75,0	69,1	68,8	69,8	69,5
TOT REGIONE	76,8	86,3	?	102,3	106,9	?	70,7	71,1	?	65,3	65,3	?

Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto - Indicatori di attività - Anni 2005 – 2013

Aziende USL	% avanzamento del programma*									% adesione all'invito**								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
FERRARA	80,0	100,8	105,0	102,7	83,2	115,1	90,8	104,8	88,2	35,5	54,7	47,6	56,9	44,7	55,3	45,3	54,7	48,8
TOT REGIONE	61,4	124,1	92,8	101,0	90,4	102,6	99,9	106,6	?	46,2	48,4	47,6	53,7	51,9	53,1	49,4	53,2	?

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

** % persone esaminate / persone invitate.

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

Programmi di vaccinazione

Copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia.

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

- gli ambulatori della Pediatria di Comunità sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate, compresa la vaccinazione antiepatite A e antinfluenzale nei soggetti a rischio,
- gli ambulatori del Dipartimento della Sanità Pubblica, per quanto riguarda la vaccinazione antirabbica ed i vaccini destinati ai "bambini viaggiatori",
- negli ambulatori in integrazione, attivi dal 2012, nei quali si svolge attività vaccinale rivolta sia agli adulti che a soggetti in età pediatrica
- il DSP, oltre al DCP (PdC, MMG e PLS) effettuano le vaccinazioni antinfluenzali

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

Per tutte le vaccinazioni previste al 24° mese di vita sono stati ampiamente superati gli obiettivi del 95%; infatti la copertura vaccinale per DT, polio, epatite B, è superiore al 97%.

E' garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio e la registrazione dei dati per l'elaborazione delle coperture vaccinali regionali al fine di evitare sacche di suscettibilità.

Sono state implementate iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione di rosolia congenita e morbillo specie nelle donne in età fertile non vaccinate e nei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.

Indicatori	Valore atteso regionale 31.12.2011	Valore osservato regionale 31.12.2011	Valore atteso locale 31.12.2011	Valore osservato locale 31.12.2011	Valore atteso regionale 31.12.2012	Valore atteso locale 31.12.2012	Valore al 31/12/2011	Valore al 31/12/2014
Coperture contro polio, difto-tetano, epatite B al 24° mese	≥ 95%	96,2%	≥ 95%	97,5 %	≥ 95%	>95%	97%	97%
Coperture al 24° mese per le vaccinazioni contro:								
- Pneumococco	≥ 95%	94,1 %	≥ 95%	95,6 %	≥ 95%	>95%	> 95%	> 95%
- Meningococco tipo C		92,5 %		95,3 %		>95%	94,5%	95
Copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese	94%	93%	94%	95,7 %	Nell'80% pop. ≥ 95%; nel restante 20% pop. >90%	>95% >90%	94%	94,9

Copertura per vaccinazione anti Hib al 24° mese: 96,8

Copertura vaccinazione antimeningococco a 16 anni: 82,2

Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV)

	Coorti di nascita											
	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)										
Azienda USL FE 31/12/2013	85,9	84	84,1	82,6	85,8	84,1	87,3	85,1	81,3	70,8	82,9	70,9
Regione E-Romagna	78,4	75,6	79,2	76	76,2	72,9	77,3	73,4	74,3	50,7		

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

- acquisto del vaccino antipapilloma virus,
- formazione del personale coinvolto,
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti (maschi e femmine) oltre il compimento del 18° anno, su richiesta e con pagamento di ticket.
- Avvio, dall'autunno del 2014, di un programma per incentivare la vaccinazione nelle donne non vaccinate attraverso lettere personali a donne fino ai 25 anni e un'informativa contenuta negli inviti allo screening per l'effettuazione del pap test.

Le vaccinazioni sono eseguite presso gli ambulatori della Pediatria di Comunità per le ragazze fino ai 17 anni di età. La Campagna ha preso avvio nel maggio 2008 con la spedizione degli inviti alle nate nel 1997: sono state dedicate sedute mattutine e pomeridiane, nel Distretto Centro Nord per le seconde-terze organizzate prevalentemente in sedute vaccinali a gestione autonoma da parte degli operatori non medici, nel rispetto del calendario vaccinale, prevedendo il tempo per il counselling, la compilazione della scheda di idoneità, l'informazione sulle reazioni avverse e la registrazione, la compilazione, quando previsto, delle schede ADR ministeriali (schede per la segnalazione delle reazioni avverse).

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

Campagna antinfluenzale 2014/15

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2014/15 è stata effettuata secondo le indicazioni delle Circolari Nazionale e Regionale .

- ai MMG sono stati forniti, oltre alle dosi di vaccino richieste, gli elenchi degli assistiti, divisi per tipologia (anziani, cronici), relazione sull'utilizzo dei vaccini e indicazioni per l'utilizzo del portale Sole, modulistica per raccolta dati e segnalazione di eventuali reazioni avverse.

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

Quest'anno la campagna vaccinale, condizionata dalle notizie riguardanti il ritiro di alcuni vaccini a inizio stagione per presunti effetti avversi gravi, ha mostrato un andamento ancor meno soddisfacente rispetto agli

anni precedenti. Sono state somministrate circa 81.000 vaccinazioni in meno rispetto allo scorso anno (663.000 dosi rispetto a circa 744.000) con una diminuzione regionale pari all'11%.

Gli indici di copertura vaccinale - diminuiti negli ultimi tempi, a livello nazionale e regionale, ma in ripresa nella passata Campagna, sono nuovamente scesi.

Gli indici di copertura vaccinale negli over sessantacinquenni sono fra i più bassi registrati negli ultimi 10 anni, nonostante l'Azienda USL di Ferrara abbia realizzato uno dei migliori risultati regionali.

La copertura regionale rilevata a fine campagna nei soggetti con età superiore a 65 anni è pari al 50,6%, con un calo rilevante rispetto alla già bassa copertura del 55,8% rilevata nell'anno precedente. Si ricorda che nella stagione 2006-2007 la copertura raggiunta era pari al 74,4% della popolazione over 65enne.

Anche tra gli operatori sanitari si registra un notevole calo delle coperture vaccinali.

AUsl	Copertura vaccinale (%) popolazione di età >=65 anni	Copertura vaccinale (%) tra gli operatori sanitari
Piacenza	51,5	11,6
Parma	42,4	10,5
Reggio Emilia	54,4	13,1
Modena	53,0	14,4
Bologna	50,5	14,3
Imola	52,2	13,0
Ferrara	54,0	17,0
Ravenna	50,3	12,4
Forlì	50,2	14,1
Cesena	51,2	12,7
Rimini	45,2	11,6
Emilia-Romagna	50,6	13,4

Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

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

Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Anno 2013

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

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

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

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti

Anno 2014			
AUSL	Confronto con i dati fonte ISTAT	Confronto con le PAT 2013 Totali fonte INAIL	Confronto con le PAT 2013 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL
FE	5,2	6,7	10,7
TOTALE RER	5,5	6,4	10,3

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate. Anni 2011-2014

AUSL	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
FE	15,9	15,1	17,3	16,8
TOTALE RER	15,0	12,7	11,6	11,5

Il perdurare della crisi economica 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. In particolare la crisi economica nella nostra Provincia ha colpito più duramente alcuni settori quali l'edilizia e le costruzioni in genere, l'industria, in particolare quella metalmeccanica ed il commercio risparmiando in parte l'agricoltura ed il manifatturiero di qualità.

Dall'analisi dei dati forniti dall'INAIL sull'andamento infortunistico dal 2008 al 2012, si evidenzia per la Provincia di Ferrara una progressiva riduzione del numero degli infortuni denunciati, con una variazione in diminuzione pari al -21,8%, la riduzione più alta fra tutte le provincie della Regione e rispetto ad un dato regionale pari al -14,9% . Nel 2012, ultimo dato INAIL disponibile, diminuiscono nel complesso rispetto al 2011 con un -10,7% anche gli infortuni così detti in itinere, che avvengono lungo il percorso per raggiungere o per tornare dal luogo di lavoro o comunque sulle strade durante il lavoro. Un lieve incremento nel 2012 rispetto al 2011 si è registrato negli infortuni mortali, 9 casi nel 2012 rispetto agli 8 casi registrati nel 2011, evidenziando una particolare propensione agli infortuni gravi nel settore agricoltura . Per quanto riguarda le malattie professionali dall'anno 2008 all'anno 2012, nella Provincia di Ferrara, si è registrato un progressivo aumento di quelle denunciate all'INAIL, più 22,6% dal 2008 al 2012, come del resto è avvenuto in quasi tutte le realtà provinciali della Regione, attestandosi attorno al valore di 250 l'anno. Tale fenomeno in aumento è in parte, probabilmente, dovuto ad una maggiore attenzione dei medici rispetto a questo problema, anche come risultato delle iniziative di sensibilizzazione messe in atto dall'Unità Operativa e in parte ad una revisione della tabella delle tecnopatie che ha agevolato il loro riconoscimento.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dall'U.O.PSAL, nel 2014, n. 1.435 Unità Locali, risultando questa attività pressoché invariata rispetto all'anno 2013.

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 2013 risulta essere pari a 14.297 e al numeratore dal numero di aziende controllate pari a 1.466. Applicando la formula sopra descritta si ottiene un 10,7 % di aziende controllate rispetto alle PAT INAIL con almeno un dipendente.

L'obiettivo del 9% delle aziende da controllare imposto dalla RER per il 2014 è stato raggiunto e superato (10,7% Unità Locali Controllate). Dall'analisi dei dati di attività, riferita all'anno 2014, si evidenzia l'aumento delle aziende sanzionate rispetto al totale delle aziende ispezionate negli ultimi anni, dato praticamente invariato rispetto al 2013. Questo dato certamente impone una riflessione in merito all'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro in quanto dimostra il perdurare di una situazione di elevata

inadempienza che giustifica una costante attenzione in termini di vigilanza e controllo sull'attuazione della prevenzione dei danni alla salute all'interno delle attività produttive.

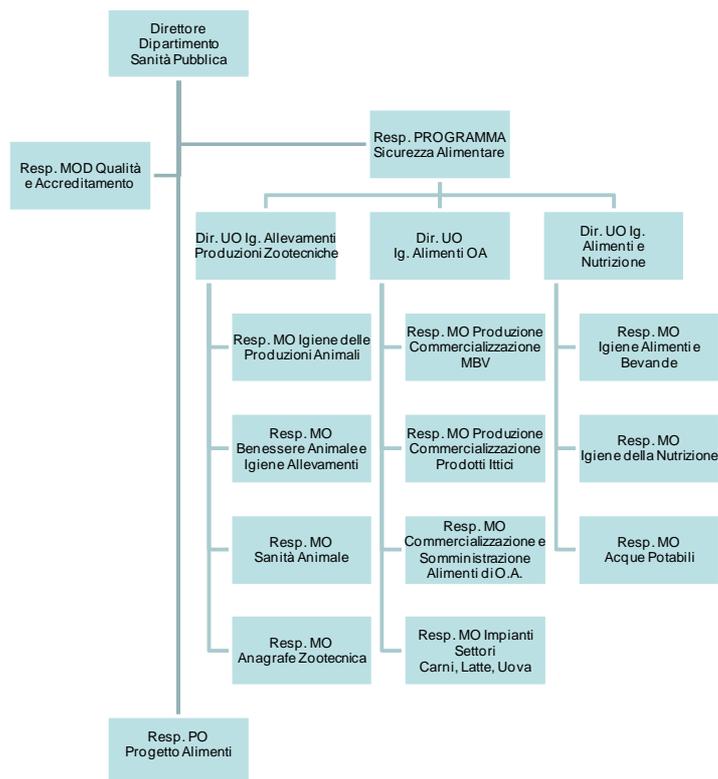
Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2014 l'Unità Operativa Attività Veterinarie (UOAV), che si occupa di tutti gli aspetti della sanità pubblica Veterinaria operando per la Sicurezza Alimentare e per la tutela del benessere degli animali, ha dato continuità ai 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.

Sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare riconosce la piena responsabilità dell'Operatore del Settore Alimentare (OSA) sul processo produttivo e sul prodotto/alimenti che ne esita e quella dell'Autorità Competente, l'Azienda USL, sul controllo ufficiale di parte terza circa la correttezza dei processi produttivi. Il sistema è, quindi, un sistema integrato che si basa sui principi dell'analisi del rischio, della rintracciabilità degli animali e degli alimenti ai fini della gestione delle emergenze.

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



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

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

Tra le diverse attività realizzate dal Programma per il 2014, si riportano i risultati del Piano di ispezioni congiunte tra Personale, veterinario, medico o tecnico della prevenzione, effettuate presso gli Operatori del settore alimentare, che ha dato i seguenti risultati:

REPORT ISPEZIONI CONGIUNTE UO ATTIVITA' VETERINARIE - UO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - ANNO 2014																							
COMPARTO	Ferrara				Copparo				Codigoro				Portomaggiore				Cento				AUSL		
	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	N. Controlli programmati	n. controlli eseguiti	Attività controllate
GRANDE DISTRIBUZIONE (GDO)	50	5	7	6	14	3	4	3	25	5	4	4	13	3	3	2	26	5	5	5	21	23	20
RISTORAZIONE COLLETTIVA > 250 PASTI	8	8	12	9	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	7	5	3	3	5	3	18	27	20
RISTORAZIONE PUBBLICA	289	22	24	20	45	4	5	3	311	20	23	18	89	7	11	9	100	10	15	11	63	78	61
ROSTICCERIE	36	10	10	8	11	3	2	2	41	10	7	7	8	2	4	4	21	3	9	4	28	32	25
VICINATO	416	7	6	5	92	8	6	6	265	10	7	6	99	9	13	11	239	6	14	11	40	46	39
DEPOSITI	54	3	2	1	5	0	1	0	11	0	0	0	12	0	0	0	10	0	0	0	3	3	1
DEPOSITI CEREALI	8	1	3	2	7	1	1	1	11	0	0	0	12	1	1	1	10	1	1	1	4	6	3
TRASFORMAZIONI	3	3	3	2	0	0	0	0	3	0	0	0	3	2	6	2	7	1	2	1	6	11	5
FIERE FESTIVAL SAGRE	ND	3	5	4	ND	3	2	2	ND	3	6	5	ND	3	9	3	ND	3	4	3	15	26	17
TOTALE	864	62	72	57	176	24	23	19	669	50	48	41	239	30	54	37	416	32	55	39	198	252	191

Il numero di ispezioni effettuate, n. 252 su n. 198 programmate a livello provinciale, in aumento rispetto agli anni precedenti, costituisce una minima parte dei controlli complessivi per la Sicurezza alimentare effettuati nell'anno, ma presenta il valore aggiunto dell'interdisciplinarietà del controllo.

Gli obiettivi principali perseguiti dall'**Unità Operativa Attività Veterinarie** nel corso del 2014 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli fissati dalla Regione.

Sanità animale

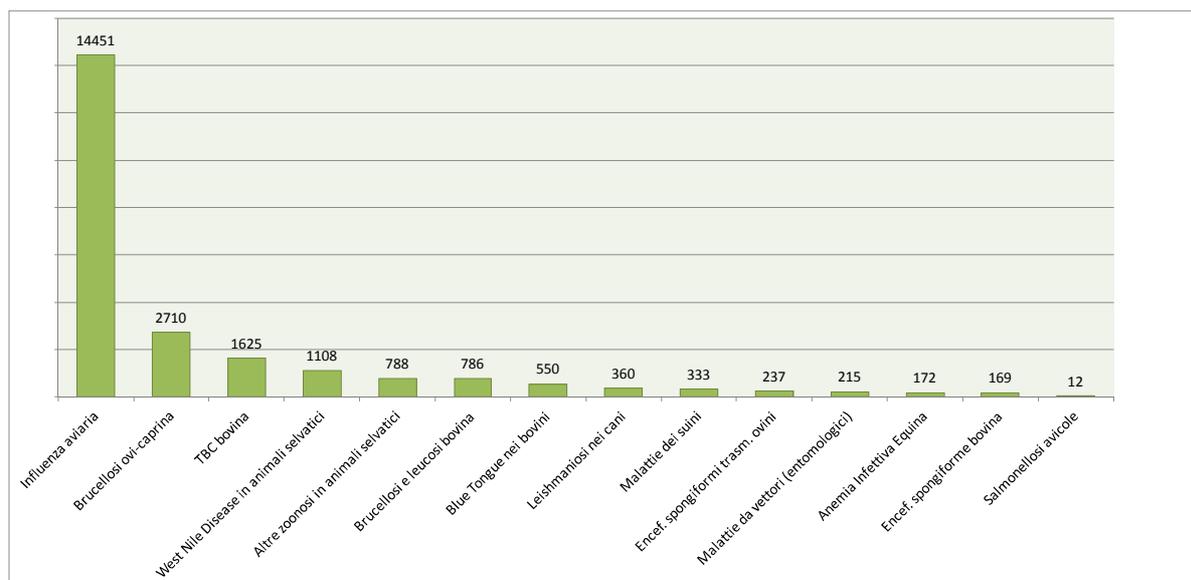
Anagrafe zootecnica

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

Sono stati effettuati n. 55 controlli presso allevamenti bovini, ovicaprini, suinicoli ed equini sui n. 47 controlli programmati, pari al 117%.

Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali

Si tratta dei controlli programmati all'interno di piani di sorveglianza relativi alle malattie infettive di interesse di sanità pubblica veterinaria o effettuati a seguito di emergenze, come l'influenza aviaria. L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:



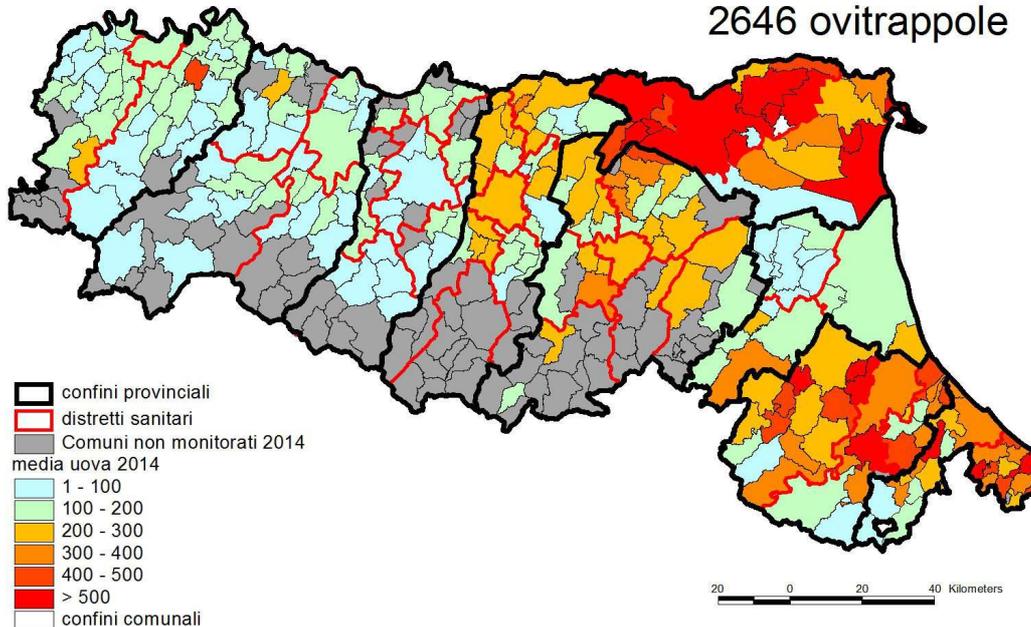
Si evidenziano:

- la intensificazione nel primo trimestre 2014 dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria come conseguenza di un focolaio da virus H5N2 a bassa patogenicità verificatosi in Regione a dicembre 2013, ed un ulteriore picco di attività a fine 2014 causato da un'epidemia da virus H5N8 ad alta patogenicità in diversi Paesi europei con un focolaio anche nel vicino Comune di Porto Viro (RO);
- il mantenimento durante l'estate di un elevato livello di attività di sorveglianza per la West Nile Disease, che ha precocemente evidenziato positività anche nel 2014, sia in zanzare che in volatili (a Ferrara dal 5 agosto al 16 settembre);
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la leishmaniosi zoonotica viscerale, con l'esame sierologico di 360 cani nei 5 canili della Provincia (1 nuovo positivo, 0,28% di incidenza), e 48 esami su pool di insetti catturati presso i canili, dove non è stata evidenziata la presenza del flebotomo vettore;
- la costante attività di base nel controllo di vecchie zoonosi quali la tubercolosi bovina-bufalina, la brucellosi bovina, bufalina ed ovi-caprina, la BSE, le salmonellosi avicole.

Sorveglianza entomologica e lotta alla zanzara tigre: anche nel 2014 non vi sono stati casi autoctoni delle due principali malattie trasmesse da questa zanzara nel nostro paese, dopo l'epidemia di Chikungunya in Romagna nel 2007 e l'allarme per l'epidemia di Dengue nell'isola di Madeira nel 2012. Nell'ambito del "Piano regionale per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue" si sono coordinate le attività di sorveglianza entomologica e di lotta all'insetto vettore svolte dai Comuni. Nella mappa, estrapolata dal sito regionale, è riportata la diffusione della zanzara tigre risultante dall'attività di monitoraggio 2014 (a Ferrara n. 247 ovitrappole per 10 turni di raccolta): risulta evidente la criticità del livello di infestazione della Provincia, come risulta da una azione di monitoraggio esercitata trasparentemente e con efficienza.

2014

2646 ovitrappole



Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Tra i piani di sorveglianza, il Piano Nazionale Residui (PNR) ha la finalità di monitorare la presenza di sostanze nocive o potenzialmente pericolose per l'uomo e gli animali e di verificare l'uso di sostanze illecite. Sono stati eseguiti nel 2014 tutti i n. 103 campioni programmati su diverse matrici e prodotti di origine animale, prelevati presso gli allevamenti (sangue, urina, latte, uova), impianti di lavorazione (miele e stabilimenti di ovoprodotti) e presso i macelli, con riscontri analitici tutti regolari:

Sono stati effettuati inoltre n. 22 campionamenti previsti dal "Sistema regionale di sorveglianza per la prevenzione della presenza di aflatossine nel latte", tutti regolari. In un campione è stato evidenziato un tenore di contaminante prossimo al valore soglia; si è quindi prescritto all'Azienda interessata di intensificare, in regime di autocontrollo, la sorveglianza sia sul mangime che sul latte prodotto.

Per ciò che concerne il latte prodotto in azienda, sono stati segnalati dalle Ditte Prime Acquirenti del latte superamenti dei valori massimi in regime di autocontrollo in n. 2 aziende; a tali segnalazioni hanno fatto seguito indagini epidemiologiche, prescrizioni per la variazione dell'approvvigionamento del mais o del mangime nella razione alimentare degli animali ed esecuzione di un campione ufficiale di latte per la conferma del ripristino della conformità del prodotto.

I campionamenti previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) negli alimenti per animali, consentono di valutare il livello igienico sanitario dei mangimi utilizzati presso gli allevamenti di specie destinate alla produzione di alimenti o a quelle che vivono abitualmente a contatto con l'uomo (pet) e forniscono elementi di valutazione sull'adeguatezza delle buone pratiche in uso presso i mangimifici: gli esiti irregolari possono determinare l'adozione, in caso di allerta, di provvedimenti di sequestro e ritiro dei prodotti. Sono stati eseguiti tutti i n. 118 campioni di mangime programmati presso gli Operatori della filiera mangimistica, con esito conforme:

Per quanto concerne le Allerta mangimistiche, delle n. 4 notifiche pervenute da altri Enti, preme evidenziare la cospicua attività svolta a seguito del riscontro di contaminazione da Diossine e Diossine - PCB-DL in mais di origine ucraina con effettuazione di controlli sull'intera filiera mangimistica, a causa del fatto che la materia prima contaminata, al momento dell'attivazione dell'allerta, era stata già commercializzata a livello nazionale, utilizzata presso numerosi mangimifici e somministrata ad animali di specie diverse. I controlli svolti e i provvedimenti conseguenti (sequestri, campioni, vincoli sanitari) hanno quindi riguardato un allevamento suinicolo, il macello avicolo, un deposito di materie prime zootecniche, tre punti vendita di commercio mangimi.

Nell'ambito del Piano alimenti, sono stati effettuati controlli presso i 12 distributori di latte crudo, con esecuzione di n. 24 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.). Ai campioni programmati sono seguiti n. 5 campioni extra piano per verifica del tenore di germi a 30°C e del tenore di cellule somatiche per riscontro o per segnalazione di altra ASL di irregolarità. Una di queste non conformità è esitata in un provvedimento di sospensione temporanea di vendita diretta del latte.

L'attività svolta nell'ambito dei piani di campionamento del settore Igiene degli allevamenti è sintetizzata di seguito:

Piani Sorveglianza	n. campioni programmati	n. campioni eseguiti	%	Standard %	n. campioni irregolari
Piano Nazionale Residui (PNR)	103	103	100	95	0
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	118	118	100	95	0
Piano Micotossine (aflatossine)	20	22	110	95	0
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte crudo)	28	29	103	95	3

Nell'ambito della produzione del latte nella fase primaria, il piano integrato di controllo che si avvale sia dei controlli ispettivi presso le aziende, sia del Sistema AGRINET-ER cui confluiscono gli esiti delle analisi svolte in autocontrollo dalle ditte cui il latte vaccino viene conferito, ha consentito di accertare in tempo reale l'insorgere di problemi presso gli allevamenti, attraverso il monitoraggio dei parametri igienico sanitari del latte.

Per le 37 aziende con produzione di latte vaccino e bufalino e le 10 aziende con produzione di latte ovino, nel corso del 2014 sono state notificate e gestite n. 17 comunicazioni di non conformità per il parametro "Tenore di cellule somatiche", n. 8 per il parametro "Tenore di germi a 30°C", n. 1 segnalazione di non conformità per entrambi i criteri. Le non conformità hanno riguardato n. 19 aziende.

Sono state inoltre gestite segnalazioni pervenute dalle Ditte Prime Acquirenti del prodotto riguardanti: una segnalazione di non conformità per il criterio relativo al tenore di germi in latte ovino e due segnalazioni per la presenza di sostanze inibenti in latte vaccino in due diverse aziende.

Il mancato ripristino della conformità dei criteri igienico-sanitari, ha comportato l'assunzione di avvio di procedimenti di sospensione temporanea dell'immissione in commercio del latte in n. 10 casi relativi a n. 7 aziende. In un caso la sospensione è stata effettivamente disposta per un periodo di mesi due.

Nel settore dei Sottoprodotti di Origine Animale nell'anno 2014 è stata svolta una corposa attività autorizzativa ai fini del rilascio di riconoscimenti e registrazioni a nuovi Operatori del Settore e di rilascio di pareri alla provincia di Ferrara, nell'ambito dei procedimenti delle autorizzazioni ambientali rilasciate alle aziende che gestiscono impianti di biogas o compostaggio e che utilizzano biomasse di origine animale (sottoprodotti di origine animali o derivati).

Sono state gestite nell'anno 2014 n. 12 pratiche relative ad altrettante imprese del settore per riconoscimenti /registrazioni ai sensi del Regolamento (CE) 1069/2009 e sono stati rilasciati n. 7 pareri per l'utilizzo di S.O.A. in impianti di biogas che non hanno poi attivato la procedura di riconoscimento.

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:

	n. controlli programmati	n. controlli effettuati	%	allevamenti con irregolarità	%
Bovini > 50 capi	65	67	103	13	19
Suini > 40 capi o 6 scrofe	12	14	117	5	36
Ovicaprini > 50 capi	29	27	93	2	7
Equini ingrasso > 10 capi	4	10	250	7	70
Galline ovaiole	5	5	100	0	0
Altri avicoli > 250 capi	20	19	95	1	5
Conigli	3	2	67	0	0
Animali pelliccia	1	1	100	0	0
Pesci	2	2	100	0	0
Selvaggina	1	1	100	0	0
Totali	142	149	105	28	19

Sono stati eseguiti n. 149 controlli sui n. 142 programmati, pari al 105%. In 2 allevamenti ovicapri sono emerse non conformità maggiori sui requisiti degli edifici e locali di stabulazione e sull'alimentazione, abbeveraggio e altre sostanze. Nell'allevamento avicolo è emersa una non conformità maggiore sull'alimentazione, abbeveraggio e altre sostanze, a cui è seguita la chiusura dell'allevamento.

Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

Numero di controlli	N. dei mezzi di trasporto ispezionati	Numero di animali controllati					
		Bovini	Suini	Ovi-caprini	Equidi	Avicoli e Conigli	Pesci
Durante il trasporto stradale	78	779	3900	1896	18	112659	1500
Al luogo di arrivo	36	-	-	-	20	126781	-
Controlli documentali	117	27	15	5	18	51	1

Le irregolarità rilevate al luogo di arrivo degli animali hanno riguardato 4 partite di volatili. Le irregolarità rilevate nei controlli sulla strada hanno riguardato 3 automezzi che trasportavano bovini, ovi-caprini o equidi. Si sono rilevate anche 5 irregolarità documentali, su 117 controlli eseguiti. I provvedimenti adottati sono stati 1 sanzione amministrativa e 2 segnalazioni.

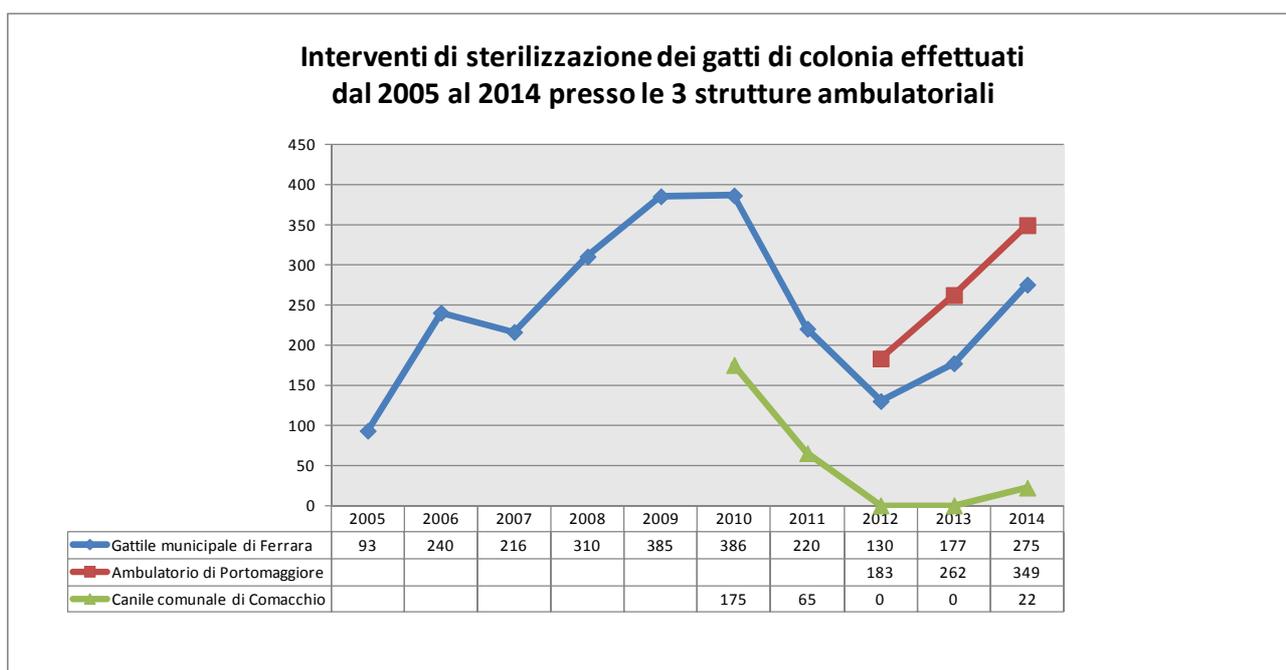
Igiene urbana veterinaria

L'attività è svolta per la prevenzione delle problematiche di convivenza uomo animale in ambito urbano e riguarda il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, la prevenzione delle morsicature provocate dai cani, ivi compresi i soggetti con aggressività non controllata, e gli interventi di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline. Il numero di interventi eseguiti per Igiene Urbana veterinaria nel 2013 è riassunto nella tabella seguente:

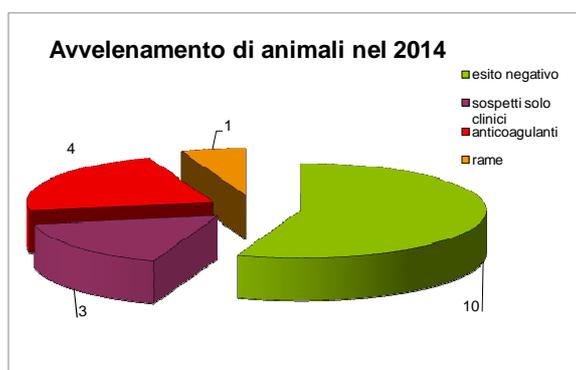
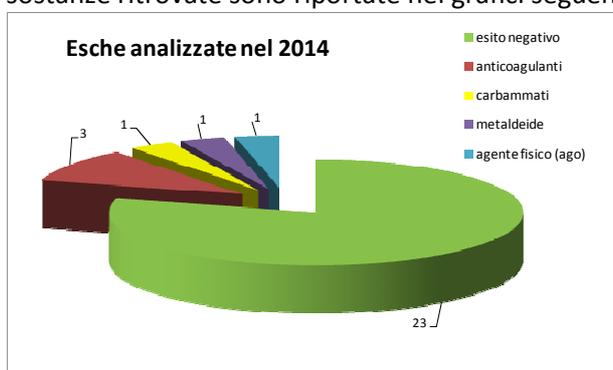
	Impianti di cura di animali d'affezione	Canili, gattili, colonie feline	Esposti di privati cittadini	Cani che hanno morso o segnalati per aggressività	Interventi di sterilizzazione di gatti di colonia	Passaporti e certificazioni rilasciate per cani, gatti o furetti	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti di animali d'affezione
--	---	---------------------------------	------------------------------	---	---	--	--

N. di controlli / prestazioni	53	202	216	244	624	439	48
-------------------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	----

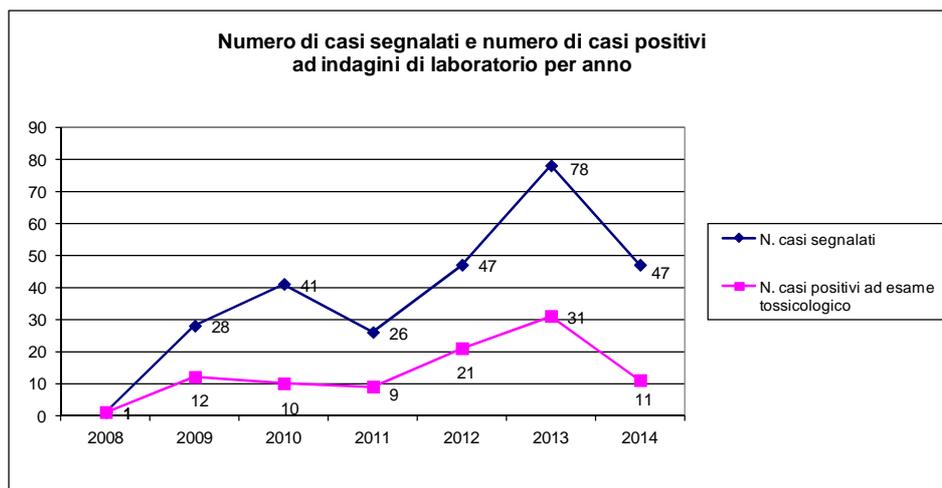
Nell'ambito delle attività rivolte agli animali d'affezione, dal 2005 l'Unità Operativa ha attivato, presso l'ambulatorio veterinario del Gattile municipale di Ferrara, la sterilizzazione chirurgica dei gatti delle colonie feline censite presso i Comuni, affidata ai Veterinari dell'AUSL. L'attività, che si svolge in stretta collaborazione con i Comuni, le Associazioni animaliste e i cittadini Referenti di colonia, è stata poi attivata anche presso l'ambulatorio presente presso il Canile di Comacchio e, dal 2012, all'ambulatorio ad hoc realizzato dal Comune di Portomaggiore. Dal 2005 al 2014 sono stati operati complessivamente n. 3488 gatti e il numero degli interventi è in crescita, come rappresentato nel grafico che segue: nel 2014 sono stati operati n. 646 gatti delle colonie feline di Ferrara, Argenta, Portomaggiore, Ostellato, Migliarino rispetto ai 439 dell'anno precedente, pari ad un incremento del 47%:



Per ciò che riguarda il piano di controllo degli avvelenamenti degli animali in applicazione della DGR n. 469/2009, sono state gestite nel 2014 n. 47 segnalazioni di casi sospetti tra esche, carcasse di animali deceduti e sospetti clinici: 6 esche e 5 carcasse di animali sono risultate positive all'esame tossicologico. Le sostanze ritrovate sono riportate nei grafici seguenti:



Per ciò che riguarda il trend del fenomeno dalla pubblicazione della Ordinanza Ministeriale 18/12/2008 "Norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o di bocconi avvelenati", al 2014, nel seguente grafico sono riportati i dati relativi alla provincia di Ferrara:



Igiene Alimenti di Origine Animale

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

	Strutture esistenti	Strutture controllate	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	76	76	2015	206	16	206	0	9

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

Altre aziende di produzione, trasporto, distribuzione, somministrazione di alimenti di origine animale: i controlli eseguiti presso le strutture registrate, quali macellerie, pescherie, laboratori produzione miele, agriturismi, mercati, mense, ristoranti, automezzi trasporto alimenti, ecc. sono sintetizzati nella seguente tabella:

	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Altre strutture	1943	718	37	945	643	36	643	2	9

In questo settore sono aumentate le prescrizioni impartite e le sanzioni; mentre le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l'idoneità di strutture ed attrezzature, la formazione ed il piano HACCP.

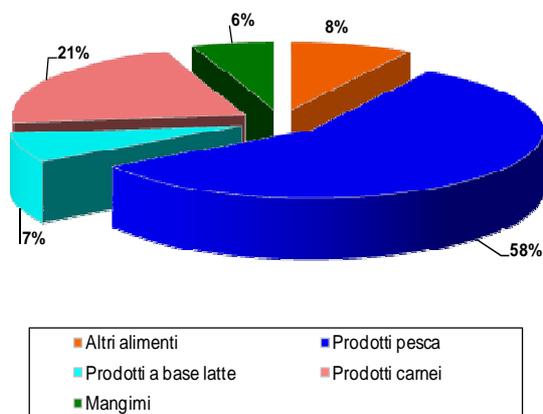
Sistema di allerta alimenti e mangimi:

L'attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l'alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore. Nella gestione dell'allerta, secondo procedura dipartimentale, si garantisce l'attivazione dell'UO entro 24 dalla segnalazione. L'intervento consiste

nell'individuazione di alimenti pericolosi e nella verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione.

Nel 2014 sono state gestite complessivamente n. 71 emergenze tra allerta e notifiche di informazione per attenzione, di cui n. 62 provenienti da altri Enti e n. 9 attivate dall'Unità Operativa.

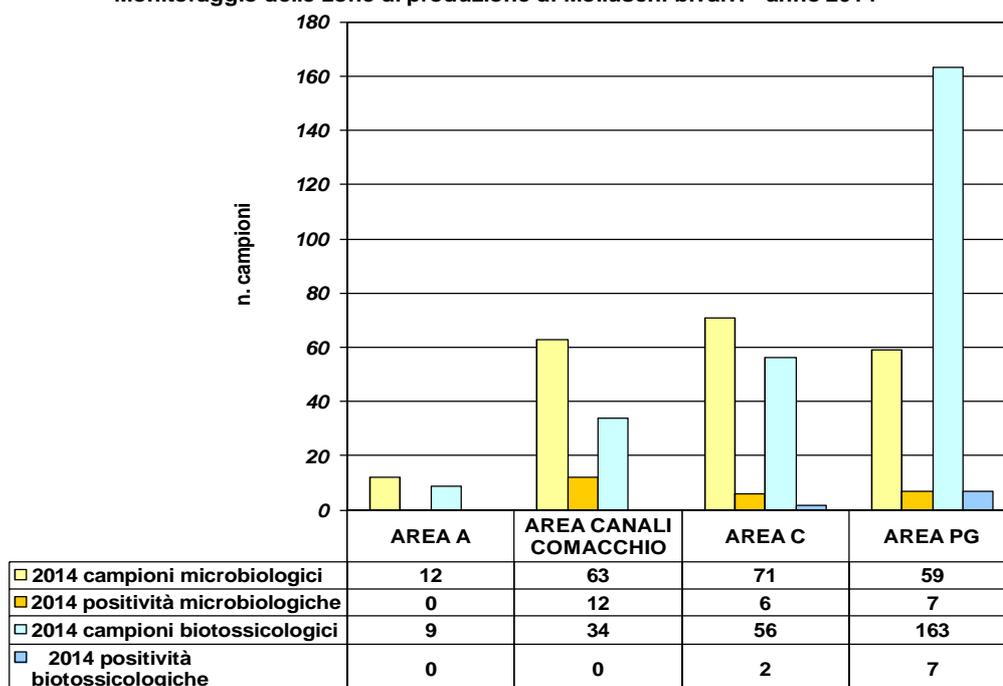
Le matrici interessate sono rappresentate in grafico:



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

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

Monitoraggio delle zone di produzione di Molluschi bivalvi - anno 2014



Dai risultati del monitoraggio si traggono valutazioni sul rischio microbiologico e biotossicologico delle diverse zone di produzione che, in taluni casi, impongono l'adozione di provvedimenti restrittivi, di chiusura delle zone di raccolta. Nel 2014 sono stati adottati n. 27 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione e n. 7 provvedimenti di obbligo di depurazione a seguito delle non conformità microbiologiche o biotossicologiche riportate in tabella.

Sistema di Gestione della Qualità

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

- programmazione del lavoro dettagliata in ogni settore di attività, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- qualifica degli Operatori addetti al controllo come "Auditor per la Sicurezza alimentare"
- utilizzo di procedure e istruzioni operative per l'esecuzione dei controlli
- verifiche (follow-up) entro tempi certi sulla risoluzione delle irregolarità riscontrate nei controlli ufficiali
- registrazione su base informatica di ogni controllo svolto e delle non conformità riscontrate. La registrazione dell'esito di ogni controllo permette di costruire le informazioni utili a programmare la frequenza dei controlli per l'anno successivo presso ogni singolo Produttore di alimenti (minimo, standard e rinforzato), in funzione della valutazione dei rischi
- verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- la verifica dei risultati e riesame, ai fini della programmazione
- gestione di un complesso sistema informativo nel quale vengono registrate i dati di attività, coi presigli esiti del controllo ufficiale, al fine di poter descrivere circa la situazione di conformità dei diversi settori produttivi oggetto di controllo.

La supervisione introdotta in attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale è strumento del governo clinico e consiste nell'effettuazione di ispezioni in compresenza sul campo del Veterinario supervisionato e del Veterinario supervisore, con discussione delle risultanze del controllo ufficiale eseguito. La supervisione ha la finalità di verificare, su mandato della Direzione dell'Unità Operativa, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, ottenendo elementi per indirizzare la pianificazione della formazione e di altri strumenti tesi al miglioramento, promuovendo altresì la socializzazione delle migliori conoscenze disponibili. I risultati delle 33 supervisioni effettuate nel 2014 hanno dimostrato l'adeguatezza del controllo ufficiale per tutti i settori verificati: controlli di anagrafe bovina, biosicurezza allevamenti, farmacovigilanza, visita di cani morsicatori, controlli di stabilimenti del settore ittico e di strutture registrate per la produzione di alimenti di origine animale.

Risultati dell'indagine di gradimento sul rilascio del passaporto per cani, gatti e furetti condotta sui cittadini della provincia di Ferrara

Mandato normativo

Il D.Lgs. n. 33 del 14.03.2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA.", dispone, tra l'altro, che ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate dalle Pubbliche Amministrazioni vi siano anche i risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati. Anche altre norme riguardanti modelli di funzionamento/ accreditamento dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL e dei Servizi della Sicurezza Alimentare prevedono che vi siano le modalità e gli strumenti di ascolto degli utenti.

Tra i procedimenti dell'Unità Attività Veterinarie, dal 2004 vi è anche il rilascio di passaporti europei per cani gatti e furetti. Questo documento, previsto da specifici Regolamenti dell'UE, è indispensabile per questi animali per poter viaggiare, accompagnati dal proprietario, attraverso gli Stati dell'Unione Europea o per recarsi nei Paesi Terzi.

Il progetto

Nel corso del 2014 la Direzione dell'UO ha deciso di intraprendere un'indagine di gradimento sulle prestazioni erogate, formulando un apposito progetto di miglioramento "Implementazione di strumenti di ascolto degli utenti" su questo procedimento in quanto è una prestazione su richiesta dell'utente, è frequente e sembrava interessante valutare diverse dimensioni della qualità (accessibilità, tempestività, trasparenza, qualità della struttura, qualità relazionale, efficacia).

Le risorse messe in campo per questo progetto, senza costi aggiuntivi, sono state di ordine strumentale, con la predisposizione di un questionario di gradimento, materiale, con la predisposizione di cassette di raccolta appositamente identificate, presenti e disponibili nei 5 Uffici territoriali e umane, cioè il Personale veterinario

sensibilizzato e Personale incaricato dell'elaborazione dati (amministrativo per il data-entry e il Resp. MOD Qualità e Accredimento per l'elaborazione dei dati).

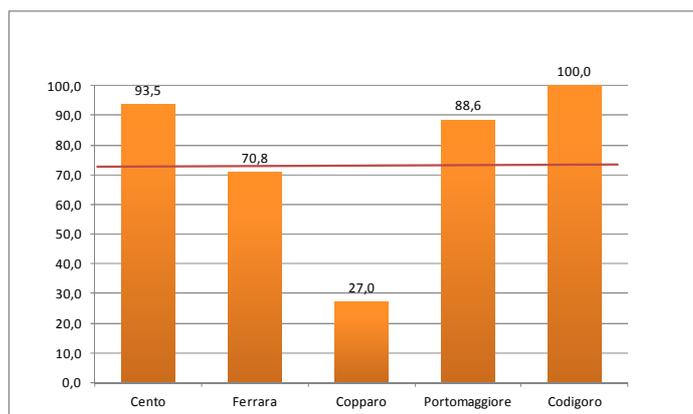
Il questionario prodotto è accompagnato da una spiegazione circa il motivo dell'indagine e da brevi e istruzioni per la sua compilazione. Il questionario, valutato anche dall'Ufficio Qualità aziendale, si compone di 11 domande la cui sequenza segue l'ordine di erogazione della prestazione e contiene anche elementi utili per caratterizzare il fruitore del servizio e uno spazio per le osservazioni e suggerimenti. Per la graduazione del livello di gradimento si è fatto riferimento agli emoticon, tratti dall'iniziativa "Mettiamoci la faccia" del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione. I questionari vengono somministrati nel momento di contatto con il servizio, quando il cittadino si reca fisicamente presso l'Unità Veterinaria per il rilascio del passaporto.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE SERVIZIO REGIONALE Assessorato Unico Sanità-Lavoro e Ferrara DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA SALUTE UMANA, SANITÀ VETERINARIA DIREZIONE: SUFFI A. CHIARA BIANCHI		QUESTIONARIO di RILEVAZIONE della SODDISFAZIONE		
UFFICIO VETERINARIO DI _____				
INDICI IL SUO GRADIMENTO RISPETTO AI SEGUENTI PUNTI:				
		gradimento alto	gradimento medio	gradimento basso
1.	Le modalità di prenotazione sono state agevoli?			
2.	Le informazioni telefoniche date al momento della prenotazione erano chiare e complete?			
3.	I tempi di attesa per accedere alla prestazione erano adeguati alle sue necessità?			
4.	L'orario proposto per l'appuntamento era comodo per lei? Si è tenuto conto delle sue eventuali necessità?			
5.	Le modalità di pagamento della prestazione sono risultate comode?			
6.	L'ufficio è facilmente raggiungibile?			
7.	Ha individuato facilmente l'Operatore a cui rivolgersi?			
8.	Gli ambienti sono puliti e confortevoli?			
9.	Gli Operatori sono stati cortesi e disponibili?			
10.	Gli Operatori le sono sembrati competenti e professionali?			
11.	Gradimento complessivo del servizio ricevuto			
PROFILO UTENTE				
SESSO: Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>		COMUNE RESIDENZA:		
ETÀ: <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 21-35 <input type="checkbox"/> 36-50 <input type="checkbox"/> 51-65 <input type="checkbox"/> >65		NAZIONALITÀ:		
PROFESSIONE:		OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI:		
Casalinga		_____		
Disoccupato		_____		
Lavoratore autonomo		_____		
Lavoratore dipendente		_____		
Pensionato		_____		
Studente		_____		
Altro		_____		

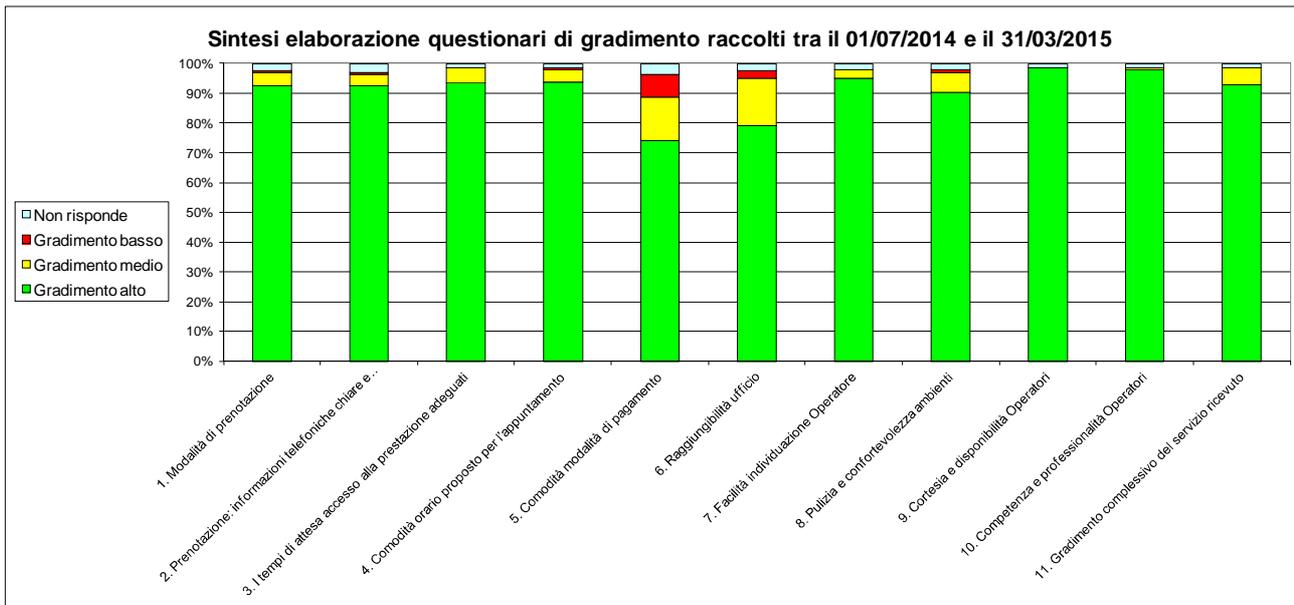
I risultati

Nel periodo 01/07/2014 e 31/03/2015 sono stati somministrati complessivamente n. 198 questionari presso i 5 Uffici territoriali, con percentuali di copertura molto

buone presso gli Uffici di Migliarino, Cento e Portomaggiore, discreta presso l'Ufficio di Ferrara e scarsa a Copparo. La media è del 73,1%:



Per quanto riguarda i risultati emersi dall'elaborazione dei questionari emerge un quadro di pieno gradimento complessivo della prestazione da parte del 93% dei proprietari di animali (11° item):



9 criteri su 11 hanno dato luogo ad un gradimento molto elevato, superiore al 90%. Sono risultati meno performanti, e comunque con gradimento superiore al 70%, due criteri legati ad aspetti logistici: comodità del pagamento e raggiungibilità della sede, particolarmente critici presso l'ex-ufficio posto in pieno centro di Ferrara, oggi dismesso. La rilevazione è tuttora in corso.

Unità Operativa Igiene degli alimenti e Nutrizione (UO IAN)

Nel corso del 2014 l'UOIAN ha mantenuto in essere i sotto riportati obiettivi strategici

Implementazione e manutenzione del Sistema di Gestione della Qualità

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

- ✓ programmazione dettagliata dell'attività di controllo ufficiale (verifiche, ispezioni, audit, campioni) presso le attività di produzione primaria, lavorazione, deposito, somministrazione, vendita e trasporto di alimenti, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- ✓ qualifica degli Operatori addetti al controllo ufficiale
- ✓ utilizzo di procedure, istruzioni operative e modulistica per l'esecuzione dei controlli
- ✓ verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- ✓ verifica dei risultati, ai fini del riesame e della successiva riprogrammazione
- ✓ implementazione del database AVELCO a mezzo della registrazione delle NOTIFICHE, ALLERTA, RICHIESTE, CERTIFICAZIONI EFFETTUATE nonché degli esiti dei CONTROLLI UFFICIALI condotti.

La supervisione, prevista n attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale fin dal 2013 ha riguardato i seguenti campi:

- ✓ campionamento;
- ✓ controllo ufficiale in agricoltura;
- ✓ controllo ufficiale presso le attività che producono senza glutine per la vendita e per la somministrazione diretta al consumatore finale;
- ✓ controllo ufficiale presso le attività di deposito e vendita fitosanitari;
- ✓ verifica dei piani di autocontrollo.

Sono state effettuate n. 29 supervisioni, le cui risultanze sono state elaborate e illustrate durante una giornata di FORMAZIONE nel corso della quale sono state condivise azioni di miglioramento per l'anno 2015.

Registrazione delle attività notificate

L'UO IAN ha l'obbligo di mantenere aggiornata la Banca Dati in dotazione al DSP delle attività di produzione, preparazione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande.

Nel corso del 2014 sono state gestite 1891 notifiche al fine della registrazione. Le SCIA registrate sono 854/1891 (45%); le NOTIFICHE NUOVE ATTIVITA' 246 (13%) mentre le VOLTURE/SUBENTRI/MODIFICHE 791 (42%).

Controllo Ufficiale

Nel corso del 2014 è stato garantito il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE 882/04

- ✓ sulla produzione, preparazione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, compresi i prodotti dietetici, gli alimenti per la prima infanzia e le acque minerali ;
- ✓ sulle imprese alimentari che producono e/o somministrano alimenti non confezionati preparati con prodotti privi di glutine destinati direttamente al consumatore finale;
- ✓ sul deposito, commercio, vendita e utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari.

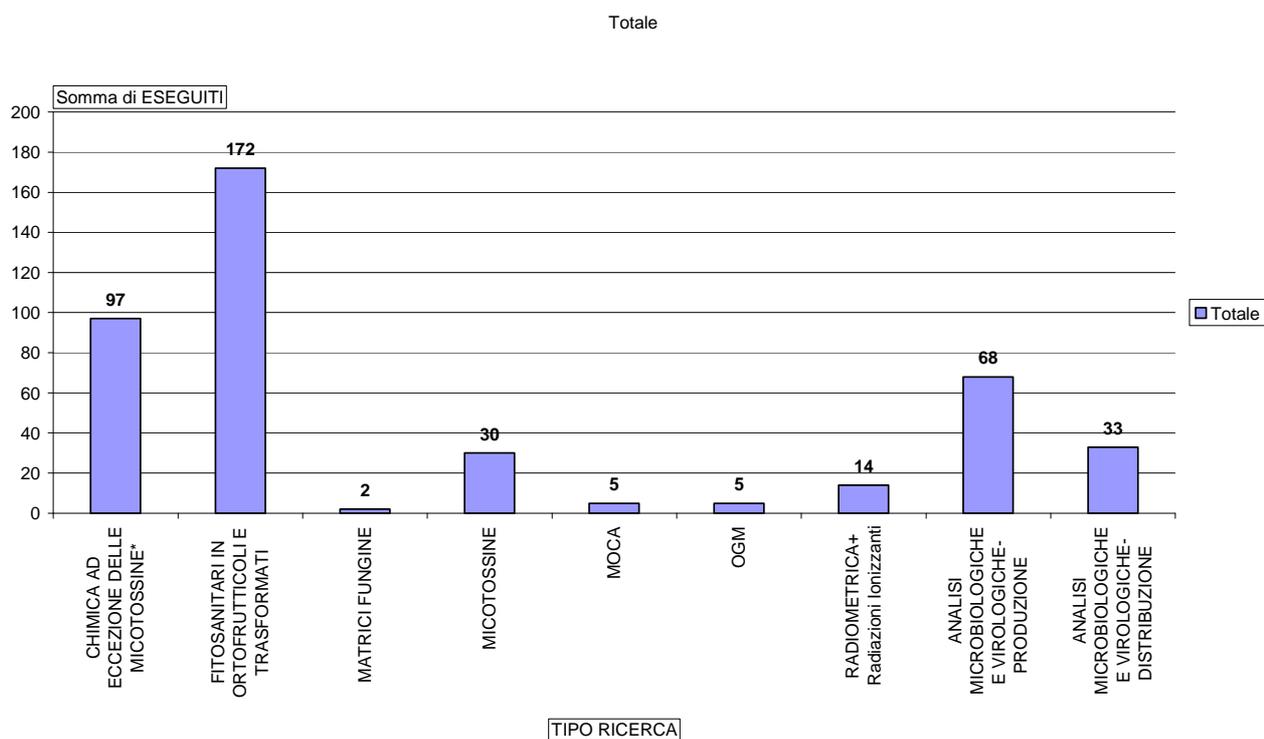
In particolare sono state condotte **3257 visite ispettive** (cu, notifiche, ritorni, su domanda, segnalazione e occasionale) garantendo il controllo ufficiale nel 100% delle attività identificate come degne di massima attenzione. Per quanto riguarda la RISTORAZIONE COLLETTIVA risultano effettuati 203 controlli ufficiali che hanno coperto la totalità delle mense.

Inoltre, nell'ambito del progetto "Celiachia", sono stati eseguiti **295 controlli** e **31 campioni** risultati tutti conformi così come sono state controllate **31 attività** di deposito, commercio, vendita/utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari.

Anche nel corso del 2014 sono state condotte verifiche presso **1750 esercizi** riguardanti la vendita e l'utilizzo di sale iodato.

Nell'ambito del controllo ufficiale sono stati effettuati 426 campioni, di cui 396 da Piano Regionale/Ministeriale, 6 campioni EXTRA PIANO e 24 campioni SU SEGNALAZIONE.

Le analisi eseguite sono meglio sintetizzate nella tabella sotto riportata



Da Gennaio a Dicembre sono emerse 3 irregolarità, peraltro oggetto di notifica per informazione (n. 2 PERE CON ETOSSICHINA; n.1 FRAGOLA con CAPTANO, n.1 CLEMENTINE CON PROPARGITE). La notifica di allerta per CAPTANO in FRAGOLE è stata REVOCATA.

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, secondo procedura dipartimentale, garantisce l'attivazione dell'UO entro 24 ore dal ricevimento, infra settimana e entro 48 ore nei fine settimana.

Il controllo attivato prevede

- ✓ l'attivazione dell'allerta (notifica di allarme o notifica per informazione), qualora durante l'attività l'Autorità Competente intercetti una non conformità tale da imporre il ritiro e/o il richiamo dell'alimento dal mercato;
- ✓ la verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione.

L'UO IAN ha gestito, nel corso del 2014, **46 allerta/non conformità in entrata**. La gestione interna è stata condotta con sollecitudine (85% delle attivazioni < alle 24 ore e 15% < alle 48 ore) e, per ogni allerta, sono stati archiviati i modelli H (127) e si sono fatte 36 relazioni.

FORMAZIONE ALIMENTARISTI

La normativa prevede che i corsi di formazione per il rilascio/aggiornamento dell'attestato di formazione per il personale alimentarista vengano organizzati dal Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) dell'Azienda Usl competente per territorio (di residenza o di luogo di lavoro). La stessa prevede altresì che i corsi di formazione per il rilascio/aggiornamento dell'attestato di formazione possano essere organizzati dalle stesse aziende alimentari o dalle associazioni di categoria, previa valutazione e validazione, da parte del DSP dell'AUSL competente territorialmente, della congruità del corso con gli obiettivi di formazione stabiliti dalla DGR n. 342/2004 e per i quali siano previste valutazioni finali di apprendimento.

Nel corso dell'anno 2014, sono stati formati **5786 operatori del settore alimentare**; **3078** operatori hanno partecipato a corsi di formazione per il primo rilascio dell'attestato organizzati dall'ASL o dall'Azienda Alimentare; **3637** operatori hanno rinnovato l'attestato in seguito ad aggiornamento tenutosi presso l'ASL o presso Associazioni di Categoria o presso l'Azienda Alimentare. I soggetti che risultano aver usufruito di formazione validata dall'ASL risultano **929**. Gli attestati rilasciati agli aventi titolo di studio risultano **841**

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: campionamenti e controllo analitico acqua rete distribuzione pubblica per la verifica di potabilità;

La sorveglianza igienico-sanitaria dell'Azienda USL sulle acque potabili erogate da pubblico acquedotto, rientra negli obblighi previsti dall'art. 8, comma 1, del D.lgs. 31/01 e s.m.i. . Lo scopo è quello di verificare che l'acqua sia conforme ai valori di parametro fissati dall'Allegato I del sopraccitato decreto al fine di assicurare nel tempo il mantenimento della buona qualità delle acque erogate mediante rete di distribuzione pubblica; la programmazione dei controlli analitici viene strutturata in modo tale da garantire quanto più efficacemente possibile la tempestiva individuazione di situazioni di rischio.

Complessivamente sui n.133 punti fissi di campionamento distribuiti sul territorio provinciale sono stati eseguiti **648** campioni (così suddivisi: 512 controlli di routine, 53 di verifica semplificata e 83 di verifica completa. Non sono emerse "non conformità" a carico di parametri cogenti tali da inficiare il giudizio di potabilità dell'acqua erogata ma complessivamente sono state segnalati n. 25 potenziali superamenti di valori parametrici a carico di parametri "indicatori" principalmente responsabili dell'alterazione di caratteristiche organolettiche dell'acqua stessa .

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: campionamenti e controllo analitico acqua rete distribuzione interna (Laboratori riconosciuti e Attività alimentari registrate) per la verifica di potabilità;

L'Unità Operativa igiene alimenti e nutrizione ha altresì l'obbligo di verificare la rispondenza dei requisiti di potabilità dell'acqua destinata al consumo umano anche nelle imprese alimentari nelle quali la stessa viene utilizzata per la preparazione di alimenti e per il lavaggio di strumenti e attrezzature destinate al contatto con alimenti in quanto la sua qualità potrebbe avere conseguenze sulla salubrità del prodotto alimentare finito.

Laboratori riconosciuti ai sensi del Reg Ce 853/2004.

Sui 53 laboratori individuati sono stati eseguiti complessivamente n. **56** campioni con protocollo analitico di "verifica semplificata"

Attività alimentari registrate ai sensi dell'art. 6 del REG CE 852/2004,

Il controllo di potabilità, con le finalità sopra specificate, ha riguardato inoltre n. 48 imprese alimentari "registrate" ai sensi dell'art. 6 del REG CE 852/2004, presso le quali sono stati eseguiti complessivamente n. **49** dei 51 campioni programmati, rispettando comunque lo standard indicato del 95%. Le non conformità a carico di parametri "indicatori", prevalentemente di natura microbiologica, hanno riguardato 15 campioni.

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: Campionamenti e controllo analitico acqua in uscita impianti di distribuzione in aree pubbliche (cassette d'acqua) per la verifica di potabilità.

Le "cassette dell'acqua", sono strutture installate in area pubblica presso le quali un gestore pubblico o un operatore economico offre all'utenza, in postazioni appositamente attrezzate, la distribuzione di acque modificate rispetto a quelle erogate dal pubblico acquedotto.

Trattandosi di punti di somministrazione al pubblico di alimenti, secondo le indicazioni del ministero della Salute, dette strutture sono assoggettate alle norme previste per gli Operatori del Settore Alimentare – O.S.A.- e, pertanto, oggetto di controllo per la verifica del rispetto dei requisiti di potabilità da parte dell'U.O. Igiene alimenti e nutrizione.

Per le 4 strutture esistenti, sono stati eseguiti **16 campioni** programmati (100%), ai quali si sono aggiunti ulteriori **7 campioni** non programmati per il monitoraggio iniziale di una quinta struttura attivata a fine anno

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: Campionamenti e controllo analitico acqua non programmate per la verifica di potabilità e controllo amianto

Nell'anno 2014 l'U.O.IAN ha garantito il controllo di potabilità, con esecuzione di **22 campioni**, per motivazioni diverse (x verifica di potabilità sulla rete pubblica o privata a seguito di segnalazione di non conformità, su richiesta di privati) e di ulteriori **12 campioni** eseguiti sulla rete di distribuzione, con la finalità di **determinare l'indice di aggressività dell'acqua distribuita e il numero di fibre di amianto potenzialmente presenti.**

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante mappatura fonti, impianti di approvvigionamento: Campionamento analitico FONTI DI APPROVVIGIONAMENTO

Il puntuale controllo analitico delle fonti di approvvigionamento è mirato a verificare se le caratteristiche chimico-fisiche e microbiologiche delle stesse siano tali da consentirne o meno l'utilizzo ai fini della potabilizzazione

In ambito provinciale sono presenti quattro centrali di potabilizzazione che alimentano i pubblici acquedotti e che sono approvvigionate sia da acque superficiali (fiume Po) sia da acque profonde provenienti prevalentemente da pozzi di sub – alveo dello stesso .

Il controllo delle fonti di approvvigionamento in carico all'U. O. Igiene Alimenti e Nutrizione riguarda unicamente le acque di origine profonda e prevede un controllo con frequenza mensile delle acque di pozzo che alimentano 3 delle quattro centrali presenti.

Per il 2014 sono stati regolarmente eseguiti tutti i **36 campioni** programmati

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante vigilanza sugli impianti di potabilizzazione

Ad integrazione del controllo analitico sull'acqua destinata al consumo umano, l'U.O. IAN garantisce il controllo ispettivo presso le infrastrutture acquedottistiche presenti in ambito provinciale con le modalità e le frequenze definite dalla normativa nazionale (allegati I e II del DM 26 marzo 1991) e dalle indicazioni regionali (circolare RER n. 2/1999 e n. 9/2004).

La necessità di programmare verifiche ispettive trova riscontro nella consapevolezza che eventuali contaminazioni delle acque destinate al consumo umano possono essere determinate, a volte, da lacune costruttive e/o carenze tecniche gestionali delle infrastrutture acquedottistiche stesse costituite da impianti di captazione/opere di presa a fiume, impianti di trasporto, di trattamento e accumulo, impianti di distribuzione con particolare riferimento agli impianti di approvvigionamento (depositi/serbatoi di stoccaggio).

Nel 2014 sono state eseguite **87 ispezioni** sulle 89 programmate (pari al 97%): le due ispezioni non eseguite hanno riguardato n. 1 serbatoio ancora inagibile per sisma e n.1 pozzo del campo pozzi golenale di Stellata in quanto disattivato.

Implementazione e l'aggiornamento del PORTALE ACQUE POTABILI Regione Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna ha attivato il Portale ACQUE POTABILI con la finalità di :

- fornire uno strumento comune di gestione dell'anagrafica regionale dei punti di campionamento sulla rete degli acquedotti
- implementare e fornire un sistema di geo - localizzazione dei punti di campionamento
- fornire un archivio organico permanente dei dati anagrafici ed analitici dell'intera rete di monitoraggio delle acque destinate al consumo umano della regione

Compito dell'AUSL è quello di implementare e mantenere aggiornato nel tempo il database unico del portale.

L'unità operativa IAN, per il 2014, ha provveduto:

1) alla creazione di un'anagrafica dei 133 punti oggetto di controllo della rete di distribuzione pubblica, facente capo ai due enti gestori operanti nel territorio di competenza dell'Azienda USL di Ferrara, con definizione per ciascuno di essi del Codice unico provinciale (distinto per singoli pozzi di approvvigionamento, punti di entrata centrali di potabilizzazione (superficiale e profonda miscelata), punti di rete distribuzione pubblica, del Nome del punto, dell'indirizzo con specifica della località/frazione, Comune e Provincia di appartenenza, l'indicazione dell'Acquedotto di appartenenza e del relativo Gestore e la classificazione del punto.

2) alla georeferenziazione dei suddetti punti con la localizzazione spaziale (LAT e LONG) ricorrendo all'utilizzazione di coordinate spaziali UTM 32 fornite dagli enti gestori.

MODULO ORGANIZZATIVO IGIENE DELLA NUTRIZIONE

I dati forniti dall'O.M.S. e dalla comunità scientifica internazionale sottolineano con fermezza che la nutrizione –come è universalmente riconosciuto- è un fattore in grado di modificare profondamente lo stato di salute dell'individuo e conseguentemente, della popolazione nel suo complesso. Com'è noto, le malattie "non infettive" per le quali sono stati evidenziati fattori di rischio nutrizionale sono numerose: per alcune di esse sono necessari ancora studi epidemiologici finalizzati a confermare o a quantificare questa correlazione, ma per molte di esse (quali la cardiopatia ischemica, alcune neoplasie, le malattie cerebrovascolari) il dato risulta ormai da tempo consolidato. La dieta rappresenta in definitiva un importante fattore di rischio o di protezione per le malattie croniche non trasmissibili: sette delle prime dieci cause di morte, in Italia, sono malattie per cui è riconosciuto un fattore di rischio dietetico.

Per questi motivi l'intervento nutrizionale è mirato sia sulla popolazione generale con progetti regionali sia sul singolo individuo.

PROGETTI REGIONALI

Scopo dei progetti regionali è quello di portare la popolazione ad avere un comportamento alimentare sano ed equilibrato e, più in generale, ad avere uno stile di vita corretto. Se tutto questo inizia in età infantile e adolescenziale, più facilmente si otterranno risultati positivi a lungo termine

Nel corso dell'anno 2014 tre sono stati i progetti che hanno interessato il modulo Nutrizione:

1. **fornire indicazioni omogenee sul territorio regionale finalizzate sia al miglioramento della qualità, in particolare sul piano nutrizionale, della ristorazione scolastica che alla organizzazione e gestione del servizio di ristorazione attraverso la verifica e valutazione dell'applicazione degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica e nei distributori automatici delle scuole con apposita scheda. La normativa di riferimento è il DGR 418/12 Regione Emilia-Romagna: Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo**

l'indicatore era: numero menu valutati con apposita scheda / Numero menù proposti : > 90%

- numero valutazioni distributori automatici (attraverso analisi semiquantitativa

a punteggio degli standard nutrizionali) / Numero distributori scuole che hanno proceduto a nuovo capitolato: > 90%. In entrambi i casi si è raggiunto il 100%

2. **promuovere l'iniziativa presso i panificatori associati per favorire la produzione e la vendita di pane con ridotto contenuto di sale (sale non superiore al 1.7%, riferito al peso della farina) attraverso una serie di incontri programmati. La normativa di riferimento sono i protocolli d'intesa per la riduzione del quantitativo di sale nel pane tra il Ministero della Salute e le principali associazioni di categoria della panificazione artigianale e industriale in linea con il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"; Deliberazione n. 354 del 02/04/2013 e protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e Associazioni del 24/04/2013**

l'indicatore era il numero di corsi programmati: sono stati eseguiti tre incontri su due programmati

3. **OKKIO ALLA SALUTE: variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo della stato ponderale, mediante la misura diretta di peso e statura dei bambini della classe terza primaria con compilazione di apposite schede. La motivazione è il progetto biennale del Ministero della Salute/CCM coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.**

L'indicatore era il numero di classi campionate/numero di classi estratte da campione >75%: sono state campionate 19 classi su 23 oggetto di intervento mediante la rilevazione di misure antropometriche e la somministrazione di due questionari: uno per i genitori degli alunni e uno per gli alunni stessi.

CELIACHIA

La Determina Regionale 16963 del 29/12/2011 prevede nel capitolo Formazione che "l'OSA che intende produrre alimenti non confezionati...in cui si dichiara l'assenza di glutine, deve assicurare che il personale addetto sia adeguatamente formato...". I corsi sono organizzati dal DSP ed in particolare dall' UOIAN, hanno una durata di 4 ore (due ore di teoria con la presenza di un medico, di una dietista e di un Tecnico della Prevenzione e due ore di pratica) e alla fine del corso, dopo un test di apprendimento, viene rilasciato l'attestato che ha validità quinquennale. Per l'anno 2014 sono stati programmati 16 corsi e ne sono stati effettuati 18 con un numero di partecipanti di 340.

SALE IODATO – OSA CHE PRODUCONO ALIMENTI PER CELIACI

Sono stati inoltre conclusi altri due progetti che hanno visto collaborare il modulo Nutrizione con il modulo Sicurezza Alimentare ed in particolare:

1. La legge 55/2005 prevede all'articolo 1. "...ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio destinato al consumo diretto oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari." e all'articolo 3. "I punti vendita di sale destinato al consumo diretto assicurano la contemporanea disponibilità di sale arricchito con iodio e di sale alimentare comune; quest'ultimo è fornito solo su specifica richiesta del consumatore. 2. Nell'ambito della ristorazione pubblica, quali bar e ristoranti e di quella collettiva, quali mense e comunità, e' messo a disposizione dei consumatori anche il sale arricchito con iodio."

Per questi motivi è stato previsto il controllo da parte degli operatori dell'UOIAN, nella ristorazione pubblica e collettiva, della vendita/utilizzo del sale iodato. Sono state controllate 134 strutture su 134 programmate.

2. Controllo mediante compilazione della scheda di controllo ufficiale e checklist degli OSA che producono alimenti per celiaci. Sono state eseguite 229 ispezioni su 219 programmate

INTERVENTO SUL SINGOLO

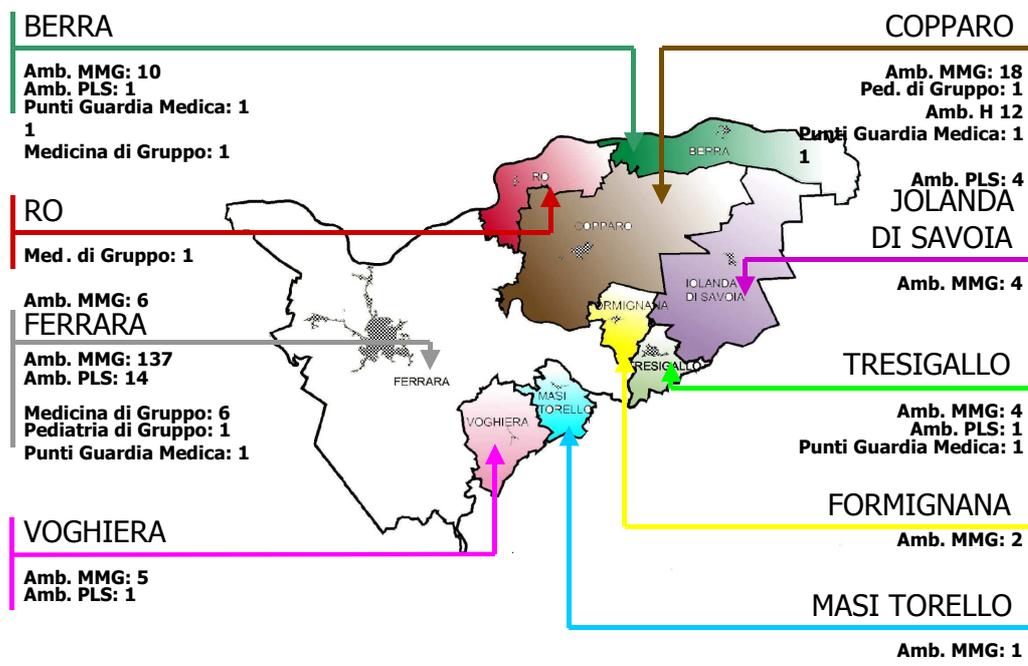
Il controllo sulla singola persona viene invece attuato dal Modulo Nutrizione attraverso l'apertura di ambulatori nutrizionale dedicati in tutti i distretti dell'Az USL. Nelle sedi periferiche sono presenti le dietiste mentre nel capoluogo è presente sia un ambulatorio gestito dalla dietista sia un ambulatorio con la presenza del medico specialista

Assistenza distrettuale

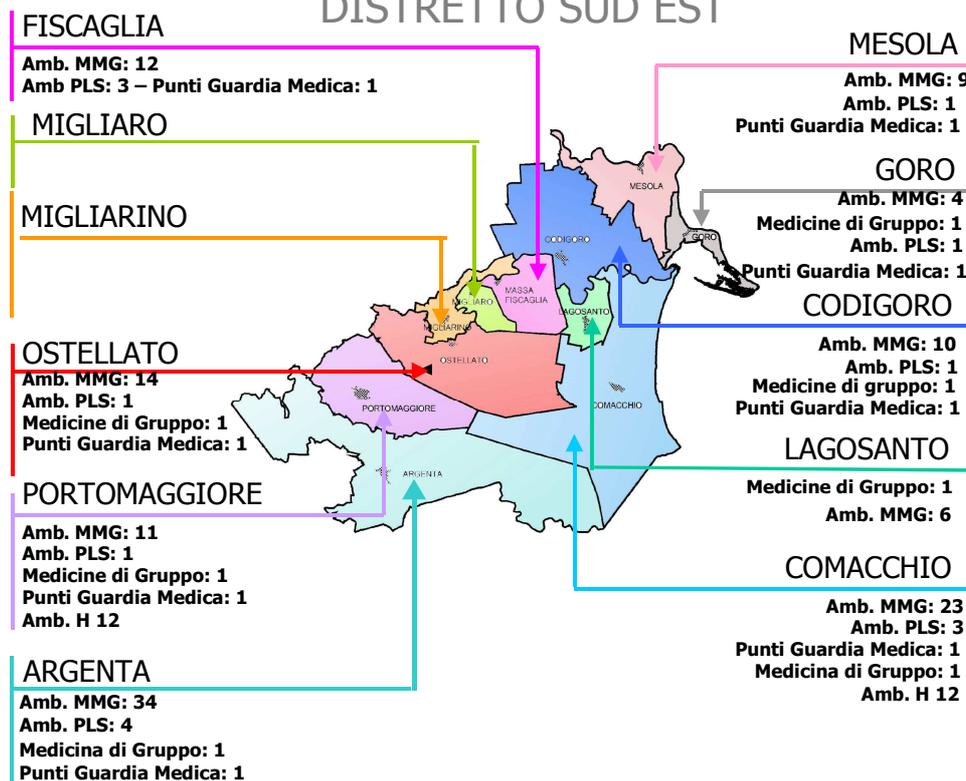
Assetto organizzativo dell'assistenza di base

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.

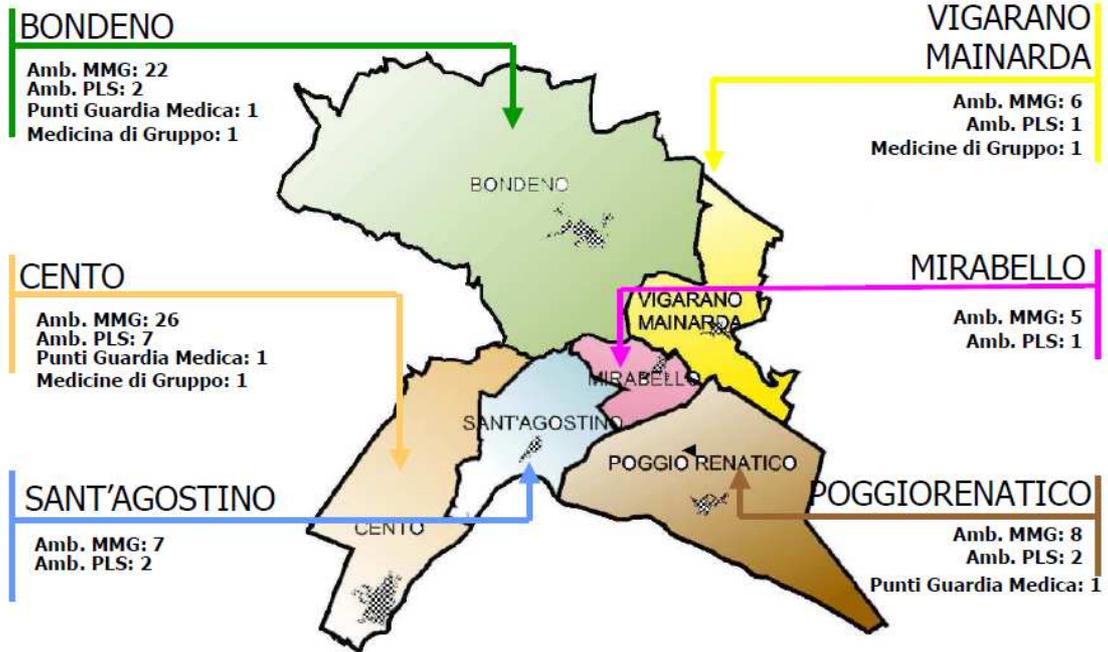
DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST



Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2014 oltre al FRNA la regione ha assegnato alle Aziende una quota di FNA e una quota di FNA finalizzato all'assistenza in favore di utenti malati di SLA.

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

Assistenza residenziale e semi-residenziale

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Nella Provincia di Ferrara le strutture socio sanitarie sono state accreditate. I livelli di qualità assistenziale garantiti agli utenti anziani non autosufficienti sono pertanto omogenei ed uniformi sul territorio provinciale. Nel corso del 2014 un gruppo di lavoro multi professionale interdistrettuale ha lavorato alla definizione di un nuovo regolamento di accesso alle strutture residenziali. Il documento è stato licenziato nel mese di dicembre 2014, per essere sottoposto alla valutazione /approvazione nelle sedi istituzionalmente competenti.

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

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
FERRARA	31,9	32,3	31,3	30,2	2,7	2,7	2,7	2,8
TOTALE REGIONE	30,2	29,8	29,7	29,4	6,1	5,8	5,7	5,7

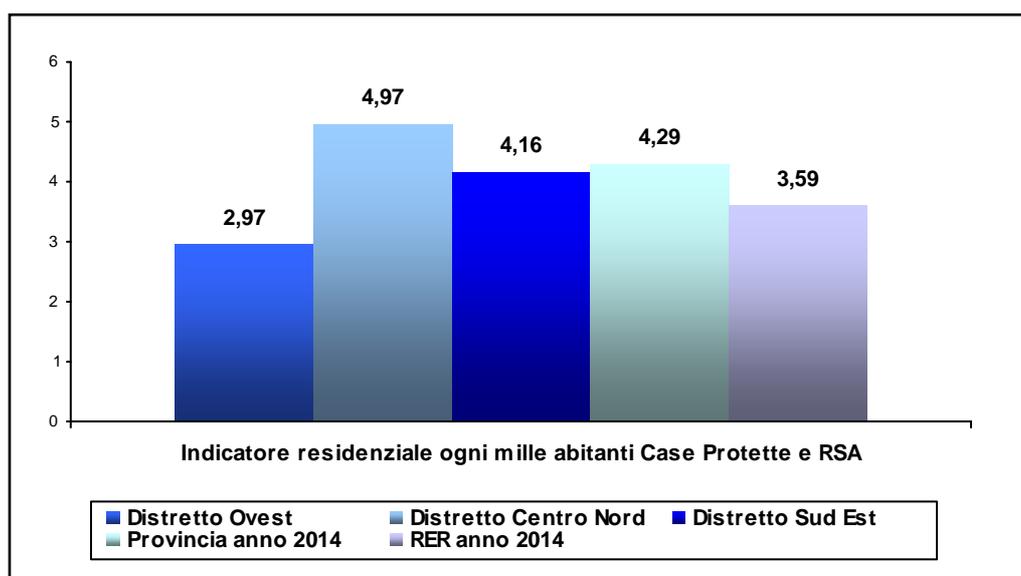
Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113
2006	1.437	126
2007	1.445	131
2008	1455	130
2009	1.493	155
2010	1.517	130
2011	1.534	130
2012	1.571	131
2013	1.522	131
2014	1.501	141

Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2014
Residenziale Protetta (RSA e CP)	234	871	421	1.526
Centri Diurni per anziani	22	84	35	141

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2014)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,28	2,97
Distretto Centro Nord	0,48	4,97
Distretto Sud Est	0,35	4,16
Provincia 2014	0,40	4,29
RER 2014	0,69	3,59



Centri Diurni

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

Nel corso dell'anno sono stati confermati i percorsi sperimentati durante l'anno precedente per il migliore utilizzo dei Centri Diurni per anziani.

Inoltre nel distretto Centro-Nord sono state intraprese azioni di facilitazione dei percorsi di valutazione in accesso. Questi due elementi hanno determinato l'aumento della percentuale di utilizzo dei posti accreditati di questo territorio nel 2014.

Assegno di cura

L'erogazione dell'Assegno di cura in favore di utenti non autosufficienti è funzionale a contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza. E'

riconosciuto a fronte di infermità attestate dall'Unità di valutazione geriatrica e che possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata.

Il contributo è attribuito in favore dell'intervento di cura della famiglia o di in care giver, per le attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. Particolare riguardo deve essere dato all'igiene e alla cura della persona, al mantenimento dell'ambiente di vita, alle condizioni dell'alimentazione, alla vita di relazione e socializzazione. Il contributo è commisurato alla difficoltà del caso e alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, ai suoi bisogni assistenziali ed alle attività socio-assistenziali espletate dalla famiglia, nell'ambito di tre categorie economiche (Livello A, B o C). L'assegno di cura può essere erogato unitamente all'Indennità di accompagnamento, tranne nel caso del contributo di tipo C, ma rappresenta una prestazione con presupposti molto diversi, tenendo conto non solo del livello di non autosufficienza, che alle condizioni economiche dei beneficiari. In caso di concorrenza dell'Assegno di cura con l'Ida, il primo viene ridotto. L'assegno di cura è integrato da un ulteriore contributo forfetario di 160 Euro mensili, per chi, avendo un reddito ISEE entro il limite di 15.000 Euro, si avvale del lavoro di un'assistente familiare regolarmente assunta.

La spesa per l'erogazione degli assegni di cura è aumentata nel 2014 rispetto al 2013. Risultano essere particolarmente rilevanti due dati:

- quello relativo al distretto Sud Est, pari a circa 1.000.000 di Euro (cifra importante sia in termini assoluti, sia in termini relativi alla popolazione),
- quello relativo all'incremento percentuale 2013 vs 2014 per il distretto Centro-Nord (da 406.168 a 733.593, circa + 80%,).

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

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

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

In particolare presso i Centri Semi Residenziali viene garantito il mantenimento dei livelli di autonomia acquisiti e l'equilibrio degli ospiti, perseguendo l'integrazione sociale degli stessi attraverso contatti con l'esterno (contesti ricreativi e sportive) a tutela di rischi di emarginazione. I Centri Socio Riabilitativi Diurni offrono supporto alla persona e ai 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)¹

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
FERRARA	0,56	0,59	0,66	0,70	0,78	0,75	0,74	0,75
TOTALE REGIONE	0,47	0,51	0,53	0,54	0,97	1,00	1,03	1,04

¹ Per il calcolo del tasso dell'Indice Posti letto ogni 1.000 ab.per l'anno 2014 è stata considerata la popolazione aggiornata all'ultimo anno disponibile (1/1/2014)

Posti letto disabili residenziali al 31.12.2014

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2014	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	60	175.213	0,3
	FERRARA OVEST	30	78.843	0,4
	FERRARA SUD-EST	168	101.278	1,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		2.529	4.452.782	0,6

Posti letto disabili semi-residenziali al 31.12.2014

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2014	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	142	175.213	0,8
	FERRARA OVEST	56	78.843	0,7
	FERRARA SUD-EST	67	101.278	0,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		4.648	4.452.782	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
2012	238	268
2013	249	265
2014	258	265

Gravissime disabilità acquisite

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

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

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

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

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

Pazienti in carico per classi di età e distretti sanitari - Anno 2014

Distretto erogatore	Classi di età					TOTALE
	0-17	18-44	45-64	65-74	oltre 75	
OVEST	1	3	10	11	2	27
CENTRO-NORD	.	8	19	9	10	46
SUD-EST	1	7	17	5	5	35
TOTALE	2	18	46	25	17	108
RER	3	274	585	302	168	1.422

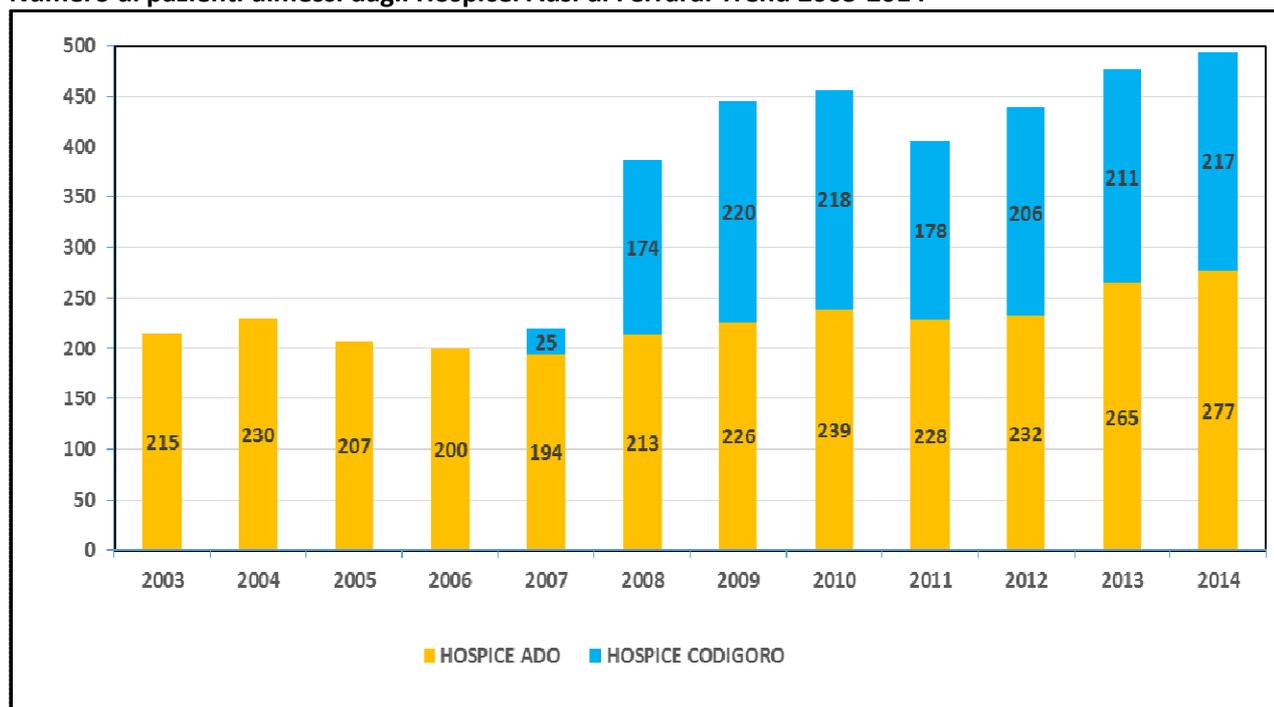
Dimissione dagli Hospice

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 con una lieve contrazione nel 2011 e una ripresa a partire dal 2012 confermata dai dati del 2014. La degenza media è di circa 14 giorni per l'ADO e 16 per l'hospice di Codigoro a dimostrazione dell'elevato turn-over trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Dimessi dagli Hospice, Degenza Media e % di decessi per Azienda di residenza. Anno 2014

Presidio di ricovero	Posti letto	Dimessi	Degenza media	% deceduti sul totale dei dimessi
Hospice ADO "la casa della solidarietà"	12	277	14,4	76,53%
Hospice Codigoro "Le onde e il mare"	11	217	15,6	79,26%
RER	287	5385	17,6	76,12%

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2014²



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 2014, il totale dei pazienti trattati con almeno una prestazione odontoiatrica, è pari a 3.280.

Il numero di utenti "Non Vulnerabili" che, nell'anno 2014, hanno ricevuto assistenza odontoiatrica e di 35 pari al 1,1% (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 2014

Azienda erogante	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				%			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
FERRARA	19	9	1	6	1509	763	89	919	1,3%	1,2%	1,1%	0,7%
REGIONE	1.861	535	58	399	23.673	7.114	869	6.653	7,9%	7,5%	6,7%	6,0%

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.

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

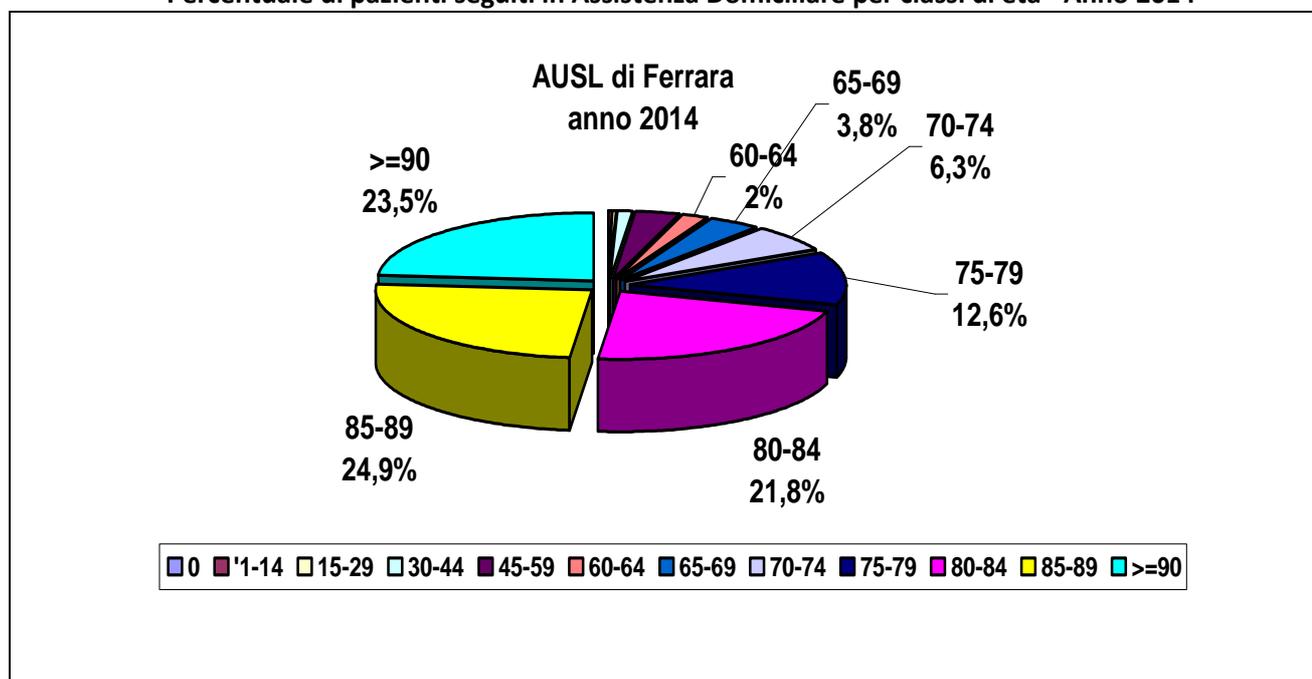
Le cure domiciliari si caratterizzano per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui rispondono; si connotano per l'unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

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 familiari 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.

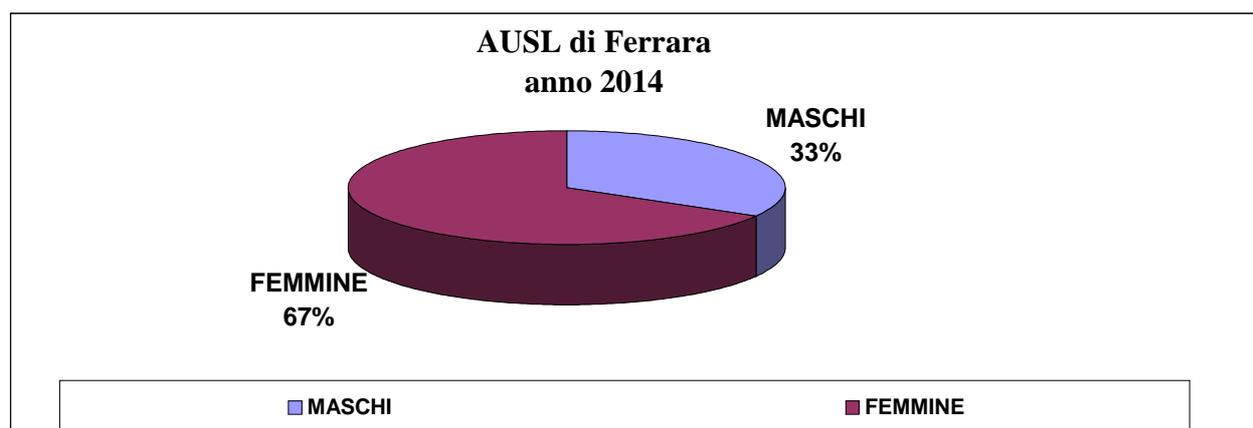
Un altro aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Anno 2014



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

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2014



Nel 2014 si conferma, anzi, si accentua ulteriormente, l'invecchiamento della popolazione seguita in ADI: oltre l'80% dei pazienti ha un'età superiore ai 74 anni e oltre il 20% ne ha più di 90; risulta invariato, rispetto agli anni precedenti, il rapporto maschi/femmine, le quali rappresentano i 2/3 della popolazione assistita.

Percentuale di episodi di presa in carico per tipo di assistenza - Anno 2014

	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Associazioni No Profit		Assistenza Socio-Sanitaria		TOTALE	
	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%
Ferrara	4.483	48.5	4.414	47.7	264	2.9	83	0.9	9.244	100
RER	67.942	50.2	63.013	46.6	1.415	1.0	2.940	2.2	135.310	100

Analogamente a quanto avviene a livello regionale, gli episodi di presa in carico prevalenti risultano essere quelli riferiti all'Assistenza di Medicina Generale, seguono gli episodi di presa in carico infermieristici; fanno eccezione gli episodi di presa in carico delle Associazioni no-profit e di assistenza socio-sanitaria, che presentano percentuali invertite.

Composizione per livelli

Pazienti per 1.000 residenti per classe d'età e livello di attività assistenziale: rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente - ANNO 2014

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia 2014	RER 2014
Bassa intensità	23,73	27,82	22,79	25,48	19,35
Media intensità	2,26	2,48	5,13	3,19	7,80
Alta intensità	1,43	2,39	1,64	1,96	3,24
TOTALE	27,42	32,69	29,56	30,63	30,39

*Popolazione al 01/01/2013

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

Servizi consultoriali

Salute Donna

Le funzioni che costituiscono l'ambito di competenza del consultorio familiare riguardano la tutela della salute femminile, della procreazione nelle sue varie articolazioni, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, nonché la promozione delle più ampie forme di informazione ed educazione socio-sanitaria rispetto alle tematiche sopra riportate. Nella struttura consultoriale, confluiscono tutta una serie di professionalità dei ruoli sanitario laureato, operatori sanitari e sociali dedicati all'assistenza territoriale.

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

- assistenza ambulatoriale: garantita dall'attivazione dell'ambulatorio delle gravidanze a basso rischio a gestione ostetrica ed ambulatorio ostetrico condiviso con ostetrica e ginecologo per le gravidanze a medio/alto rischio. Ampia fascia oraria che comprende ambulatori mattutini e 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. Dal 2015 attivazione dello screening HPV per le donne di età compresa tra i 30 e 65 anni, affiancato allo screening già esistente per la diagnosi del carcinoma del collo dell'utero.
- 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.

Inoltre la nostra azienda partecipa a progetti regionali ed interaziendali rivolti ai minori, quali:

- Il **Progetto Regionale "W L'Amore"** (XV Programma Prevenzione e lotta all'Aids) vede coinvolte le scuole e le famiglie di preadolescenti (13 -14anni) in collaborazione con gli operatori sanitari sui temi dell'affettività e sessualità. Terminata la fase di formazione rivolta agli insegnanti, monitoraggio e consulenza agli insegnanti nella realizzazione di incontri con i ragazzi delle scuole medie coinvolte. Realizzazione da parte degli operatori di interventi tematici con i genitori e incontri presso il Servizio Spazio Giovani con i gruppi classe. Ampliamento del Progetto ai Distretti Ovest e Sud Est per l'anno scolastico 2015/16.

- **Progetto Adolescenza Aziendale** che coinvolge gli operatori dei servizi (Azienda Usl, Comune, Terzo settore) per l'individuazione di percorsi clinici rivolti ad adolescenti e loro adulti di riferimento, con particolare attenzione alle situazioni di disagio psicologico e sociale e di rischio psicopatologico (casi complessi).
- **Progetto Andrologia** in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di FE per consulenze ed interventi di educazione alla salute sessuale rivolta a maschi adolescenti degli Istituti Scolastici Superiori
- **Progetto adolescenza** (DGR n.590/2013), progetto regionale per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza, che prevede la partecipazione degli operatori degli Spazi Giovani Provinciali al tavolo tecnico di lavoro finalizzato alla elaborazione del Piano Provinciale adolescenti e produzione di una prima bozza di documento.

Il percorso Menopausa in collaborazione con l'Università per la fascia di età 45/60 anni. Nel 2015 verrà attivato un progetto per la "Prevenzione del rischio cardiovascolare nelle donne in menopausa" stilando una carta del rischio personalizzata con conseguente attivazione di percorsi preventivi relativi all'educazione ai corretti stili di vita e attivazione di percorsi privilegiati con gli specialisti (cardiologo, nutrizionista, diabetologo, psicologo..)

Lo spazio donne immigrate:

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

Prevenzione Oncologica 2014

USL	N. pap test eseguiti	N. colposcopie	Totale prestazioni prevenzione tumori
AUSL Ferrara	27669	503	28172

Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari. Anno 2013

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	di cui straniere	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.
AUSL Ferrara	1.396	644	46,1
TOTALE R.E.R.	17.345	9.272	53,5

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

Percentuale di donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi e prestazioni per assistenza alla gravidanza. Anno 2013

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi
AUSL Ferrara	1.396	2.414	57,8
TOTALE R.E.R.	17.345	38.057	45,6

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Ostetricia e ginecologia/Andrologia. Anno 2013

Distretto	Popolazione target *	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	49.729	1.285	2,6
Centro Nord	107.809	6.188	5,7
Sud-Est	62.996	1.678	2,7
AUSL Ferrara	220.534	9.056	4,1
TOTALE R.E.R.	2.818.862	109.075	3,9

* Popolazione target= 15-64 anni residenti al 31-12-2013

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

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Psicologia. Anno 2013

Distretto	Popolazione target*	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	49.729		
Centro Nord	107.809		
Sud-Est	62.996		
AUSL Ferrara	220.534	0	-
TOTALE R.E.R.	2.818.862	6.895	0,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Gravidanza. Anno 2013

AUSL	Prestazioni in gravidanza	Totale prestazioni	% prestazioni di assistenza alla gravidanza sul totale prestazioni
AUSL Ferrara	8.168	30.886	26,4
TOTALE R.E.R.	232.547	745.917	31,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Contraccezione. Anno 2013

AUSL	Prestazioni contraccezione	Totale prestazioni	% prestazioni contraccezione su totale prestazioni
AUSL Ferrara	77	30.886	0,2
TOTALE R.E.R.	39.746	745.917	5,3

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: IVG. Anno 2013

AUSL	Prestazioni per IVG	Totale prestazioni	% prestazioni per IVG su totale prestazioni
AUSL Ferrara	251	30.886	0,8
TOTALE R.E.R.	18.605	745.917	2,5

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Menopausa. Anno 2013

AUSL	Prestazioni in menopausa	Totale prestazioni	% Prestazioni in menopausa su totale prestazioni
AUSL Ferrara	318	30.886	1,0
TOTALE R.E.R.	12.401	745.917	1,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito della prevenzione tumori femminili. Anno 2013

AUSL	Prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.708	30.886	31,4
TOTALE R.E.R.	237.868	745.917	31,9

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Psicologia. Anno 2013

AUSL	Prestazioni di psicologia	Totale prestazioni	% prestazioni di psicologia su totale prestazioni
AUSL Ferrara	0	30.886	0,0
TOTALE R.E.R.	29.693	745.917	4,0

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Puerperio. Anno 2013

AUSL	Prestazioni per puerpere	Totale prestazioni	% Prestazioni per puerpere su totale prestazioni
AUSL Ferrara	169	30.886	0,5
TOTALE R.E.R.	17.259	745.917	2,3

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Specialistica Ginecologica. Anno 2013

AUSL	Prestazioni di specialistica ginecologica	Totale prestazioni	% prestazioni di specialistica ginecologica su totale prestazioni
AUSL Ferrara	12.195	30.886	39,5
TOTALE R.E.R.	157.798	745.917	21,2

Nel valutare le prestazioni del Settore Ginecologico non viene rilevata l'attività prestata direttamente dai presidi ospedalieri che svolgono attività ambulatoriale di primo livello. Si ha quindi nel Distretto Centro Nord la presenza di valori al di sopra della media provinciale (di conseguenza anche regionale) in quanto l'Azienda Ospedaliera non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ginecologico, sia nell'area della prevenzione che nell'area del "percorso nascita".

Pediatria di Comunità

Il Modulo Organizzativo di Pediatria di Comunità svolge funzioni di tutela della salute della popolazione in età compresa fra 0 e 17 anni in particolare:

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

- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per la popolazione in età 0-17 anni, allo scopo di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, haemophilus influenzae B e pneumococco) per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie (morbillo, parotite, rosolia, meningococco C) per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali; implementare iniziative mirate di prevenzione vaccinale per determinati sottogruppi di popolazione (papillomavirus alle dodicenni dalla coorte del 1996, varicella agli adolescenti suscettibili, epatite A ai bambini che viaggiano, meningococco B, ACWY e influenza per categorie a rischio), secondo il Calendario Regionale;
- individuazione delle Case della Salute, Copparo con Pediatria di Gruppo e Portomaggiore, Cento e Codigoro con U.O. Igiene Pubblica, come sede prioritaria per modelli di integrazione;
- formazione del personale, sulla base delle indicazioni regionali, per acquisire e migliorare le competenze per la definizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'effettuazione delle vaccinazioni, con l'obiettivo della valorizzazione dell'autonomia professionale e della responsabilità degli AS e degli infermieri, come da DGR 256/09;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione; incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, informativo, formativo e comunicativo necessari per consentire la partecipazione consapevole delle famiglie e migliorare la trasmissione e archiviazione dei dati;
- prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, scabbia, pediculosi, morbillo, TBC, ecc.) in ottemperanza alle indicazioni ministeriali;

- sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

VACCINAZIONI anno 2014	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est
n. dosi vaccinazioni facoltative	4348	11543	6061
n. dosi vaccinazioni miste (facoltative + obbligatorie)	2303	4842	2318
n. dosi vaccinazioni obbligatorie	58	339	209

CONTROLLI EFFETTUATI A SEGUITO DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA*

Tipo di malattia	N° int. domiciliari	N° int. in collettività	N° soggetti controllati	N° inchieste epidemiologiche
Pediculosi		38	252	
Scabbia		4	77	
Mal. a trasmissione oro-fecale		13		1
Epatite A				
Epatite B				
TBC		4	192	
Meningite				
Altre (elencare):				
Tinea Capitis		1		
S. uremico-emolitica				1
Scarlattina		21		
Varicella		84		
Sind. Mani-piedi- bocca		12		
Parotite		1		
Totale	0	178	521	2

Dati 2014 AUSL FERRARA

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

Per i dati di copertura vaccinale si rimanda al paragrafo specifico.

Sorveglianza qualitativa delle refezioni scolastiche:

La Pediatria di Comunità e il SIAN (Servizio igiene degli alimenti e nutrizione) stabiliscono la tabella dietetica quotidiana nelle comunità infantili per una corretta alimentazione dei bambini. La Pediatria di Comunità valuta l'ammissibilità delle diete speciali per patologia prescritte dal medico curante e collabora a programmi di educazione alimentare e di sorveglianza dietetica nelle comunità infantili in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica - SIAN (Servizio Igiene Ambienti Nutrizione) e i servizi scolastici.

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

- bambini affetti da patologie croniche: inserimento in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi (Pediatri di Libera Scelta e Specialisti), enti e istituzioni; elaborazione di protocolli personalizzati, informazione ed istruzione del personale della scuola, anche quando sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico, in applicazione del Protocollo Provinciale in applicazione delle linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – familiari, educativi o scolastici in Emilia – Romagna, alla cui redazione ha partecipato una Pediatra di Comunità in rappresentanza della AUSL FE;

MALATTIE CRONICHE E DISAGIO PSICO-SOCIALE**BAMBINI SEGUITI SENZA PROTOCOLLI ASSISTENZIALI INTEGRATI**

N. totale soggetti	N. totale interventi
6	12

BAMBINI SEGUITI CON PROTOCOLLI ASSISTENZIALI E/O CON PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI

	N. totale soggetti	N. totale interventi
SINDROME DI DOWN	0	0
FIBROSI CISTICA	4	8
DIABETE TIPO I	92	311
PCI	1	0
CEREBROPATIA GRAVE	9	21
ASMA + ALL. ALIMENTARI	235	396
CELIACHIA	44	35
EPILESSIA*	57	97
ADHD	1	0
AUTISMO	3	1
SIND. NEFROTICA	1	3
IPERPL. CGT. SURR	4	9
CARDIOPATIE	3	1
TACHICARDIA PAROSSIST.	1	6
CEFALEA/EMICRANIA	7	7
DISAGIO PSICOSOCIALE	0	0
DISABILITA' COMPLESSE	4	15
MALATTIE METABOLICHE	1	8
EPISTASSI	1	2
PAT. COAGULAZIONE	6	5
HSV RECIDIVANTE	1	2
GER. + ESOFAGITE	2	4
RINITE PERENNE	1	1
CHERATOCONGIUNTIVITE SEVERA	1	0
TOTALE	479	932

Dati 2014 AUSL FERRARA

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (D.G.R. 166/2012)

NUMERO DI BAMBINI CERTIFICATI PER PATOLOGIA E PER TIPOLOGIA DI SCUOLA (anno scolastico 2013/2014)

Struttura scolastica/educativa	Patologia	N° bambini certificati	di cui stranieri	N° farmaci autorizzati
Nido	Allergia bronchite asmatica	8	0	8
	Convulsioni Febrili	22	3	34
	GER	1	0	1
	Disabilità complessa con epilessia	1	0	1
Materna	Diabete Mellito tipo 1	7	4	12
	Convulsioni Febrili	47	4	84
	Allergie-Asma/bronchite asmatica	24	1	32
	Epilessia	9	0	10
	Fibrosi Cistica	1	0	1
	Neoplasia	1	0	1
	Cefalea	1	0	1
	PEG	2	1	0
Primaria	Diabete Mellito tipo 1	17	1	29
	Epilessia	16	3	16
	Convulsioni Febrili	3	0	4
	Cerebropatia	2	0	2
	Asma/Allergie Anafil. Alim.	83	0	124
	Fibrosi Cistica	2	0	2
	Insuff. Surr. CGT	3	0	3
	Cefalea/Eemicrania	4	0	4
	Rinite Perenne	1	0	1
	Pat. Coagulaz./Emofilia B	4	0	4
	Epistassi	1	0	1
	Ipertensione Arteriosa	1	0	1
Secondaria di primo grado	Diabete Mellito tipo 1	16	4	25
	Epilessia	12	0	13
	Asma/Allergie Anafil. Alim.	42	1	77
	Cefalea/Eemicrania	11	0	11
	Disabilità complessa con epilessia	1	0	4
	Crisi d'ansia	1	0	1
	Sindr. Nefrotica	1	0	3
Secondaria di secondo grado	Diabete Mellito tipo 1	39	7	67
	Epilessia	10	0	7
	Asma/Allergie Anafil. Alim.e Imenot.	16	0	33
	Cardiopatie	1	0	3
	Sindr. Di Lowe	1	0	3
Centri estivi/pre e post scuola	Diabete Mellito tipo 1	5	0	7
	Convulsioni Febrili	1	0	1
	Asma/Allergie Alim.	2	0	2
	Insuff. Surr. CGT	1	0	1
	Cheratocongiuntivite Severa	1	0	1
	Anafilassi Veleno Imenoteri	1	0	3
TOTALE		423	29	638

Dati 2014 AUSL FERRARA

FORMAZIONE/INFORMAZIONE EFFETTUATA DALLA PDC AL PERSONALE SCOLASTICO/DOCENTE E NON ED EDUCATIVO (anno scolastico 2013/2014)*

Struttura scolastica/educativa	N. incontri	N. personale raggiunto per la formazione di base	N. personale raggiunto per la formazione per singole patologie e/o sul singolo caso di particolare complessità
Nido	7	8	31
Materna	17		99
Primaria	42		263
Secondaria di primo grado	21		179
Secondaria di secondo grado	23	55	158
Centri estivi/ pre e post scuola	8		21
nidi e scuole d'infanzia comunali della provincia di Ferrara	2	81	
TOTALE	120	144	751

Dati 2014 AUSL FERRARA

- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario (sospetto di incuria, maltrattamento, abuso; immigrati con difficoltà di integrazione): progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA-UONPIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna),
- partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali provinciali e comunali su tali tematiche,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Tavolo Tecnico Regionale “ Diabete in età pediatrica”. Dal tavolo è stato prodotto il “PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE PER BAMBINE/I E ADOLESCENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 1”, adottato come linee guida provinciali in seguito agli incontri allargati delle UCP;
- coordinamento del tavolo per l'approvazione del Percorso diagnostico-terapeutico provinciale della Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA).

Interventi di controllo, informazione, educazione alla salute: partecipazione ad indagini epidemiologiche in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara e al progetto di sorveglianza “HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children): fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali” per la popolazione Italiana in età adolescenziale. Partecipazione alla rilevazione triennale per il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno provinciale e coordinamento ed elaborazione del report della indagine regionale.

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

- partecipazione, in collaborazione con Salute Donna e i Centri per le famiglie di Ferrara e Comacchio ai “corsi di accompagnamento alla nascita” ed alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno con offerta di consulenze telefoniche ed ambulatoriali alle mamme (541 PdC/1557 totali); il pieghevole informativo su questa rete di sostegno e promozione è stato tradotto in sette lingue straniere, delle etnie più rappresentate nella nostra Provincia, con il contributo dell'Ufficio Mediazione ed Accoglienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ed è stato aggiornato nel 2013;

2014 AUSL Ferrara	Centro Nord	Sud Est
n° corsi accompagnamento nascita	25	17
n° donne coinvolte	372	78

- 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 Distretto Centro Nord, grazie a risorse aggiuntive attraverso il Tavolo Salute Donna inserite nel Piano di Zona, dal 2008 è attivo "Ben arrivato...piccolo mio!", progetto di accompagnamento e sostegno di genitori di bambini nel 1° anno di vita, in ottemperanza alle indicazioni regionali, che prevede un punto di ascolto nel centro Piccola Casa di Viale Krasnodar, 112 - Ferrara.

L'obiettivo è realizzare un servizio pluriprofessionale finalizzato a sostenere i genitori in difficoltà nel prendersi cura e accudire il proprio bambino nel primo anno di vita; prevenire la solitudine e la depressione delle mamme dopo il parto; orientare i genitori ad un efficace utilizzo dei servizi territoriali, sanitari, sociali ed educativi; sperimentare, grazie ad una inedita collaborazione tra servizi sanitari dell'area materno infantile e psico-educativi comunali, un nuovo tipo di servizio con approccio pluriprofessionale. L'equipe è costituita da Assistenti sanitarie/Infermiere del M.O. Pediatria di Comunità, Ostetriche del M.O. Salute Donna del Distretto Centro Nord – AUSL di Ferrara, Educatrici e Psicoghe della Istituzione Servizi educativi, scolastici per le famiglie - U.O. Politiche familiari e Integrazione scolastica.

Collaborano Assistenti Sociali della Azienda Servizi alla Persona - Servizio Sociale area minori, e rappresentano riferimenti di secondo-terzo livello per la rete le Psicoghe del M.O. Psicologia Clinica dell'AUSL e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con priorità di accesso, anche per le richieste provenienti dalla Casa della Salute di Copparo.

I tratti portanti della organizzazione del progetto sono sostanzialmente:

- la pluralità dei servizi di sostegno emotivo offerti dalle operatrici del Punto d'Ascolto che sono quindi in grado di dare risposta personalizzata alle differenti richieste che pervengono dalle madri: nella sede della Piccola Casa (colloqui, consulenze, incontri di piccolo gruppo di bambini e mamme, incontro tematico di gruppo per i genitori); visite domiciliari e nel reparto Maternità del S. Anna (incontri e colloqui individuali di informazione e sostegno con le madri in dimissione);

- la precocità degli interventi di sostegno emotivo che, grazie alla crescente collaborazione con il Reparto di maternità del S. Anna, ha portato nel corso del 2014 ad un incremento del numero di segnalazioni da parte del personale ospedaliero alle operatrici del Punto d'Ascolto di madri a rischio di disagio emotivo nel periodo peri-natale;

- lo sviluppo di forme di presa in carico più prolungate delle madri che ad un primo contatto appaiono più in difficoltà garantendo loro un affiancamento anche nei successivi 4-6 mesi dopo la nascita, il potenziamento della collaborazione per la presa in carico di mamme a rischio di fragilità psico-sociale.

Interventi e attenzioni alla progressiva qualificazione dei servizi resi ai neo-genitori da parte del Punto d'Ascolto nel corso del 2013-14 si sono prevalentemente concentrati sui seguenti aspetti:

-la FORMAZIONE delle operatrici impegnate nel Punto d'Ascolto e della rete dei servizi materno-infantili territoriali con la realizzazione nel maggio 2013 di due giornate di seminario da parte del Centro Brazelton di Firenze (docenti: Rapisardi e Davidson) sulle competenze del neonato. La formazione da parte del Centro Brazelton è stata completata da altri 2 giorni di formazione nel maggio 2014. Inoltre, in collaborazione con il punto nascita di Cona, è stato organizzato un breve seminario per la presentazione dello strumento di individuazione precoce della fragilità materna nell'ambulatorio gravidanza a termine, e in gennaio 2015 due seminari in collaborazione con i servizi ospedalieri e territoriali psichiatrici e di psicologia clinica sulla depressione puerperale.

-l'implementazione della proposta del TAPPETO DEI PICCOLI che dopo l'interruzione estiva nel trimestre luglio-settembre si è arricchita da ottobre 2013 in avanti di un terzo appuntamento mensile riservato ai bambini che entrano nel 6° mese di vita, finalizzato ad aumentare la longitudinalità della presa in carico da parte del Punto d'Ascolto.

A distanza di ormai 5 anni dall'avvio delle attività del Punto d'ascolto appare possibile ed opportuno affrontare anche problematiche di particolare delicatezza e complessità dell'esperienza genitoriale con l'obiettivo che le operatrici del Punto d'Ascolto possano progressivamente farsi carico anche di EVENTI INATTESI E DOLOROSI. In questo senso si è programmato ad inizio 2014 un seminario sulla perdita del bambino e il sostegno al lutto dei genitori in fare prenatale.

Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO "BEN ARRIVATO" 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2014

PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO "BEN ARRIVATO ... PICCOLO!MIO!"

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.
Prime prese in carico												
Primi colloqui	10	16	22	19	14	16	22	17	14	18	19	14
Prime consulenze telefoniche	3	7	20	22	14	17	23	14	12	26	26	45
Prime Visite Domiciliari			7	25	28	29	34	20	20	40	44	42
Interventi di proseguimento												
Colloqui	9	19	22	26	22	31	42	34	16	13	26	37
Consulenze telefoniche		2	6	8	3	12	16	53	23	25	16	20
Visite Domiciliari successive					1	4	5	23	6	6	5	3
Colloqui post domiciliari al BA					22	18	25	20	7	9	12	16
Colloqui di coppia							13	6			3	3
Accompagnamenti ai servizi							2	1				1
Tot. Visite Domiciliari			7	25	29	33	39	43	26	52	49	45
Tot. Colloqui	19	35	44	45	58	65	102	77	30	31	60	70
Tot. Consulenze telefoniche	3	9	26	30	17	29	39	67	35	51	42	65
Interventi di accompagnamento							2	1				1
SUB-TOTALE INTERVENTI INDIVIDUALI/FAMILIARI	22	44	77	100	104	137	182	188	91	134	151	180
Genitori al Tappeto dei piccoli							28	19	47	34	103	34
Genitori ad Incontri di gruppo	30	20	55	25	50	20	60	30	70	39	62	38
SUB-TOTALE INTERVENTI DI PICCOLO GRUPPO	30	20	55	25	50	20	88	49	117	73	165	72
TOTALE	52	64	132	125	154	157	270	237	208	211	316	252

Accoglienza delle famiglie straniere e dei loro bambini.

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

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

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

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

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

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

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

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone, sia minori che adulti;
- garanzia di interventi in regime d'urgenza e programmati;
- prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso, abuso, dipendenza da sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo patologico.

Nel 2013³ è stata approvata la riorganizzazione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che ha portato alla complessiva revisione organizzativa della macrostruttura onde garantire l'organicità degli interventi nell'assetto strutturale, nonché l'adeguamento al nuovo impianto legislativo e alla complessiva rete di funzioni e competenze istituzionali. Il processo riorganizzativo si è consolidato nel corso del 2014.

Con Determinazione 6730 del 20/05/2014 la Giunta Regionale ha concesso il rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda UsI di Ferrara a partire dal 1° agosto 2013.

Programma di Psicologia Clinica e di Comunità

Nel corso del 2014 è stato dato particolare impulso all'implementazione del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità. Tra le sue finalità troviamo il coordinamento e la valorizzazione di tutte le risorse professionali di psicologo presenti in Azienda; un'appropriata risposta ai bisogni diagnostico assistenziali provenienti da una realtà sociale in continua evoluzione per gli aspetti epidemiologici; la garanzie di equità nell'organizzazione ed erogazione dei percorsi di cura.

I settori di attività specifica assegnati al Programma sono i seguenti:

- Centro contro l'Abuso sessuale nell'infanzia;
- Moduli funzionali per l'Affidamento familiare, Adozioni nazionali e internazionali in stretta integrazione con gli enti locali;
- Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse. Il Centro si occupa di Psicologia Cognitiva ed in particolare della valutazione e certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, disgrafia ecc.) per tutta la provincia di Ferrara.
- Percorso Nascita Aziendale: apertura di "Ambulatori Psicologici per la prevenzione della depressione in gravidanza e nel post partum" in stretta collaborazione con i servizi di Salute Donna del DCP;
- Centralizzazione dell'attività collegata alle richieste da parte dell'Autorità Giudiziaria di psicodiagnosi/profilo di personalità di adulti (genitori) in merito a procedimenti di tutela dei minori
- Centro di psicoterapia breve centralizzato per tutte le Unità Operative che ne fanno richiesta, con prestazioni previste nell'ambito dei LEA;
- Centro di consulenza e terapia familiare per l'area della psichiatria adulti: è finalizzato ad offrire ai cittadini adulti del territorio dell'Azienda USL di Ferrara una nuova risorsa di cura di secondo livello che, in base alle evidenze scientifiche, presenta criteri di efficacia significativi. Il trattamento segue un modello operativo manualizzato secondo la Scuola sistemica di Milano.

Disturbi del Comportamento Alimentare

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

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

A tale scopo l'Azienda ha attivato un Modulo Dipartimentale per il Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in collaborazione con l'Università di Ferrara e con la Azienda Ospedaliera Universitaria.

L'organizzazione del Centro è di tipo multidisciplinare e prevede la presa in carico dei pazienti affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder (disturbo da alimentazione incontrollata – BED, DCA Nas e sindromi parziali).

Presa in carico: La visita di accesso viene fatta generalmente dallo psichiatra. L'intervento viene suddiviso in due fasi:

1. la fase diagnostica, in cui ogni specialista valuta l'aspetto di propria competenza per inquadrare tutti gli aspetti del disturbo alimentare (tipologia, gravità, modalità e possibilità di intervento);

2. la fase terapeutica, in cui si concorda con il paziente il progetto terapeutico e gli obiettivi da raggiungere.

Trattamento: Dopo la fase di diagnosi che si avvale di colloqui psicodiagnostici, scale di valutazione validate e riconosciute per disturbi alimentari, visite dietologiche e inquadramento internistico, viene formulato un progetto terapeutico multidisciplinare. Il Trattamento può essere svolto in ambulatorio, in day-hospital, in degenza ordinaria (quest'ultima evenienza solo per i casi più gravi). Gli interventi proposti dal Centro sono:

a. a livello ambulatoriale: psicoterapie individuali e di gruppo, sostegno psicologico, dietoterapia, farmacoterapia, counseling familiare.

b. in regime di day hospital: sostegno nutrizionale per terapia parenterale, pasti assistiti, colloqui psicologici, psichiatrici e dietistici, terapia farmacologia, terapia internistica.

c. In regime di degenza: tutti gli interventi previsti per il Day hospital con una frequenza più intensiva.

La frequenza delle visite ambulatoriali varia da paziente a paziente, in genere nelle prime fasi di cura è di 1 colloquio e/o visita alla settimana, per poi passare a bi-settimanale o mensile in fase di monitoraggio o di dimissione.

Nel day-hospital il trattamento avviene per 5 giorni la settimana, con durata che dipende dalla gravità del quadro clinico e dalla risposta al trattamento. Il ricovero in degenza ordinaria viene riservato ai casi gravi dal punto di vista internistico e l'obiettivo primario è il ripristino della condizione di salute e dell'equilibrio alimentare con risoluzione delle eventuali complicanze organiche.

Programma salute mentale nell'Istituto Penitenziario

In applicazione al D.P.C.M. del 1° aprile 2008 concernente le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", l'Azienda USL di Ferrara ha stabilito, mediante atto aziendale del settembre 2008, che la Sanità Penitenziaria afferisse al Dipartimento di Cure Primarie del Distretto Centro Nord.

Le attività curative che il Dipartimento di Salute Mentale svolge all'interno del carcere sono inerenti ai cittadini con diagnosi psichiatriche e con disturbi da abuso di sostanze psicotrope. Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie. Un altro progetto è quello che riguarda l'accoglienza presso le Comunità Terapeutiche per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza (SerT) che possono usufruire dei benefici della legge sugli arresti domiciliari.

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

Progetto dipartimentale trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità (DGP)

Si tratta di un progetto che ha come obiettivo quello di fornire interventi evidence based ai pazienti portatori di DGP, è trasversale al DAI SM DP in quanto coinvolge sia la Psichiatria adulti che le Dipendenze Patologiche e prospetticamente, vista l'età di insorgenza, anche NPIA. E' iniziato nel periodo 2011-2013 attraverso iniziative formative locali e regionali, la costituzione di un Gruppo dipartimentale e l'inizio dei percorsi di cura (Trattamenti psicoterapici individuali, Trattamenti gruppali - DBT Skills Training secondo il modello Dialettico Comportamentale di M. Linehan, Trattamenti gruppali per familiari di pazienti con DGP (MFG secondo Gunderson e Linehan e validato per l'Italia dalla dott.ssa Ridolfi- DSM Fano).

Nel corso del 2014 sono stati messi a disposizione dei portatori di DGP tutta la gamma degli interventi previsti dalle Linee di indirizzo regionali, compreso il Trattamento complesso residenziale; sono stati coinvolti nei percorsi di cura 30 pazienti e 6 nuclei familiari.

Progetto Dipartimentale "ESORDI PSICOTICI"

Il Progetto Dipartimentale "Esordi Psicotici" nasce alla fine del 2012, per il trattamento delle persone nella fascia d'età 16-35 anni, al primo episodio psicotico e al primo contatto con il DAISMDP. Il progetto di cura prevede il trattamento individuale secondo il modello Cognitivo Comportamentale, il trattamento dei familiari con sedute di Psicoeducazione rivolto alla singola famiglia, e la presenza di un Case Manager per ciascun paziente. E' trasversale in quanto coinvolge tutte le agenzie che si occupano di Adolescenza, è un trattamento specialistico della durata di due anni e prevede alti livelli di integrazione.

Ha portato a numerose iniziative formative locali, alla costituzione di un percorso specialistico dipartimentale (attualmente collocato presso la Casa della salute di Copparo), alla partecipazione al Gruppo di progetto regionale. Collabora con il servizio specialistico di Glasgow. Nel corso del 2014 sono stati valutati 11 nuovi casi e sono in trattamento 14 casi.

Programma dipartimentale superamento Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

La legge 30 maggio 2014 n. 81, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari sancisce in maniera definitiva la proroga della chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari entro il 31 marzo 2015, in favore delle nuove REMS.

Nel corso del 2014 il Dipartimento è stato impegnato a realizzare percorsi terapeutico-riabilitativi per la dimissione dall' OPG con notevole impegno di risorse umane ed economiche. Alla fine del 2014 sono rimasti in OPG tre pazienti: una paziente presso Castiglione delle Stiviere che era stata classificata come "non dimissibile" e 2 pazienti che erano stati inseriti a ottobre 2014 e non avevano ancora completato la fase di valutazione. Attualmente il dipartimento ha in carico presso strutture residenziali 15 pazienti ex OPG.

Gli operatori del Dipartimento sono stati coinvolti nella elaborazione di "interventi per incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e favorire misure alternative all'internamento (L. n. 57 del 23 maggio 2013) e "... per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici" (Decreto Ministero della Salute 16-11-2014). Su questa progettualità il DAI SM DP ha attivato con gli organi competenti dell'Azienda un percorso per la realizzazione di una struttura appartamento secondo il modello dell'abitare supportato, presso l'Area di San Bartolo.

Progetto Psichiatria nella Casa della Salute

La Casa della salute rappresenta una nuova sfida per i Servizi territoriali riguardo la salute e il benessere dei cittadini, ed è un luogo in cui si realizza la presa in carico dei bisogni sociali e sanitari degli stessi. Il DAI SM DP che si è strutturato secondo il modello della Psichiatria di Comunità è da sempre in sintonia con i principi e gli obiettivi delle attività che caratterizzano le Case della salute.

All'interno delle case della salute attive nell'azienda USL (Casa della salute "Terre e Fiumi" di Copparo e Portomaggiore-Ostellato) il dipartimento è presente con tutte le sue articolazioni (Psichiatria adulti, Dipendenze Patologiche e NPIA) nelle) e ha partecipato sia alle fasi di formazione congiunta che all'elaborazione dei percorsi di cura relativi all'accesso, alla gestione della cronicità, dei casi complessi e interdisciplinari.

Budget di salute

Nel corso del 2013 il DAI SM DP nell'ambito della "Rimodulazione del Fondo ex OP – OPG per favorire programmi di integrazione sociosanitaria domiciliare per le persone seguite dai DSM-DP" (CPG/2013/460) veniva finanziato per progetti di cura che utilizzavano la metodologia del Budget di salute. Tra gli obiettivi vi era quello di "identificare e ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriatazza (alcuni inserimenti in strutture sociosanitarie o in residenze sanitarie a lungo termine), favorendo l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato" e di destinare le somme risparmiate dal sistema dei ricoveri a "interventi domiciliari con la metodologia del budget di salute e abitare assistito".

La sperimentazione con il modello del Budget di salute è continuata anche nel 2014 e tutti i fondi sono stati utilizzati per progetti di "abitare supportato" come superamento della residenzialità continuativa e protratta presso strutture Dipartimentali e non. Il numero dei progetti attivati è di 14.

Progetto "Rete dei Servizi per la non autosufficienza"

Il progetto ha coinvolto le diverse Agenzie del territorio (ASP, Comuni, DCP, DAI SM DP, ecc.) per l'elaborazione di un unico progetto di cura e di vita a favore delle persone non autosufficienti

L'obiettivo 2014 ha portato alla realizzazione di una formazione congiunta che ha coinvolto numerosi operatori dei Servizi Sociali Territoriali, DAISM-DP, Assistenza anziani DCP, Disabilità adulti DCP, ecc. Il corso ha focalizzato l'attenzione sulla necessità di trovare strumenti e linguaggi comuni finalizzati alla progettazione degli interventi a favore delle persone non autosufficienti e si è posto come propedeutico al processo di integrazione socio-sanitaria fra i servizi territoriali.

Progetto IPS (Individual Placement and Support)

Dal 2011 grazie al progetto TIPS, presentato dalla AUSL di Rimini in partenariato con la rete ENAIP, tale strategia è stata testata in tutti i Dipartimenti della Regione, compreso il DAI SM DP di Ferrara con buoni risultati operativi. Il metodo permette a persone con disturbi mentali gravi (schizofrenia e disturbi bipolari, ecc.) di accedere a un lavoro competitivo, fuori dalla rete di benefici sociali garantiti dallo Stato. Questa metodologia, integrata con quelle utilizzate già da tempo (borse lavoro, tirocini formativi, ecc.) sembra rispondere meglio alla pluralità di bisogni, capacità e potenzialità degli utenti attraverso l'ampliamento del ventaglio degli strumenti e dei percorsi offerti relativamente all'inserimento lavorativo. Dal 2012 al 2014 l'intervento è stato affidato a professionisti "esterni" al personale AUSL con formazione di tipo psicosociale, che operano in stretta connessione con i Servizi. Nel 2014 sono stati seguiti 20 soggetti. Alla fine del 2014 è stato elaborato un Progetto 2015-2018 in cui il Dipartimento acquisisce da Intercent-ER 30 ore settimanali di Operatore IPS con i seguenti obiettivi: applicazione delle strategie IPS nei percorsi lavorativi; acquisizione di competenze IPS per gli operatori DAI SM DP; ampliamento del numero dei pazienti trattati; ampliamento del numero di operatori formati.

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO)

Il Comitato Utenti Famiglie e Operatori è un importante organismo di integrazione tra i diversi attori istituzionali e sociali, che hanno come obiettivo il miglioramento dei servizi erogati dal DAI SM DP.

Il CUFO nel corso degli ultimi 4 anni si è regolarmente incontrato (nel 2014 vi sono state 5 assemblee plenarie, e numerosi incontri nei sottogruppi lavoro) per affrontare le criticità e gli aspetti problematici dei percorsi di cura: qualità dei prodotti erogati, percorsi organizzativi, soddisfazione di familiari-utenti e operatori, sicurezza di utenti e operatori. Il presidente del CUFO ogni anno redige una relazione consuntiva.

Psichiatria adulti

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

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

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

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (*1000 residenti). Anni 2010/2014 - Età >18 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo								
Ferrara	20,96	21,09	20,63	20,75	20,7	20,81	19,81	19,93	19,9	20,03
Regione	19,16	19,11	19,44	19,4	19,76	19,76	19,81	19,83	19,99	20,03

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

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

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	OVEST	162,7	187,4	179,6	175,5	180,8	180,8	164,3
	CENTRO-NORD	180,2	220,2	216,1	206,7	206,1	206,1	205,4
	SUD-EST	183,3	225,0	237,5	243,8	240,3	240,3	221,2
Totale Azienda		177,4	214,7	214,6	210,7	210,5	210,5	201,1
Totale		173,9	189,3	198,1	200,7	200,0	200,0	201,3

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale: attività ambulatoriale

ATTIVITÀ AMBULATORIALE							
	Centro nord	Ovest	Sud est	Non Resid.	2014	2013	Δ %
Numero Utenti Trattati	3411	813	1941	347	6.512	6.654	-2,1%
Nuovi ingressi:	1591	413	846	268	3.118	3.268	-4,6%
Ingressi Ambulatoriali	971	342	597	87	1.997	2.093	-4,6%
Consulenze Ospedaliere	564	52	213	151	980	1.005	-2,5%
Ingressi Reparto	56	19	36	30	141	170	-17,1%
Nuovi pazienti presi in carico	505	114	285	45	949	924	+2,7%
Pazienti già in carico	1887	421	1153	86	3.547	3.895	-8,9%
Pazienti in carico TOTALI	2392	535	1438	131	4.496	4.819	-6,7%

Nel 2014 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatri Adulti sono stati 6.512, distribuiti per il 52,4% nel distretto Centro Nord, per il 12,5% nel distretto Sud Est e per il 29,8% nel distretto Ovest. La quota degli utenti non residenti raggiunge il 5,3% del totale. Il numero totale dei pazienti trattati è in lieve diminuzione come valore assoluto (-2,1%), se analizziamo i tassi si osservano valori sempre in linea con i dati regionali. I nuovi ingressi rappresentano il 47,9% dell'utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 31,4%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 141 pazienti, il 4,5% dei nuovi ingressi. I pazienti in carico totali sono risultati 4.496, il 69% degli utenti trattati, di questi 949 (14,6%) sono risultati nuovi utenti e 3.547 (54,5%) già in carico da anni precedenti.

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

DIAGNOSI	TOTALE 2013		TOTALE 2014	
PSICOSI	1303	19,58%	1352	18,44%
DISTURBI AFFETTIVI	1052	15,81%	993	14,97%
DISTURBI NEVROTICI	1258	18,91%	1154	18,92%
DISTURBI DI PERSONALITA'	510	7,66%	563	7,52%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	147	2,21%	158	2,25%
DISTURBI REATTIVI	1026	15,42%	980	15,30%
RITARDI MENTALI	224	3,37%	286	3,79%
DEMENZE	225	3,38%	232	3,31%
DISTURBI ORGANICI	192	2,89%	193	2,69%
ALTRE DIAGNOSI	196	2,95%	189	2,84%
IN OSSERVAZIONE	463	6,96%	349	8,51%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	58	0,87%	63	1,57%
TOTALE	6.654	100,00%		100,00%

Questi dati rivelano che i trattamenti diagnostici terapeutici del CSM sono rivolti in particolare verso i disturbi psichiatrici maggiori psicotici (18,4%), gravi disturbi affettivi (14,9%), gravi disturbi di personalità (7,5%) e disturbi psichiatrici associati ad abuso di sostanze (2,2%); contemporaneamente il CSM risponde ai bisogni di cura dei disturbi meno gravi presenti nella popolazione, quali i disturbi nevrotici (18,9%) e i disturbi reattivi (15,3%). Il confronto tra il 2014 e il 2013 evidenzia che il case mix si mantiene costante.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale distinti per diagnosi primaria e classi di età

DIAGNOSI	< 18 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	>65 anni	TOTALE
PSICOSI	0	23	371	674	284	1352
DISTURBI AFFETTIVI	0	11	145	474	363	993
DISTURBI NEVROTICI	3	38	302	464	347	1154
DISTURBI DI PERSONALITA'	1	35	215	252	60	563
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	0	6	53	83	16	158
DISTURBI REATTIVI	2	28	258	441	251	980
RITARDI MENTALI	2	26	79	126	53	286
DEMENZE	0	0	0	11	221	232
DISTURBI ORGANICI	0	2	23	65	103	193
ALTRE DIAGNOSI	7	18	75	54	35	189
IN OSSERVAZIONE	6	23	93	134	93	349
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	0	3	22	23	15	63
TOTALE	21	213	1636	2801	1841	
%	0,32%	3,27%	25,12%	43,01%	28,27%	100%

Questi dati indicano che la popolazione trattata nei CSM è principalmente caratterizzata da un'alta percentuale di persone con età avanzata (43% dai 45-64; 28,3% over 65), come riflesso della tendenza alla cronicizzazione di molti disturbi psichiatrici e in linea con le caratteristiche della popolazione della provincia di Ferrara

Trattamenti Residenziali

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

La strutture residenziali sono in rete tra loro; una "cabina di regia dipartimentale" analizza costantemente i volumi dei ricoveri annuali, studia i percorsi dei ricoveri, la loro appropriatezza ed aggiorna protocolli, procedure ed istruzioni operative.

Le **Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo (RTI)** sono la "Luna" (a Ferrara) e la "Franco Basaglia" (a Portomaggiore); dispongono di 16 posti letto ciascuna e sono integrate sia con le due strutture ospedaliere (dalle quali possono ricevere pazienti), sia con le strutture territoriali, per i ricoveri programmati.

Le residenze rispondono alla necessità di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio biopsicosociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata rispettivamente di 56,60 e 47,95 giorni. Le strutture residenziali (RTI) sono coinvolte in progetti integrati nell'ambito dei percorsi di abitare supportato per cui per un numero limitato di casi la durata del ricovero è programmata per un periodo superiore ai 60 gg.

A Ferrara la **Residenza a Trattamento Protratto (RTP)** "Il Convento- San Bartolo" dispone di due Moduli (di 15 posti letto ciascuno) e fornisce trattamenti riabilitativi prolungati (6-36 mesi) a pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi in fase sub acuta e/o cronica, con lunga storia di malattia e di ricoveri. Anche la RTP "Il Convento" è impegnata da molti anni in progetti integrati nell'ambito dei percorsi di abitare supportato in collaborazione con il Centro Diurno "Il Convento"

I pazienti totali presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2014 sono risultati 189, il 6,9% in meno rispetto all'anno precedente.

Le strutture residenziali del Dipartimento a gestione diretta non soddisfano completamente i bisogni assistenziali della popolazione, pertanto il DAISM DP utilizza altri **posti letto esterni con pagamento della retta** a favore di 123 pazienti provenienti dal vecchio ospedale psichiatrico e a favore di pazienti più giovani, appartenenti alla fascia della cosiddetta "nuova cronicità" (110).

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 2014 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 57 pazienti, il 9,6% in più rispetto al 2013, con una media di 27 giornate di assistenza. . Il numero totale di giornate di degenza è diminuito 27,2%.

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

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

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Residenziali

	2013			2014			Δ %
	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	GG. degenza
Ricoveri Residenziali a gestione diretta							
Il Convento - S. Bartolo (adulti)	74	11.346	47	79	11.158	49	-1,7%
La Luna (adulti)	97	5.450	73	91	5.151	69	-5,5%
Basaglia (adulti)	122	5.540	83	110	5.274	71	-4,8%
Ricoveri Residenziali in Retta							
Altre Residenze non definite (adulti - ex op)	119	42.475	119	123	42.906	123	+1,0%
Altre Residenze non definite (adulti - no op)	98	30.102	98	110	31.930	110	+6,1%
TOTALE	217	72.577	217	233	74.836	233	+3,1%
Ricoveri Residenziali in Retta in altre Province e residenti							
Case di cura accreditate Entro RER	94	2.113	52	85	1.538	57	-27,2%

Trattamenti Semiresidenziali (Centri Diurni)

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

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

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

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Semiresidenziali

CENTRI DIURNI	2011	2012	2013	2014	Δ %
Il Convento (S. Bartolo)					
Accessi	13.845	14.909	15.280	14.725	-3,6%
Pazienti	60	60	60	61	+1,7%
Maccaccaro (Ferrara)					
Accessi	4.795	5.077	6.226	6.102	-2,0%
Pazienti	92	94	101	106	+5,0%
TOTALE PAZIENTI	152	154	161	167	+3,7%

Gruppi Appartamento e Unità Abitative supportate

Il CSM utilizza numerosi gruppi appartamento e unità abitative nei percorsi di cura di numerosi pazienti con grave disabilità che necessitano di un sistema residenziale supportato nell'ambito della rete di appartenenza in sintonia con l'orientamento tipico della psichiatria di comunità che privilegia l'ottica della riabilitazione biopsicosociale territoriale. Questo tipo di trattamento riabilitativo è concordato con il paziente, la famiglia, l'amministratore di sostegno e le cooperative sociali con le quali il Dipartimento è in collaborazione. Si pone, inoltre, come percorso per il superamento della residenzialità protratta presso strutture residenziali, Sono in aumento i percorsi con maggior supporto e integrati tra CSM, CD e Residenze che nello schema vengono etichettati come Unità abitative. I progetti riabilitativi centrati sull'abitare supportato oltre che appartenere alla progettualità evidence based, sono particolarmente apprezzati dagli utenti e rappresentano ambienti di cura economicamente sostenibili.

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

	2011	2012	2013	2014	Δ %
Gruppi Appartamento					
Posti letto	30	30	28	27	-3,6%
Pazienti	35	31	29	23	-20,7%
Unità Abitative					
Posti letto	20	20	28	46	+64,3%
Pazienti	20	21	31	52	+67,7%

Psichiatria Ospedaliera Universitaria

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

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

Il SPOI garantisce anche un ricovero programmato per adolescenti con disturbo mentale su invio della Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Viene garantita la gestione coordinata tra lo SPOI e i SERT di un posto letto, destinato a pazienti che necessitano di ospedalizzazione programmata, per approfondimenti psichiatrici diagnostici e/o terapeutici, per la gestione della disassuefazione da alcol coordinata dal reparto di gastroenterologia.

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

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

In entrambi i reparti è disponibile una guardia psichiatrica attiva H24. La durata media di ricovero ospedaliero è sovrapponibile per entrambi i reparti è di circa due settimane.

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

Azienda di residenza	2012			2013			2014		
	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab
Ferrara	842	312.549	26,9	808	310.777	26,0	822	308.152	26,7
Regione	9.137	3.754.501	24,3	9.031	3.759.836	24,0	9.425	3.740.484	25,2

Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età ≥ 18. Fonte SDO

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

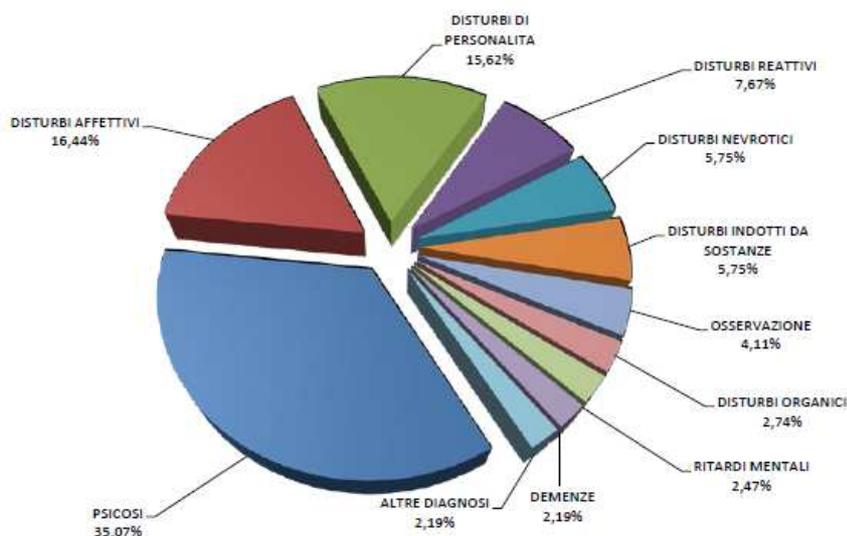
Spetta a questo servizio garantire il ricovero volontario (TSV) o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico,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

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

Pazienti ricoverati in SPDC

SPDC	2011	2012	2013	2014	Δ %
Pazienti ricoverati	335	312	362	365	+0,8%
Ricoveri	485	423	489	468	-4,3%
Indice occupazione posti letto	98,61	97,98%	104,35%	104,58%	
Presenza media giornaliera	14,79	14,7	15,65	15,69	

Ricoveri per fasce di diagnosi (Anno 2014)



Pazienti per fasce di diagnosi	2013	%	2014	%
PSICOSI	121	33,43%	128	35,1%
DISTURBI AFFETTIVI	76	20,99%	60	16,4%
DISTURBI DI PERSONALITA'	56	15,47%	57	15,6%
DISTURBI REATTIVI	20	5,52%	28	7,7%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	18	4,97%	21	5,8%
DISTURBI NEVROTICI	17	4,70%	21	5,8%
DISTURBI ORGANICI	17	4,70%	10	2,7%
RITARDI MENTALI	11	3,04%	9	2,5%
ALTRE DIAGNOSI	9	2,49%	8	2,2%
DEMENZE	9	2,49%	8	2,2%
IN OSSERVAZIONE	8	2,21%	15	4,1%
TOTALE	362	100,0%	365	100,0%

Pazienti per classi di età	2013	%	2014	%
< 18 anni	2	0,6%	-	-
18-24 anni	24	6,6%	27	7,4%
25-44 anni	146	40,3%	143	39,2%
45-64 anni	148	40,9%	154	42,2%
>65 anni	42	11,6%	41	11,2%
TOTALE	362	100,0%	365	100,0%

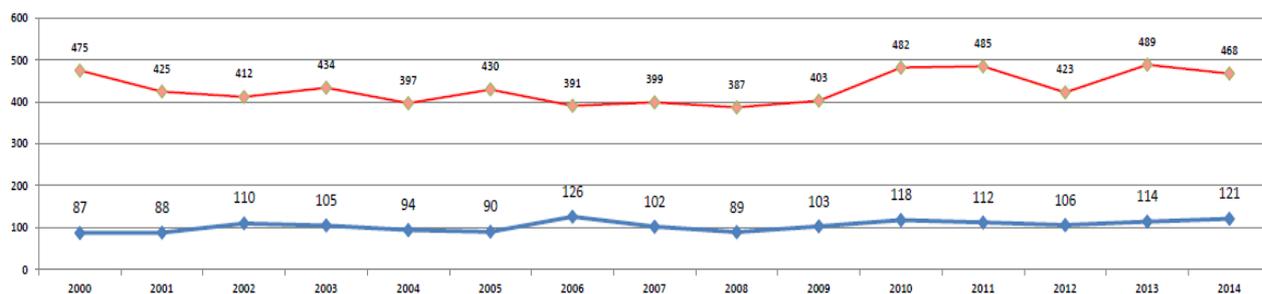
Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

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

Pazienti con Trattamento Sanitario Obbligatorio

Aziende USL	Anno 2013			Anno 2014		
	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri
Ferrara	97	423	22,9	85	437	19,5
Regione	985	6.987	14,1	989	6.795	14,6

S.P.D.C. Ferrara - Andamento Ricoveri/TSO - Periodo 2000-2014



L'analisi di questi dati evidenzia che il Dipartimento è costante nell'uso del TSO (min 87 ricoveri nel 2000 – max 121 nel 2014); in generale su 4 ricoveri 1 è in TSO.

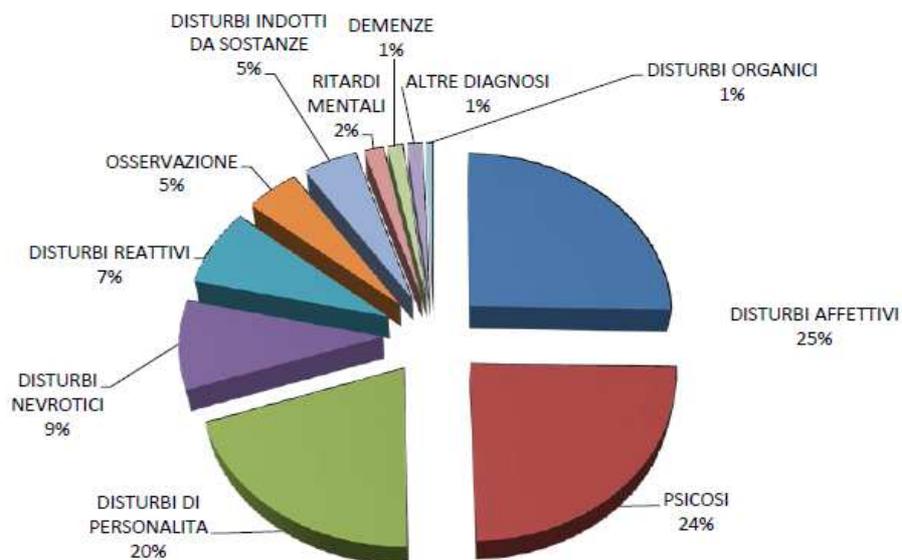
Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI)

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

Pazienti ricoverati in SPOI

SPOI	2011	2012	2013	2014	Δ %
Pazienti ricoverati	327	305	334	308	-7,8%
Ricoveri	463	433	466	455	-2,4%
Indice occupazione posti letto	98,90%	99,60%	100,11%	99,78%	
Presenza media giornaliera	14,84	14,94	15,02	14,97	
Dimessi	484	496	450	441	

Pazienti per fasce di diagnosi - Anno 2014



Pazienti per fasce di diagnosi	2013	%	2014	%
DISTURBI AFFETTIVI	81	24,32%	78	25,3%
PSICOSI	81	24,32%	75	24,4%
DISTURBI DI PERSONALITÀ'	72	21,62%	62	20,1%
DISTURBI REATTIVI	26	8,41%	27	8,8%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	19	7,81%	23	7,5%
DISTURBI NEVROTICI	28	5,71%	14	4,5%
RITARDI MENTALI	6	2,40%	5	1,6%
DEMENZE	6	1,80%	4	1,3%
DISTURBI ORGANICI	3	1,80%	2	0,6%
ALTRE DIAGNOSI	3	0,90%	-	-
IN OSSERVAZIONE	8	0,90%	4	1,3%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	0	0,0%	14	4,5%
TOTALE	332	100,0%	308	100,0%

Pazienti per classi di età	2013	%	2014	%
18-24 anni	19	5,7%	11	3,6%
25-44 anni	108	32,5%	90	29,2%
45-64 anni	153	46,1%	152	49,4%
>65 anni	52	15,7%	55	17,9%
TOTALE	332	100,0%	308	100,0%

Servizio Psichiatria di Consultazione (SPC)

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

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013	2014	Δ %
Adulti	2.800	2485	2.447	2.176	-11,1%
Azienda Ospedaliera S. Anna	2.085	1861	1.895	1.733	-8,5%
Altri Ospedali (Delta e San Giorgio)	715	624	552	443	-19,7%
Minori	4	13	19	34	+78,9%

Servizio di Psiconcologia e Psichiatria nelle cure palliative

È inoltre gestito all'interno della Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria il programma assistenziale psichiatrico per persone affette da cancro e i loro familiari, svolto dal Servizio di Psiconcologia. Gli interventi sono fondamentalmente caratterizzati da psicoterapie individuali e di gruppo, nonché da valutazioni psichiatriche (colloqui e visite di controllo)

Tale servizio svolge inoltre attività di collegamento per la componente psiconcologica con le varie attività svolte dalla Azienda Ospedaliero Universitaria (ad es. Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per cancro della mammella) e dalla Azienda USL (ad es. Tavolo Cure Palliative).

Più in particolare:

1. Nel corso del 2014 si è attivato il Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) per il cancro della mammella come sintesi del lavoro inter- e multidisciplinare che ha coinvolto il programma di psiconcologia, nella definizione della componente psicosociale e psichiatrica nella fase di screening per disturbo emozionale, assessment e interventi e partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro (v. <http://www.ospfe.it/reparti-e-servizi/reparti-dalla-n-alla-z/oncologia-clinica/oncologia-clinica-attivita/percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali-pdta>) in maniera regolare a cadenza settimanale per la discussione dei nuovi casi. Iniziati sono stati inoltre i collegamenti tra le équipes multidisciplinari e il gruppo di coordinamento dell'AOU S. Anna per lo sviluppo del PDTA del cancro del colono-retto.

2. Gli interventi del programma di Psiconcologia e psichiatria nelle cure palliative sono stati inseriti nel documento "Verso un piano per l'equità e il diversity management", nell'area 16 sull'obiettivo di "Garantire standard di cure al di stress emozionale e alla sofferenza psichica alle persone con patologie oncologiche"

3. L'attività clinico-assistenziale si è declinata in consulenze intraospedaliere per pazienti degenti presso le diverse strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna (prevalentemente Oncologia Medica).

Il collegamento con il DH Oncologico e i MMG ha permesso il proseguimento e la presa in carico di pazienti valutati e trattati presso il servizio ambulatoriale con sede presso la sede Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara.

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013*	2014	Δ %
Consulenze psiconcologiche reparti	566	560	133	150	+12.5%
Azienda Ospedaliera S. Anna	251	274	133	150	+12.5%
Altri Ospedali (Cento/Argenta)	315	286	0	0	---
Attività ambulatoriale Servizio psiconcologia (c/o S. Anna sede di Ferrara e c/o S. Anna sede di Cona)	1176	1395	755	1137	+50.6%

* l'anno 2013 è coinciso con una perdita di risorse pari al 70% del servizio, recuperato parzialmente nell'anno successivo attraverso la riorganizzazione del servizio

4. Degni di menzione due progetti di ricerca a finalità clinico-assistenziale collegati a due borse per dottorato di ricerca dell'Università di Ferrara, il primo in collegamento con il Princess Margaret / University of Toronto sulla psicoterapia alla fine della vita, il secondo collegato al Department of Psychiatry, University of San Francisco, sulla terapia familiare nel lutto.

Servizio Dipendenze Patologiche

Il Servizio Dipendenze Patologiche svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da legati al consumo problematico e alla dipendenza patologica da eroina, cocaina, alcol, cannabinoidi e tabacco.

Negli ultimi anni l'attenzione è stata rivolta anche alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP), che presenta tratti caratteristici in comune con la tradizionale dipendenza da sostanze stupefacenti, occupandosi delle problematiche che investono il paziente, la sua famiglia e il contesto sociale.

All'interno del servizio opera un'équipe multidisciplinare composta da professionisti di area sanitaria, psicologica, sociale ed educativa per garantire una presa in carico che valorizza la centralità della persona, con un approccio biopsicosociale.

In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra gli **adolescenti e i giovani**, laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati interventi preventivi selettivi in collaborazione con Spazio Giovani, Promeco e gli Operatori di Strada. Si tratta di interventi che rivolgono lo sguardo al ruolo attivo che i singoli e la comunità possono avere nell'influenzare gli stili di vita, riconoscendo e sostenendo le risorse che possono funzionare da fattori protettivi. I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire, o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

Al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive, il Servizio offre un accesso differenziato per adolescenti e giovani, attivando un'équipe dedicata allo scopo di valorizzare al massimo l'approccio multidisciplinare. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale.

Per facilitare una presa in carico tempestiva e appropriata di adolescenti che presentano situazioni ad alta complessità, di età compresa fra 15 e 24 anni, è stato attivato un **percorso adolescenti che prevede** una co-progettazione integrata tra servizi sanitari, servizi sociali, educativi e culturali presenti sul territorio al fine di attivare una équipe multiprofessionale ad alta integrazione socio-sanitaria. Il percorso prevede la presenza di un garante che svolge il ruolo di facilitatore della integrazione dei Servizi coinvolti (SerT, Uonpia, Spazio giovani, Servizi Sociali Area minori, Enti ausiliari accreditati, Promeco, Associazioni) e della co-progettazione degli interventi sul caso complesso.

Per affrontare l'incremento della **complessità clinica che la multidimensionalità** della dipendenza patologica attuale mette in campo, sono state promosse risposte integrate sia a livello di servizi del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, sia percorsi all'interno della rete dei servizi socio-sanitari disponibili sul territorio. In particolare è stata costituita una **équipe integrata dipartimentale per la gestione clinica dei casi in doppia diagnosi** e la sperimentazione di metodologie basate sulle evidenze (DBT) su casi complessi in carico ai SerT e ai Centri di Salute Mentale.

Per quanto riguarda l'**alcolismo**, in questi ultimi dieci anni il modello di intervento si è basato su un sistema di servizi in rete che ha visto una stretta collaborazione tra Centri Alcologici, servizi gestiti dal Privato Sociale Accreditato e le Associazioni di Volontariato, al fine di dare risposte adeguate e tempestive ai nuovi bisogni sociali e sanitari che interessano la popolazione. Il sistema dei servizi in rete ha portato al cambiamento nelle prassi di assistenza, alla riorganizzazione delle strategie di intervento adeguate ai bisogni emergenti, ad una maggiore flessibilità e apertura verso l'altro, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse per arrivare e di gestione integrata della persona e/o della sua famiglia. Prova ne è che i gruppi, sempre più spesso, accolgono al loro interno giovani soggetti con poliabuso di sostanze psicoattive, talora in comorbidità psichiatrica.

La collaborazione avviata nel corso degli ultimi anni con Alcolisti Anonimi e CAT ha visto la partecipazione attiva dei rappresentanti locali delle Associazioni di Volontariato, sempre disponibili ad offrire il loro contributo per intercettare e accogliere persone che non hanno avuto mai accesso ai Centri Alcologici pubblici e le loro esperienze personali in occasione dei corsi di formazione sull'alcol organizzati dall'AUSL di Ferrara. Parimenti è divenuta consuetudine per gli operatori del servizio partecipare agli incontri aperti di A.A. e Al-Anon e ad iniziative pubbliche di promozione dei Club presenti nella provincia di Ferrara.

In una prospettiva **di percorsi di salute ad elevata integrazione socio-sanitaria** il **Centro Antifumo** ha aderito al Progetto regionale FRESCO, attivando un collegamento tra i reparti di Cardiologia e i Centri Antifumo, attraverso l'invio di pazienti cardiopatici fumatori o che abbiano smesso di fumare solo in seguito all'evento che ha causato il ricovero. Target del progetto sono i pazienti dimessi con diagnosi di Infarto miocardico acuto, anche se ciò non esclude invio di pazienti fumatori, con altre patologie, che necessitano ugualmente di un intervento di disassuefazione alla Nicotina.

Considerando che il numero di pazienti cardiopatici dimessi dagli ospedali è ampio (più di 5.000 in Emilia-Romagna per i soli eventi coronarici maggiori all'anno) l'osservazione clinica evidenzia che la gravità dell'evento fa sì che il numero di fumatori fra costoro al momento delle dimissioni si attesti sull'1%, 2%.

Di nuovo l'osservazione clinica, accompagnata dalle risultanze di studi specifici, ci consente di apprendere che tale percentuale sale fino ad arrivare ad un valore che si aggira fra il 10% ed il 50% 1 anno dalle dimissioni, ma fra i soli fumatori prima dell'evento, che ha determinato il ricovero.

Questo andamento, anche se basato su stime, fa pensare che la prescrizione a frequentare un trattamento per smettere di fumare, debba essere attuato al momento delle 1a visita dopo le dimissioni (30 giorni), ma anche ribadita nel tempo costantemente dal MMG e/o dalla specialista cardiologo in particolar modo nei Day Service cardiologici, dove attuati. Allo stesso modo si rende necessario l'invio ai CAF, anche di quei pazienti in cui si prevede o si manifesta il rischio di ricaduta.

Il Punto di Ascolto Grattacielo 183, nasce dall'idea di creare una rete di collaborazione tra associazioni del volontariato sociale che si occupano di dipendenza (Fuorigioco, Famiglie contro la droga, A.P.C.A.T.), terzo settore, Ser.T e Agire Sociale Centro Servizi per il Volontariato in un'ottica di sinergia tra pubblico e privato sociale mettendo insieme le esperienze, competenze e professionalità dei soggetti che ne fanno parte. Il punto d'ascolto si propone come un tentativo di risposta "innovativa" alle problematiche legate alle dipendenze patologiche, partendo dal presupposto che di fronte alla complessità del fenomeno sia necessario unire le forze presenti sul territorio valorizzandone le specificità, le diversità e le risorse. L'intento è di garantire ad ogni persona in difficoltà la possibilità di scegliere il percorso di cura più adatto alle proprie esigenze ed ai propri bisogni offrendo differenziate possibilità di aiuto e sostegno. Si tratta di un luogo di prima accoglienza, orientamento e accompagnamento verso i servizi presenti sul territorio, rivolto a persone e famiglie che vivono disagi e sofferenze legate a problemi di dipendenza o disturbi del comportamento.

Si fa promotore di manifestazioni per riqualificare zone in stato di degrado, cercando di diffondere un senso di riappropriazione urbana dei tessuti marginali, oggetto di incuria, degrado ed abbandono attraverso la promozione del protagonismo giovanile.

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

Sono state progettate per i pazienti dei servizi con problemi legati alla casa, soluzioni abitative abilitate un'assistenza differenziata all'interno degli Enti Ausiliari Accreditati destinate ai pazienti che non possono accedere alla residenzialità diretta alla non autosufficienza.

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (x1.000 ab.). Anni 2010/2014 - Età 15-64 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo								
Ferrara	8,63	8,46	8,55	8,35	8,36	8,16	8,15	7,99	7,94	7,76
Regione	7,56	7,59	7,55	7,55	8,99	8,99	9,18	9,16	7,91	7,88

Fonte: RER Archivio regionale SIDER

Nel 2014 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda di trattamento proveniente da 2.213 pazienti, 1.399 di questi (63,2%) hanno seguito un programma terapeutico ambulatoriale, 126 sono stati seguiti in carcere (5,7%), 688 (31,1%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

Tra i pazienti seguiti con un programma terapeutico specifico il 57,5% presentava problematiche relative alla dipendenza da droghe e il 26,7% da alcol. Il 7,1% si è rivolto ai Centri Antifumo per la disassuefazione dal fumo di tabacco e l'8,7% per gioco d'azzardo patologico.

Sono risultati 134 i giovani che hanno seguito un percorso dedicato presso i punti di accesso dislocati in tutti i territori distrettuali. Il 13,4% degli accessi è stato tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni e l'86,6% nella fascia d'età 18-24 anni.

UTENTI DIPENDENZE PATOLOGICHE	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
TOTALE PAZIENTI TRATTATI:	2.223	2.213	-0,4%
Nuovi pazienti presi in carico	289	361	+24,9%
Ambulatoriali	253	324	+28,1%
In carcere	36	37	+2,8%
Pazienti già in carico	1.216	1.164	-4,3%
Ambulatoriali	1.111	1.075	-3,2%
In carcere	105	89	-15,2%
TOTALE PAZIENTI IN CARICO:	1.505	1.525	+1,3%
Droghe	906	877	-3,2%
Alcol	411	407	-1,0%
Gioco patologico	84	108	+28,6%
Tabacco	104	133	+27,9%
GIOVANI CON ACCESSO DIFFERENZIATO:			
15-17 anni	25	18	-28,0%
18-24 anni	115	116	+0,9%
PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI	142	167	+17,6%

DOPPIA DIAGNOSI

La Doppia Diagnosi è il cuore dell'integrazione clinica-farmacologica e terapeutica-riabilitativa del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. La necessità di lavorare insieme (SerT-Psichiatria) su pazienti complessi nasce da un protocollo che indicava i modi e i tempi di consulenze reciproche o di passaggi della presa in carico da un Servizio all'altro.

Negli ultimi tempi, si è registrato in aumento la diffusione delle sostanze con prevalenza di cocaina, psicostimolanti anfetaminici e alcol, a cui si accompagna un cambiamento delle modalità di consumo, poliabuso e uso intenso e concentrato in tempi brevi. Questi cambiamenti nei pazienti abusatori o tossicomani, hanno modificato l'assunzione delle sostanze producendo nel tempo quadri clinici e sintomi sempre più simili a manifestazioni psichiatriche come episodi acuti di paranoia, interpretazioni deliranti e aggressività e disturbi gravi di personalità, strutturati e persistenti.

Sul versante psichiatrico, assistiamo ad una preferenza dei pazienti per l'alcol o la cannabis, in generale i disturbi gravi di personalità dipendente-ossessiva, e in generale le patologie "borderline" sono in relazione al maggior consumo di sostanze stupefacenti.

L'interazione con le terapie in atto, alterando gli effetti della cura e aggiungendo alla patologia di base, una dipendenza da sostanze, aggrava la prognosi e complica l'uso corretto della terapia.

La clinica si trova nella necessità di sviluppare la massima efficacia a fronte di situazioni nuove e complesse, dovendo superare conflittualità di metodo e di orientamento professionale.

Negli ultimi anni, sono in costante aumento complesse situazioni cliniche che vedono le dipendenze patologiche complicarsi con sintomi più o meno strutturati e indistinguibili dalla psicopatologia classica psichiatrica. Abusatori di sostanze o tossicomani, che presentano vulnerabilità individuali, o insufficiente valutazione del rischio, soprattutto nell'età giovane, possono sviluppare un quadro clinico che simula o si struttura come patologia psichiatrica. Pazienti psichiatrici, che in momenti particolari del decorso del principale disturbo mentale, possono abusare, più frequentemente di alcol, o di cannabis. In entrambi i casi, le condizioni cliniche peggiorano e la prognosi diventa più severa.

Il DAISMDP, per questi pazienti multiproblematici in doppia diagnosi, ha deciso di costruire percorsi integrati, per rispondere alle necessità di una presa in carico congiunta, di una terapia integrata e di progetti specifici, utilizzando le risorse disponibili in modo flessibile e coerente con le problematiche espresse.

Nel 2014 il DAISMDP ha costituito un gruppo trasversale di professionisti del SerT e del SPT che discutono i singoli casi e concordano le risposte più efficaci cliniche e riabilitative sviluppando un progetto terapeutico integrato.

GRAVE DISTURBO DI PERSONALITA'

Nel più ampio contesto di un progetto dipartimentale di percorsi di cura per pazienti con Grave Disturbo di Personalità, si sono svolti gruppi di SkillsTraning - Terapia Dialettico Comportamentale, all'interno delle sedi SerT di Portomaggiore e sede SerT di Ferrara.

I gruppi sono rivolti a pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (ICD X F60.3) e attuale o pregressa Sindrome di dipendenza o Uso dannoso di sostanze (ICD X F10 - F19). I pazienti vengono inviati dai propri curanti presso i rispettivi SerT e/o SPT della provincia, in particolare alcuni pazienti hanno una doppia presa in carico e quindi un doppio invio, altri sono seguiti solo dal SerT al momento del gruppo, spesso con contatti in passato presso Psichiatria Adulti.

I gruppi sono strutturati come gruppi aperti, con 8-10 partecipanti. Le sedute sono a frequenza settimanale o quindicinale, durano due ore. Ogni edizione del Gruppo SkillsTraning - Terapia Dialettico Comportamentale prevede da 16 a 20 sedute.

Propedeutici alla partecipazione al gruppo sono i seguenti interventi: la valutazione psicodiagnostica (Mc Lean Screening Instrument for BPD - MSI-BPD -), 1 o 2 colloqui di presentazione e spiegazione con i conduttori e firma di un contratto, contenente le regole del gruppo e il calendario delle sedute. In accordo con i curanti Sert inviati, si effettuano colloqui individuali psicoeducativi di spiegazione della diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Il gruppo attualmente in corso presso la sede SerT di Ferrara è composto da 10 pazienti che presentano Disturbo Borderline di Personalità, in comorbidità con Sdr dipendenza da oppiacei ICD X F11.2 (2 donne, 1 uomo), Sdr di dipendenza da alcool ICD X F10.2 (1 donna e 1 uomo), Gioco d'azzardo patologico ICD X F60 (1 uomo), Poliabuso di sostanze ICD X F19.2 (1 uomo), Sdr di dipendenza cocaina ICD X F14.2 (1 uomo e 1 donna), Sdr di dipendenza da BDZ ICD X F13.2 (1 donna). Due pazienti partecipano al gruppo, provenienti da Comunità Terapeutiche, dove stanno svolgendo un programma di terapeutico residenziale.

Inoltre da gennaio 2014, nella sede del Sert di Ferrara si è definita una micro équipe dedicata, finalizzata ad un percorso ambulatoriale integrato, secondo le linee guida regionali, avendo come riferimento la Terapia Dialettico Comportamentale. La micro équipe è composta da psicologa, psichiatra, infermiere professionale e assistente sociale. In particolare, il paziente è coinvolto in un programma ambulatoriale integrato, declinato in colloqui individuali psichiatrici o psicologici, gruppo SkillsTraning DBT, interventi rivolti ai familiari, interventi in area sociale e counseling infermieristico, eventuale terapia farmacologica. Vengono condivisi gli obiettivi e le modalità in un contratto scritto relativo all'équipe di riferimento e agli interventi programmati.

MONITORAGGIO DELLA SALUTE

L'invecchiamento della popolazione già in carico al Servizio e l'arrivo di nuova utenza con multiproblematica, ha portato l'attenzione sul monitoraggio annuale dello stato di salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci. Lo screening proposto prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine Hiv, Hbv, Hcv, Hav.

Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Ai pazienti con diagnosi in F14, eventuale valutazione ORL, elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e visita cardiologia. La routine di base è ripetuta annualmente.

Nel 2014 i pazienti inclusi nel percorso di screening sono stati 1.224, di questi 875 (71,5%) è stato sottoposto al monitoraggio dello stato di salute (86 nuovi utenti, 824 già in carico).

MONITORAGGIO DELLA SALUTE	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Centro Nord	342	466	+36,3%
Sud Est	238	274	+15,1%
Ovest	91	135	+48,4%
TOTALE	671	875	+30,4%
Nuovi utenti			
Centro Nord	52	44	-15,4%
Sud Est	55	31	-43,6%
Ovest	27	11	-59,3%
TOTALE	134	86	-35,8%
Utenti già in carico			
Centro Nord	290	457	+57,6%
Sud Est	183	243	+32,8%
Ovest	64	124	+93,8%
TOTALE	537	824	+53,4%
% copertura			
Centro Nord	66,9%	69,2%	+3,4%
Sud Est	62,3%	74,0%	+18,8%
Ovest	65,0%	69,0%	+6,2%
TOTALE	65,0%	71,5%	+10,0%

PERCORSI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

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

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

	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale 2013	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale 2014
FERRARA	100	12	112	100	12	112
RER	1300	196	1496			

Fonte: RER Archivio regionale SIDER

INSERIMENTI DI PAZIENTI SERT IN STRUTTURE TERAPEUTICHE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Inserimenti presso Enti Accreditati Regionali			
Soggetti inseriti	90	87	-3,3%
Numero di ricoveri	117	111	-5,1%
Giornate totali	14.112	13.193	-6,5%
Inserimenti presso Altri Enti			
Soggetti inseriti	16	11	-31,3%
Numero di ricoveri	18	11	-38,9%
Giornate totali	3.747	2.065	-44,9%
Inserimenti di soggetti agli arresti domiciliari			
Soggetti inseriti	5	5	0,0%
Numero di ricoveri	5	6	+20,0%
Giornate totali	539	1.247	+131,4%

L'accesso alle strutture avviene tramite l'invio dal SerT che sulla base dei criteri di eleggibilità definiti dalla struttura individua il percorso più appropriato per i bisogni di salute specifici del paziente. In casi particolari gli invii possono essere effettuati anche da Enti Locali e dal Ministero di Giustizia (per i soggetti in carcere). L'onere della prestazione è a carico dell'AUSL (SerT) che definisce, di concerto con la struttura, il piano terapeutico del paziente e le modalità per la verifica dei risultati raggiunti (indicatori e standard di prodotto).

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

Nel 2014 sono stati inseriti 87 pazienti nelle strutture gestite dagli Enti Accreditati Regionali; 11 pazienti sono stati inseriti in altri enti; 5 soggetti sono stati inseriti agli arresti domiciliari.

In linea con il nuovo programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 999/2011) che orienta i Programmi Aziendali verso la programmazione congiunta con le strutture residenziali e l'attuazione di percorsi residenziali più brevi e personalizzati, nell'ultimo anno sono stati attivati 3 progetti speciali di supporto territoriale e 13 progetti speciali di reinserimento post comunità con supporto educativo.

PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE "VERSO UNA COMUNITÀ DI PRATICA VIRTUALE TRA AGENTI DI CURA"

Per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai SerT e agli Enti privati accreditati per le dipendenze, come previsto dal progetto REX - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, è in fase di sperimentazione un modello di comunicazione tra sistemi informativi (SistERSERT e SistERCT) in grado di garantire la trasmissione/condivisione del profilo di salute dei pazienti, il confronto tra operatori e la condivisione con il paziente del progetto terapeutico riabilitativo. Il progetto consentirà la condivisione dei processi di cura garantendo la storicizzazione delle informazioni relative al paziente in una ricomposizione del percorso terapeutico dalla fase della proposta terapeutica, all'eventuale modifica del trattamento, fino alla dimissione, migliorando lo scambio comunicativo tra operatori ottimizzando il confronto sui casi, e tra operatori e paziente con un incremento della compliance al trattamento.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Nel corso degli ultimi anni le attività di prevenzione e promozione della salute nella comunità locale hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione sui comportamenti a rischio e la promozione di stili di vita sani. La realizzazione di queste attività è avvenuta attraverso l'attivazione di una rete istituzionale rivolta alla prevenzione del rischio e alla risposta appropriata al disagio adolescenziale (Progetto Punto di vista: l'operatore a scuola), che ha permesso di programmare e realizzare interventi sul territorio (Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY), di offrire di spazi di ascolto rivolti ai genitori (Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti), e percorsi terapeutici finalizzati agli adolescenti e giovani adulti (Accesso differenziato per adolescenti e giovani al SerT, Co-progettazione integrata tra servizi socio-sanitari su casi complessi).

Queste esperienze che vanno dalla promozione della salute, alla prevenzione dei comportamenti a rischio, alla presa in carico precoce, alla risposta clinica ai casi complessi troveranno la loro integrazione formale nel **Piano Adolescenza della provincia di Ferrara** che verrà formalizzato nel 2015.

Progetto Punto Di Vista: l'operatore a Scuola. Nei contesti scolastici laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati interventi preventivi selettivi.

Si passa così da una logica di sollecitazione, stimolo e valorizzazione delle risorse, al potenziamento del patrimonio del singolo aumentando la capacità individuale di far fronte alle difficoltà all'interno del contesto scuola. I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire e o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, alle difficoltà di integrazione nel gruppo classe, nelle prevaricazioni e nelle violenze, nelle difficoltà personali di relazione, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

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

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

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

Infine con la consulenza insegnanti, viene offerto un confronto rispetto alla gestione della classe o a situazioni personali di alcuni studenti.

Spazio di Consulenza ai Genitori di Adolescenti: offre consulenza educativa ai genitori di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a livello relazionale, comportamentale e motivazionale. Gli interventi di consulenza hanno lo scopo di sostenere e sviluppare le potenzialità dei genitori, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Lo spazio di consulenza si occupa in particolare di gestione delle regole e di situazioni conflittuali, di attivazione degli equilibri delle funzioni genitoriali, di mediazione tra scuola e famiglia e di riadattamento individuale e della coppia alla fase evolutiva dei figli.

Il servizio di consulenza per famiglie lavora strettamente in contatto con altri progetti di Promeco (Punto di Vista) e con tutte quelle agenzie del territorio che possono essere a contatto con genitori di ragazzi adolescenti (Centro Famiglie del Comune di Ferrara, Spazio Giovani, MMG e Pediatri di Comunità).

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

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.

Progetto FREE ENTRY si tratta di un servizio di prossimità ad accesso libero, presente nei luoghi del divertimento e di aggregazione, che utilizza un approccio comunitario basato sulla relazione come strumento centrale dell'intervento.

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

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

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

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

UNITÀ DI STRADA	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Operatori	3	3	-
Uscite	34	34	-
Contatti	2.751	2.810	+2,1%
Consulenze	1.522	2.000	+31,4%
Prove etilometriche	1.841	1.928	+4,7%
Materiali informativi distribuiti	4.752	10.865	+128,6%
Profilattici distribuiti	2.622	4.315	+64,6%

Progetto ambienti di lavoro senza fumo. In linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna per la promozione di "Sani Stili di Vita" nella popolazione, il **Centro Antifumo** ha partecipato al Progetto ambienti di lavoro senza fumo, che prevede un percorso di sensibilizzazione, prevenzione e controllo relativo al problema del fumo di sigaretta all'interno degli ambienti lavorativi della provincia di Ferrara. Tali interventi non sono mirati solo alla rilevazione della presenza di comportamenti non idonei, nel rispetto della legge nazionale che vieta il fumo nei luoghi pubblici, ma nello specifico sono stati attivati incontri sul territorio con le aziende che durante il loro ciclo produttivo espongono i lavoratori a rischi cancerogeni e chimici, per dare informazione specifica e intervenire sulla percezione del rischio promuovendo comportamenti consapevoli.

L'esposizione a fumo attivo o passivo in associazione all'esposizione a prodotti tossici professionali può produrre effetti combinati di tipo additivo e moltiplicativo, perché il fumo diventa un vettore fisico di sostanze tossiche presenti nel posto di lavoro determinandone un'alterazione della frazione che si deposita nei polmoni e quindi può provocare un innalzamento della dose assorbita.

Si è intervenuti in dieci aziende nella provincia di Ferrara (alcune di queste all'interno del Polo Chimico) con lavoratori esposti a rischio chimico e/o cancerogeno. Sono stati svolti incontri informativi con i datori di lavoro, i dirigenti, i preposti, i capi reparto, i medici competenti, le rspp, aspp, rls, e altri lavoratori particolarmente interessati.

I contenuti degli incontri oltre ad essere informativi hanno un obiettivo propositivo, in quanto nel corso degli incontri viene illustrato lo specifico percorso terapeutico relativo alla riduzione/eliminazione del fumo di tabacco dalle abitudini di vita. Nell'occasione vengono date informazioni relative ad altri fattori di rischio che

possono agire sinergicamente con l'attività lavorativa compromettendo la salute e la percezione del rischio (come alcool e sostanze stupefacenti).

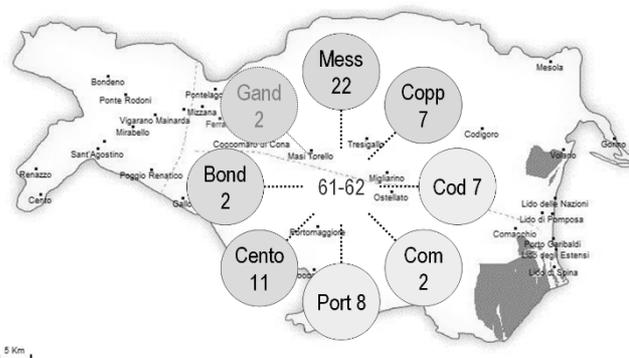
Telefonando al Centro Antifumo i fumatori verranno accolti dall'équipe dei professionisti con cui concorderanno i primi incontri. Se decideranno di affrontare il problema verrà intrapreso il percorso di cambiamento attraverso un approccio motivazionale, e verrà offerta la possibilità di frequentare corsi collettivi per smettere di fumare o percorsi terapeutici individuali.

Le aziende incontrate in collaborazione con l'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di Ferrara sono state: **SITIE** Impianti industriali FE, **Coop Lavoranti in legno** FE, **FOR** Fitting metalmeccanica Poggiorenetico, **LTE** meccanica Ostellato, **Azienda Murri** metalmeccanica Tamara, **VM motori** Cento, **CFG** rettifiche Argenta, **Sintexal** asfalti e bitumi FE.

Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza – Uonpia

L'attività di neuropsichiatria infanzia-adolescenza è finalizzata a prevenire il disagio psichico in età adulta partendo dalle situazioni di stress, disabilità e rischio che emergono nel periodo 0-17 anni. Con le risorse a disposizione si opera all'interno dei requisiti specifici stabiliti dalla DGR 911/2007, osservando gli obiettivi di lungo periodo della programmazione regionale e quelli di breve periodo dettati dal budget aziendale. Visite neuropsichiatriche, colloqui psicologici, trattamenti educativo-riabilitativi fisioterapici, logopedici ed educativi, e consulenze "indirette" al sistema socio-educativo sanitario sono le prestazioni che caratterizzano questo servizio chiave distribuito su più sedi territoriali (l'illustrazione riporta il numero di equivalenti a tempo pieno operanti a fine 2014).

Operatori infanzia-adolescenza np ps ep ft lg trp



Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (x1.000 ab.). Anni 2010/2014 - Età <=17 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo								
Ferrara	90,68	90,04	94,84	94,47	93,78	93,62	96,81	97,13	92,56	93,32
Regione	70,03	69,64	72,15	71,94	77,42	77,42	83,12	83,49	86,48	87,23

Fonte: RER Archivio regionale SINPIAER

La comunicazione interna si realizza in incontri d'équipe multidisciplinare sincronizzate al martedì mattina presso il Centro NPIA Ferrara-Messidoro e i Poli d'erogazione territoriale: CdS Copparo, Codigoro-Comacchio, CdS Portomaggiore, e Cento-Bondeno. Inoltre vi sono incontri periodici di coordinamento gestionale per monitorare l'utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali "a retta" e le problematiche relative alla Qualità e ai percorsi specialistici.

La comunicazione con le famiglie e gli operatori del sistema socio-educativo-sanitario pubblico e privato è caratterizzata dalla stesura di "lettere cliniche" di refertazione elaborate dai dirigenti psicologi e neuropsichiatri che includono la descrizione del lavoro effettuato dal comparto educativo-riabilitativo (educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti e tecnici della riabilitazione psichiatrica).

ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE

	2013	2014	Variazione
Numero utenti trattati	3.782	3.668	-3%
Nuovi pazienti	1.209	1.152	-5%
Nuovi pazienti presi in carico	499	591	18%
Pazienti già in carico	2.316	2.390	3%
Totale pazienti in carico	2.930	2.981	2%

Alle famiglie che chiedono consulenza e trattamenti specifici si offrono colloqui informativi di accesso da parte di un dirigente medico o psicologo liberamente prenotabile presso tutte le sedi CUP di Ferrara e provincia, le farmacie autorizzate, e telefonicamente allo 0532 975 123. Vi sono accessi protetti per le urgenze differibili entro la settimana, attestate dalla richiesta del medico di medicina generale, pediatra o altro specialista. I tempi d'attesa si mantengono

mediamente entro i due mesi, sfiorando in particolari periodi dell'anno a causa dell'andamento stagionale legato all'anno scolastico, o nelle contingenze temporanee di mancanza di personale per ragioni di forza maggiore. I percorsi sono monitorati dal Pool Qualità dell'Unità Operativa a cui partecipano referenti delle varie professionalità e delle équipes territoriali. Si è sperimentato un percorso ambulatoriale specialistico per i disturbi neuro-senso-motori, dello spettro autistico, del deficit attentivo/iperattività (DDAI), dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) per complessive cento ore annue e un numero analogo di pazienti.

Il 50% delle prestazioni totali si riferisce alle seguenti categorie: Discussione caso clinico / Verifica del progetto, Trattamento singolo disturbo neuromotorio, psicomotorio e motorio, Trattamento disturbi del linguaggio, Terapia occupazionale di gruppo, Visita Psicologica, Sostegno al singolo/alla coppia. Nel 2014 le visite mediche risultano il 3% delle prestazioni totali (1467 su 49984).

CONSULENZE OSPEDALIERE E INSERIMENTI RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI

Dal 2013 al 2014 il numero registrato di consulenze NPI formalmente richieste e programmate per pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri di pediatria, chirurgia, terapia intensiva neonatale e Spdc dell'Arcispedale Sant'Anna di Cona è raddoppiato (da 19 a 38). Come nella tabella seguente, che indica i pazienti che pesano sul Centro di Costo Uonpia, questi dati sono in sottostima poiché il sistema informativo non valorizza adeguatamente un'attività che a fatica si ritaglia dall'attività programmata territoriale:

	2013			2014		
	Ricoveri	GG.Degenza	Pazienti Ricoverati	n. ricoveri	GG.Degenza	Pazienti Ricoverati
Ricoveri residenziali						
Minorenni psichiatrici	21	2932	13	17	2103	12
Minorenni handicap	18	3503	16	17	2956	15

Visite e colloqui ai pazienti inseriti nelle strutture socio-educative sono conteggiate nel novero dell'attività "territoriale" pur impegnando anche tutta la giornata per andare, incontrarsi e tornare. È da notare che non vi sono strutture di ricovero per minorenni psichiatrici nell'area provinciale di Ferrara.

INCLUSIONE SCOLASTICA

L'attività a favore dell'inclusione scolastica degli alunni con disabilità è regolata da un Accordo di Programma Provinciale che prevede incontri programmati fra scuola, famiglia e operatori Uonpia a favore di tutti gli alunni disabili inseriti a scuola.

La tabella a lato indica il numero di casi per i quali era in corso un "prodotto" (o percorso) L. 104 a fine 2014. Si osserva che questa importante attività di "sostegno al sostegno" delle disabilità in ambito scolastico include il 39% dell'utenza (1440/3668). Esattamente 1/3 è di genere femminile e 2/3 maschile.

	L. 104	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Tot. L. 104	%
F		6	31	158	107	132	55	489	34,0
M		10	58	347	203	256	77	951	66,0
Tot.		16	89	505	310	388	132	1440	

Non si tratta della totalità della popolazione minorenni con disabilità e/o invalidità della provincia, essendovene anche seguita da professionisti e servizi privati.

Alle Commissioni di invalidità per il riconoscimento dei benefici ex l. 104/92 partecipano gli NPI con sedute dedicate ai minori a frequenza mensile che avvengono in 4 sedi (40 sedute/anno di media complessive).

La collaborazione riguardante i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) è rendicontata a parte, inclusa la Commissione di conformità per le diagnosi rilasciate da professionisti privati.

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Da sei Servizi Sociali che si occupano di minorenni nel 2014 si è passati a cinque, grazie all'unione di quello del Comune di Bondeno al gruppo capitanato dal Comune di Cento. La tabella che segue riporta dati utili alla programmazione con gli Enti Locali, indicando la distribuzione degli utenti Uonpia per comune di residenza e fascia d'età:

Residenza x Età	0-2	3-5	6-10	11-13	14	15	16	17	14-17	18+	Tot.	
Ferrara	83	162	375	235	49	65	70	70	254	41	1404	
Copparo	11	25	58	33	9	11	7	3	30	4	191	
Berra	3	9	15	11	5	2	4	1	12	5	67	
Tresigallo	4	12	16	10	4	5	1	3	13		68	
Ro	0	6	10	4		4	3	2	9	1	39	
Formignana	1	3	6	5	3		4	2	9	1	34	
Jolanda di Savoia	1	3	9	3	3	2		1	6	2	30	
Masi Torello	1	3	4	5	1	1	1		3	1	20	
Voghiera	0	6	13	3	5	3	1	2	11	1	45	
Distretto Centro Nord	104	229	506	309	79	93	91	84	347	56	1898	45,1%
Cento	23	76	157	64	14	15	12	15	56	9	441	
Bondeno	6	23	40	17	6	6	3	3	18	1	123	
Poggio Renatico	4	21	32	18	5	8	8	3	24	1	124	
Sant'Agostino	4	13	34	4	3	1	4	3	11	5	82	
Vigarano Mainarda	4	14	22	9	3	6	6	1	16		81	
Mirabello	0	6	16	7	2	3	3		8		45	
Distretto Ovest	41	153	301	119	33	39	36	25	133	16	896	21,3%

Residenza x Et�	0-2	3-5	6-10	11-13	14	15	16	17	14-17	18+	Tot.	
Argenta	11	29	97	54	19	16	18	14	67	10	335	
Comacchio	19	44	99	42	12	9	17	11	49	4	306	
Portomaggiore	7	15	52	31	5	8	12	10	35	10	185	
Codigoro	6	18	35	26	6	10	5	3	24	4	137	
Fiscaglia	10	11	33	17	5	5	11	4	25	5	126	
Ostellato	3	13	25	12	4	3	4	10	21	3	98	
Mesola	4	8	24	7	3	2	6	1	12	3	70	
Lagosanto	4	10	19	3	2	1	4	1	8	4	56	
Goro	0	4	14	9	1		2		3	1	34	
Distretto Sud Est	64	152	398	201	57	54	79	54	244	44	1347	32,0%
EXTRA-FE	5	13	19	8	2	7	6	4	19	3	67	1,6%
Totale	214	547	1224	637	171	193	212	167	743	119	4208	

L'attivit  integrata di Uonpia con i Servizi Sociali   informata da un Protocollo Unificato delle Attivit  Psicossociali (Puaps) di cui si   definita la necessit  di una revisione a fine 2014.

Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse

Il Centro di Alta Specializzazione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e valutazioni cognitive complesse   attivo dal settembre 2013, quale Servizio specializzato del Programma di Psicologia Clinica e di Comunit  dell'Azienda USL di Ferrara - Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) a seguito delle deliberazioni N  173 e 174 dell'Agosto 2013.

La cornice istituzionale nazionale   la Legge 170/10, che assicura, tra le altre cose, la diagnosi erogata dal Servizio Sanitario Pubblico. In ambito Regionale, dal 2010 esiste un programma specifico e dedicato (PRO-DSA, DGR 108/2010).

Il Centro DSA si occupa di Psicologia Cognitiva e, in particolare, della valutazione, certificazione e approfondimento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento che possono avere bambini, adolescenti e giovani adulti;   un punto centralizzato di riferimento disponibile per tutti i cittadini della provincia di Ferrara.

Il Centro   in rete con gli altri Servizi deputati alla prevenzione e all'individuazione precoce delle difficolt  di sviluppo; lavora in stretta collaborazione con altre strutture sanitarie specialistiche, per sostenere le situazioni complesse e articolate, nelle quali sia necessario l'intervento di altri professionisti, e dare, cos , la possibilit  agli utenti di accedere con semplicit  alle strutture sanitarie pi  idonee. Note sono state condivise e ufficializzate col Dipartimento Cure Primarie ed in particolare   stato costruito e ufficializzato un percorso di interfaccia con l'Uonpia, storicamente referente per la problematica e deputata per l'approfondimento di comorbidit .

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

I "Disturbi Specifici dell'Apprendimento" (DSA) sono le difficolt  che pu  presentare il bambino nell'apprendere i normali strumenti scolastici di base, come la lettura, la scrittura e il calcolo, secondo le consuete modalit  seguite dalla scuola: difficolt  che si evidenziano con l'ingresso alla scuola primaria.

I DSA, che frequentemente si manifestano in maniera eterogenea, sono a volte associati ad altre problematiche di tipo comportamentale e/o psicopatologico.

Riferimenti tecnici sono individuabili nel PARC (2011) e nella Consensus Conference (Istituto Superiore di Sanit , 2011). Dall'entrata in vigore della Legge Specifica (170/10) la problematica ha assunto contorni pi  definiti ed   apparentemente in aumento; il valore medio di prevalenza rilevata da recenti studi (Barbiero et al., 2012)   in Italia tra il 3.1% e il 3.2%; in Emilia Romagna, riferito alla popolazione 7/17 anni   pari al 2.34%.

L'organizzazione e la struttura

La sede è in Via Gandini,26 a Ferrara con un orario ordinario di apertura dal Lunedì al Venerdì, mattino e pomeriggio.

Nel Centro attualmente operano 1 psicologo a tempo pieno, responsabile del Centro, 1 logopedista a tempo pieno. Non sono ancora attivate le ore previste di Educatore Professionale.

Sono stati individuati alcuni indicatori di qualità per monitorare la tempestività di accesso per tutte le richieste di Prima Valutazione; l'informazione efficace a Scuole, PLS e MMG, inoltre sono state redatte alcune procedure per governare l'accesso al servizio, la Valutazione e Diagnosi e la Compilazione e Conservazione del fascicolo Sanitario.

Il Centro è sede di frequenza volontaria e di tirocini formativi per studenti, laureati e specializzandi delle Università e Scuole di Specializzazione convenzionate (nel 2014 sono stati coinvolti 4 tirocinanti/volontari).

Viene garantito l'aggiornamento costante dei professionisti interni (nel 2014 partecipazione a formazione specifica nell'ambito della programmazione Regionale progetto PRO-DSA e partecipazione a convegno nazionale AIRIPA con presentazione di comunicazione scientifica).

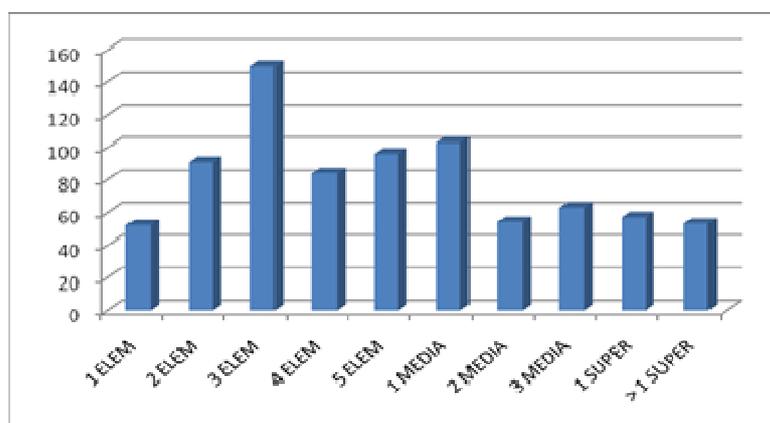
Nella programmazione del Centro vi è la possibilità di organizzare incontri di formazione e aggiornamento per insegnanti, operatori e genitori (nel 2014 sono stati coinvolti 2 gruppi di genitori di bambini di classe seconda; diversi gruppi di insegnanti hanno avuto modo di discutere di situazioni critiche).

Volumi di attività

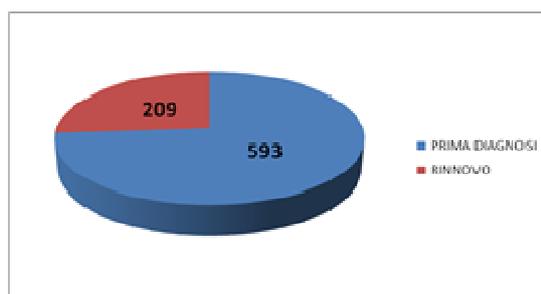
Nel corso del 2014 i bambini che hanno completato il percorso diagnostico sono stati 802. La tempestività di accesso per le richieste di nuove valutazioni ha una mediana pari a 66 giorni.

La modalità di accesso avviene per il 79,83% mediante invio autonomo (Famiglia, Scuola, PLS/MMG), indicatore di un'informazione efficace.

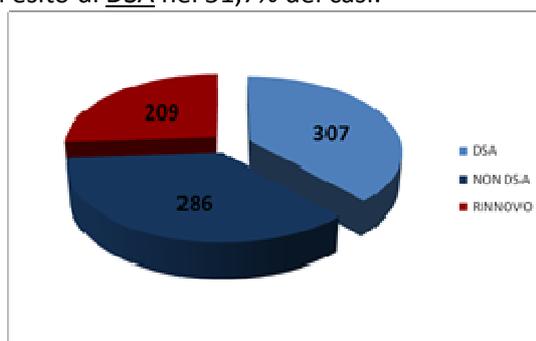
La distribuzione degli accessi, divisa per classi scolastiche, è rappresentata nel grafico seguente:



Per quanto riguarda la tipologia di accesso, nella maggior parte dei casi si è trattato di prima valutazione. La restante parte si riferisce a RINNOVI della valutazione e della documentazione per studenti già in possesso di una diagnosi di DSA, come previsto dalla normativa al passaggio di Ordine di Scuola:



La prima valutazione ha dato un esito di DSA nel 51,7% dei casi:

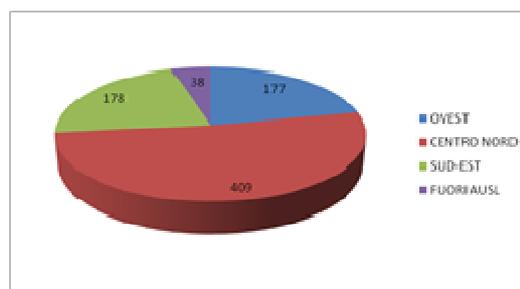


In totale dunque, gli utenti con diagnosi di DSA sono stati 516 (209 rinnovi + 307 nuove diagnosi), cioè il 64,3% del totale.

All'interno dei non DSA il 30,4% (n=87) è costituito da Diagnosi di Attesa (F81.9), cioè bambini giunti a consultazione prima di aver terminato la classe seconda primaria e quindi non diagnosticabili come DSA secondo i Protocolli clinici vigenti.

I rimanenti comprendono bambini/ragazzi con comorbilità prevalente, altre diagnosi e difficoltà aspecifiche.

Distribuzione territoriale:



Sostanzialmente tale distribuzione appare coerente con la distribuzione territoriale AUSL della popolazione. La centralizzazione dell'attività non sembra aver penalizzato l'accesso dai territori periferici.

Il numero di utenti fuori AUSL indica anche un'attrattiva del Centro in quanto struttura specialistica dedicata. Accanto all'aspetto diagnostico è attivo un progetto di Riabilitazione a distanza, attraverso l'utilizzo della rete, che ha coinvolto una decina di bambini di seconda/terza primaria e le loro famiglie, aprendo ad una sperimentazione da approfondire nei suoi vari aspetti.

Le relazioni e le interfacce

Oltre alle relazioni funzionali all'espletamento delle attività cliniche appartenenti all'Azienda USL e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nell'anno 2014 sono stati attivati rapporti con:

- l'istituzione Scuola, in particolare con il CTS (Centro Tecnologie di Supporto) per la condivisione delle Tecnologie e Software presenti nelle scuole a supporto dei DSA e per l'organizzazione coordinata provinciale delle iniziative di "individuazione precoce" delle difficoltà di apprendimento;
- la Regione Emilia Romagna nel progetto finalizzato PRO-DSA, nel gruppo Tecnico e nel gruppo paritetico Sanità – Scuola per l'elaborazione delle iniziative di "individuazione precoce".
- l'Università di Ferrara: per docenza e attivazione di tirocini presso il Corso di Laurea in Logopedia; l'Ufficio Studenti e Disabilità per gli interventi a favore degli studenti conosciuti con diagnosi di DSA; l'Associazione S.O.S. *Dislessia* di Ferrara (nell'anno 2014 è stato condiviso un accordo sulle priorità degli accessi al Centro).

Criticità

- Mancanza di un data base efficace (il programma Excel, attualmente utilizzato, risulta poco efficace per la gestione dell'attività e l'elaborazione dei dati).
- Necessità di implementare le ore di Educatore professionale previste.

Programma Salute Mentale nella Casa Circondariale di Ferrara

Nel corso del 2013 e del 2014 la Casa Circondariale di Ferrara ha avuto la Direzione a scavalco con l'Istituto Penitenziario di Ravenna, pertanto tutte le attività di programmazione hanno subito importanti rallentamenti dovuti alla difficoltà a incontrarsi e quindi a concludere accordi sui processi organizzativi.

Dall'evento sismico del maggio 2012, inoltre, i locali a uso collettivo sono stati dichiarati inagibili e consegnati, con possibilità di utilizzo, lo scorso settembre 2014.

Sono comunque stati definiti:

- la bozza del piano locale di prevenzione "Unità locale per la prevenzione suicidaria";
- la bozza del documento d'Istituto;
- applicazione delle disposizioni DAP "Umanizzazione della pena" con ampliamento degli orari di apertura delle celle e predisposizione per la sorveglianza dinamica;
- la rimodulazione della tipologia di detenuti (trasferimento dei "sex offenders" ad altri istituti e assegnazione di detenuti con problematiche internistiche importanti e/o psichiatriche dell'area dei disturbi di personalità con comportamento auto-etero aggressivi).

Da settembre 2014 la nomina del nuovo Direttore ha accelerato i processi di collaborazione, si sono tenuti diversi incontri per l'aggiornamento del Programma Aziendale per la Salute negli Istituti Penitenziari" in particolare si è concordato e già messo in atto la rivalutazione dei percorsi sanitari in integrazione con la sicurezza per i pazienti con problematiche psichiatriche (gestione condivisa emergenze comportamentali) e il completamento del piano locale di prevenzione "Unità locale per la prevenzione suicidaria".

Dati di attività anno 2014 (da SISP)

presenti al 01/01/14	presenti al 31/12/14
402	296

Nell'anno 2014 sono entrate 715 persone di cui 281 dalla libertà, 392 da altro carcere, 31 dai domiciliari.

SALUTE MENTALE IN CARCERE

Nel corso del 2014 si è completata la formalizzazione della micro équipe "Salute Mentale" in carcere, afferente in parte al Dipartimento Cure Primarie (DCP) e in parte al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI SM DP).

L'équipe è composta da:

- 1 medico psichiatra a tempo parziale "Modulo Organizzativo Salute Mentale in Carcere e Superamento Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (DAI SM DP);
- 1 medico della medicina dei servizi a 91 ore mensili per le dipendenze patologiche (storicamente presente prima del DPCM/2008) svolge anche un turno di guardia mensile (DCP);
- 1 psicologa a 15 ore/ sett. per Nuovi Giunti, pz con dipendenze (DCP);
- 1 psicologa a 9 ore/ sett. per pz con dipendenze, Nuovi Giunti, colloqui di valutazione (DAI SM DP);
- 1 psicologa a 5 ore/ sett. per Nuovi Giunti, colloqui di valutazione, colloqui di sostegno (DCP);
- 1 coordinatore area comparto (DCP);
- 1 assistente sociale a 9 ore/ sett. per integrazione socio-sanitaria (DAI SM DP);
- 1 educatore professionale a 10 ore/ sett per integrazione Area Trattamentale (DAI SM DP);
- 1 promotore di salute per co-conduzione gruppi psicoeducativi (DCP);
- 1 promotore di salute per integrazione Area Trattamentale (DCP);
- 1 Referente Assistenza Carceraria per gli aspetti organizzativi di interfaccia aziendali e con l'IP (DCP) (DAI SM DP);

1 Referente Clinico per gli aspetti clinici (DCP).

La micro équipe ha calendarizzato un incontro mensile di programmazione/verifica delle attività, discussione dei casi clinici.

Ha predisposto le bozze di Istruzione Operativa (da inserire nel nuovo protocollo):

I.O. Gestione rapporto equipe psichiatria adulti e dipendenze patologiche per la popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. Gestione eventi urgenti per psichiatria adulti e dipendenze patologiche per la popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. "Servizio Nuovi Giunti" Valutazione psicologica e psichiatrica dei detenuti presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. Corretto utilizzo del dosatore semiautomatico per distribuzione metadone

Nel corso del 2014 il medico psichiatra e il medico delle dipendenze hanno effettuato interventi individuali di formazione tra pari affiancando il medico di sezione.

Nel 1° trimestre 2015 si completerà la stesura del Programma Psicologia Clinica in carcere Area abuso/dipendenze patologiche.

Dai dati estrapolati dal Sistema Informativo Sanità Penitenziaria nel 2014 su un totale di 202 pazienti dichiarati tossicodipendenti all'ingresso in carcere, 144 sono stati visti dal medico SerT con 218 visite.

Dai dati elaborati dal Sistema informativo delle dipendenze patologiche son state 71 le persone complessivamente in carico, di cui 36 nuove accoglienze. Sono state effettuate 15 somministrazioni test di assessment, 13 restituzioni e 12 relazioni. I trattamenti individuali sono risultati 76 e i colloqui psicologici 175. Il medico SerT ha effettuato 60 nuove accoglienze e 649 visite. Nel corso del 2014 sono stati scarcerati 57 pazienti con diagnosi di tossicodipendenza.

Gli incontri con l'équipe Area Trattamentale per valutazione progetti condivisi sono stati 10 con circa 100 casi discussi.

Psichiatria: nel 2014 sono state effettuate 549 visite con la presa in carico dei casi complessi, pazienti con doppia diagnosi, con aspetti comportamentali molto disturbanti, agiti auto/etero-aggressivi.

Psicologia Clinica: si è iniziato a registrare i colloqui psicologici (44), il modello organizzativo e di raccolta dati è da completare nel 2015.

ATTIVITA' REGIONALI

Lo staff sanitario ha preso parte alle attività di progettazione, programmazione, formazione, aggiornamento che l'Assessorato della Regione Emilia-Romagna ha proposto:

- Incontro mensile dei Responsabili di Programma
- Incontro periodico Salute Mentale in Carcere
- Incontro periodico SerT in Carcere
- Incontro periodico PRISK
- Eventi Formativi: SISP, Medicina Legale, ICD10, Rischio Suicidario
- Incontri periodici RER/DAP

Assistenza integrativa e protesica

Recepimento DGR "Linee di indirizzo sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica".

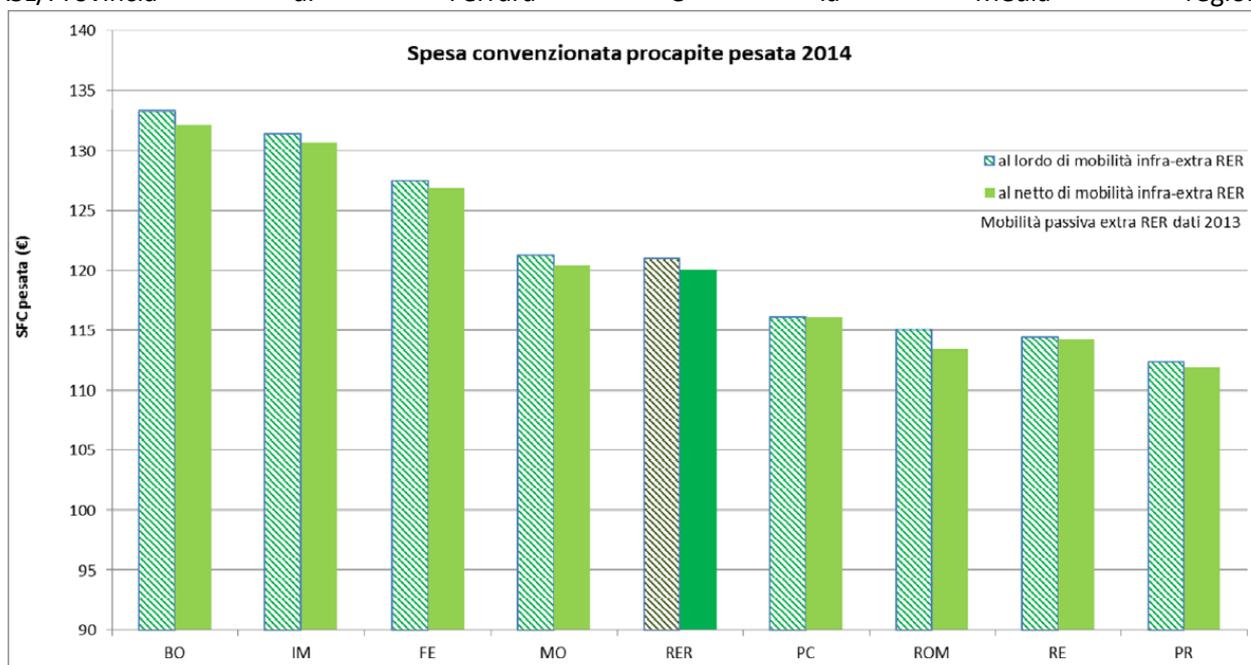
Le azioni messe in atto possono essere così sintetizzate: riunioni, audit finalizzati al mantenimento monitoraggio degli ausili maggiormente prescritti con richiamo se necessario e audit sull'appropriatezza con lo specialista. Azioni principalmente finalizzate all'omogeneizzazione di modalità sia prescrittive 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 2014 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 (- 2,4%), inferiore al calo della RER (- 3,09%), ed un decremento della spesa territoriale (- 0,7%), inferiore al calo riscontrato a livello regionale (-1,6%) ed inferiore anche alla Previsione di Bilancio 2014 in cui era stato indicato un calo del -3,58%. Infatti fino al terzo trimestre il calo previsto sembrava confermato, ma dall'ultimo trimestre un inaspettato incremento di prescrizione ha fortemente ridotto lo scarto Vs l'anno precedente.

In tal modo, pur rispettando la previsione fatta dalla RER rispettivamente del -1,9% sulla Convenzionata e -- 0,7% sulla territoriale, si è allargato sempre più il divario a livello di Spesa Netta procapite tra la ASL/Provincia di Ferrara e la Media regionale.



GRAF.1

Ancora più critica è risultata la situazione a livello della Spesa Ospedaliera dove si è registrato un aumento dei consumi rispetto al 2013 pari al +11,8%, contro un obiettivo del +3,8%. La Regione supera di poco l'obiettivo raggiungendo un + 5,9% contro un +4,4% previsto. L'incremento per la provincia di Ferrara è stato determinato principalmente da un aumentato numero di pazienti affetti da malattie rare, nonché dall'incrementato utilizzo di farmaci oncologici per uso orale.

Infatti, la variazione di spesa al netto dei costi delle malattie rare risulta per AUSL inferiore alla media RER. Pertanto l'obiettivo assegnato da RER nel 2014 può considerarsi raggiunto.

Aziende Sanitarie	Ospedaliera ossigeno escluso	var % 14/13	Spesa per farmaci malattie Rare	var % 14/13	Ospedaliera escluse malattie rare	var % 14/13
109 Ferrara	11.250.470	15,25%	2.769.580	145,19%	8.480.890	-1,76%
Emilia-Romagna	464.015.801	7%	26.004.724	21%	438.011.077	6%

Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale. Anno 2014

Area di erogazione	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2014 (euro)	Residenti al 1/1/2014		Spesa pesata procapite
		Popolazione effettiva	Popolazione pesata	
Area Ferrara	72.030.343	355.334	391.859	183,82
Totale Regione	775.331.614	4.452.782	4.452.782	174,12

Nel 2014 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, attribuiti sull'intera prescrizione farmaceutica territoriale.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

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

La promozione dei medicinali equivalenti e dell'appropriatezza prescrittiva è infatti sempre stato un obiettivo perseguito dal Dipartimento, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale. Particolare rilevanza è stata data alla promozione della prescrizione di **farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e generici)** in quanto l'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

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

Pertanto anche nel 2014 sono stati attribuiti sia ai medici ospedalieri che ai MMG, obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di incremento di utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (Ace inibitori-sartani, e farmaci per l'ipertensione complessivamente, statine, antidepressivi SSRI, inibitori di pompa protonica). Tali obiettivi sono stati monitorati con cadenza bimestrale per i MMG e trimestrale per i dipartimenti ospedalieri di entrambe le aziende sanitarie.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2014 nella provincia di Ferrara di buone performance in termini di appropriatezza prescrittiva per gli obiettivi relativi all'incremento della percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e degli obiettivi relativi ai farmaci cardiovascolari, che, se anche non hanno determinato il raggiungimento dell'obiettivo specifico, se non per i sartani a brevetto scaduto, hanno comunque migliorato l'appropriatezza prescrittiva con performance tra le più elevate in Regione.

Relativamente invece ai farmaci antiulcera INIBITORI POMPA PROTONICA, per i quali la Regione aveva posto come obiettivo, anche il 2014 il contenimento del consumo a livello territoriale (Convenzionata ed Erogazione Diretta), si è invece registrato un cambio di tendenza molto critico, rispetto agli anni scorsi, con un incremento di consumo del +10% , rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, e della relativa spesa. A livello regionale la prescrizione è incrementata invece del solo 1,53%. Tale variazione, relativamente alla sola prescrizione convenzionata, ha determinato un incremento di circa 500.000€.

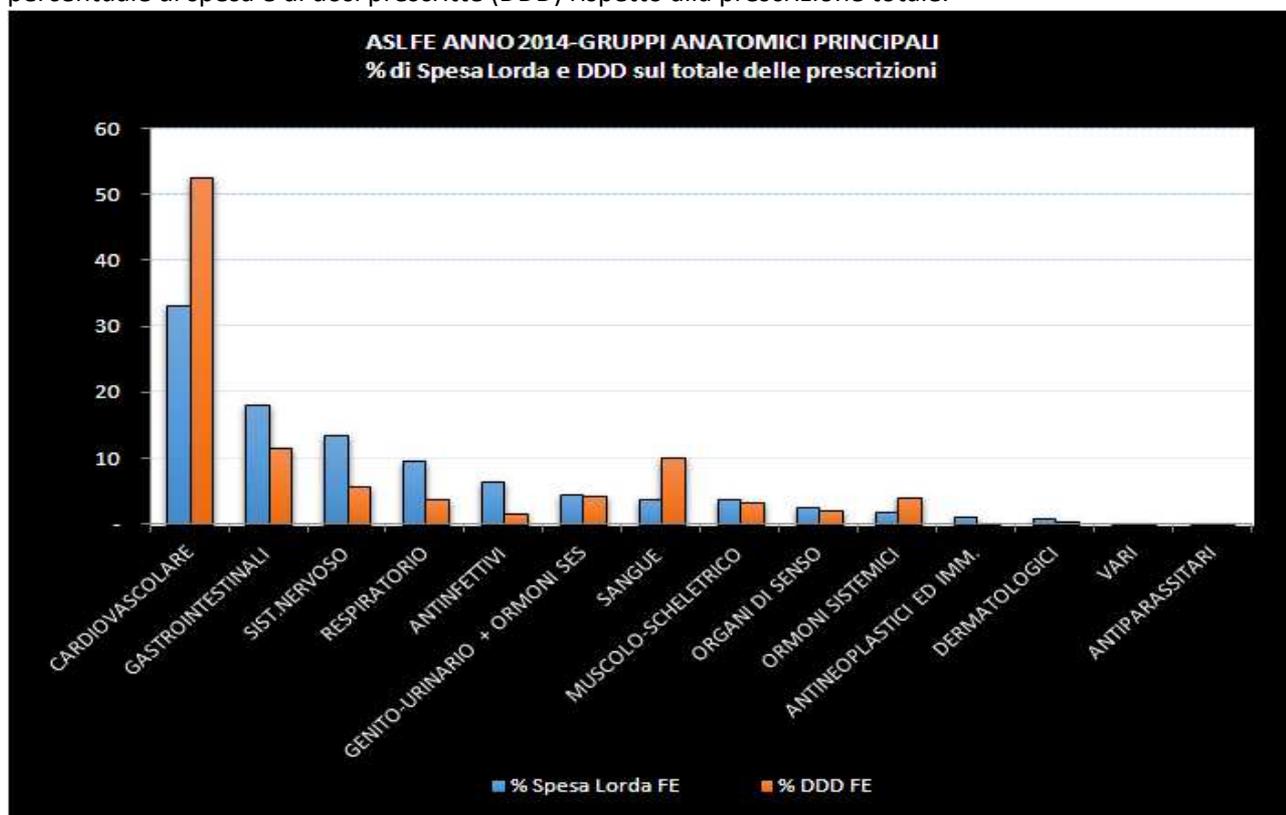
Aziende	Anno 2013: DDD 1000ab/die	Obiettivo 2014: DDD 1000ab/die	Anno 2014: DDD 1000 ab/die	Confronto vs 2013 (var %)	Confronto vs obtv 2014 (var%)
area Ferrara	59,57	56,31	65,61	10,15%	16,52%
Emilia-Romagna	65,93	61,06	66,94	1,53%	9,62%

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.

Analisi prescrizione Farmaceutica Convenzionata provinciale

Relativamente alla Provincia di Ferrara vengono rappresentati nel GRAF.2 i gruppi Anatomici principali per percentuale di spesa e di dosi prescritte (DDD) rispetto alla prescrizione totale.



GRAF.2

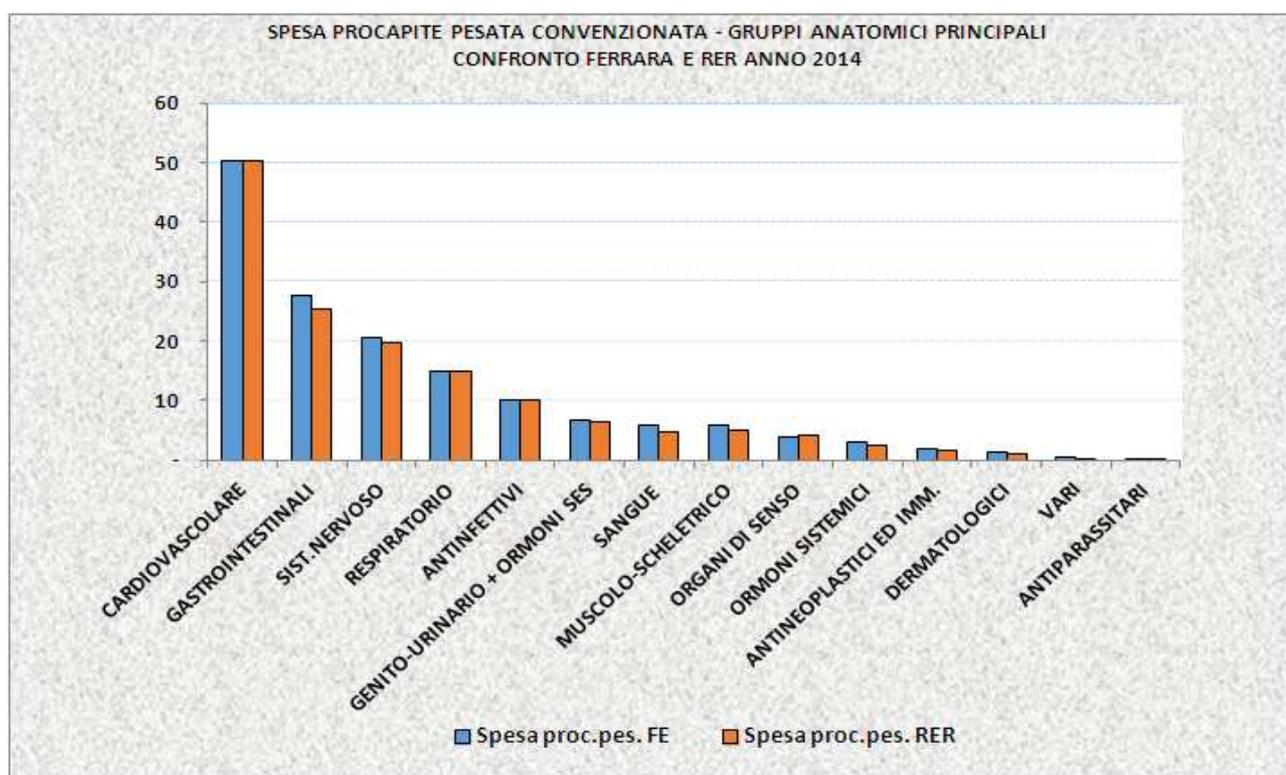
I farmaci cardiovascolari coprono il 53% in termini di prescrizione (DDD), mentre la spesa si ferma al 33%, in tale gruppo infatti è cospicuo ed in continuo incremento il numero di molecole a brevetto scaduto, con un

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 di circa il 10% del totale, la più alta, dopo i cardiovascolari ed i farmaci gastrointestinali. Tale elevata percentuale è determinata dalla prescrizione di acido acetilsalicilico (scaduto di brevetto a settembre 2013), utilizzato come antiaggregante piastrinico, di norma in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 80% delle DDD prescritte dell’intera classe.

Confrontando la spesa pro-capite pesata provinciale per gruppi Anatomici principali, rispetto alla media Regionale (GRAF.3) si può notare che Ferrara presenta per quasi tutti i gruppi terapeutici una maggiore spesa procapite pesata Vs la media RER, fanno eccezione i cardiovascolari, respiratori, antinfettivi, organi di senso ed antiparassitari, anche se per tutti lo scostamento è inferiore allo 0,5%.

Il maggiore scostamento di spesa si registra nei farmaci gastrointestinali, visto l’incremento di consumo del 10% degli inibitori di pompa protonica, ma anche sotto- gruppi come le Vitamine incrementano del 25%, portando Ferrara ad una spesa che supera del 80% la media Regionale, determinata in particolare dalla Vit.D. Anche i farmaci antinfettivi intestinali hanno una spesa del 45% superiore Vs la media regionale.

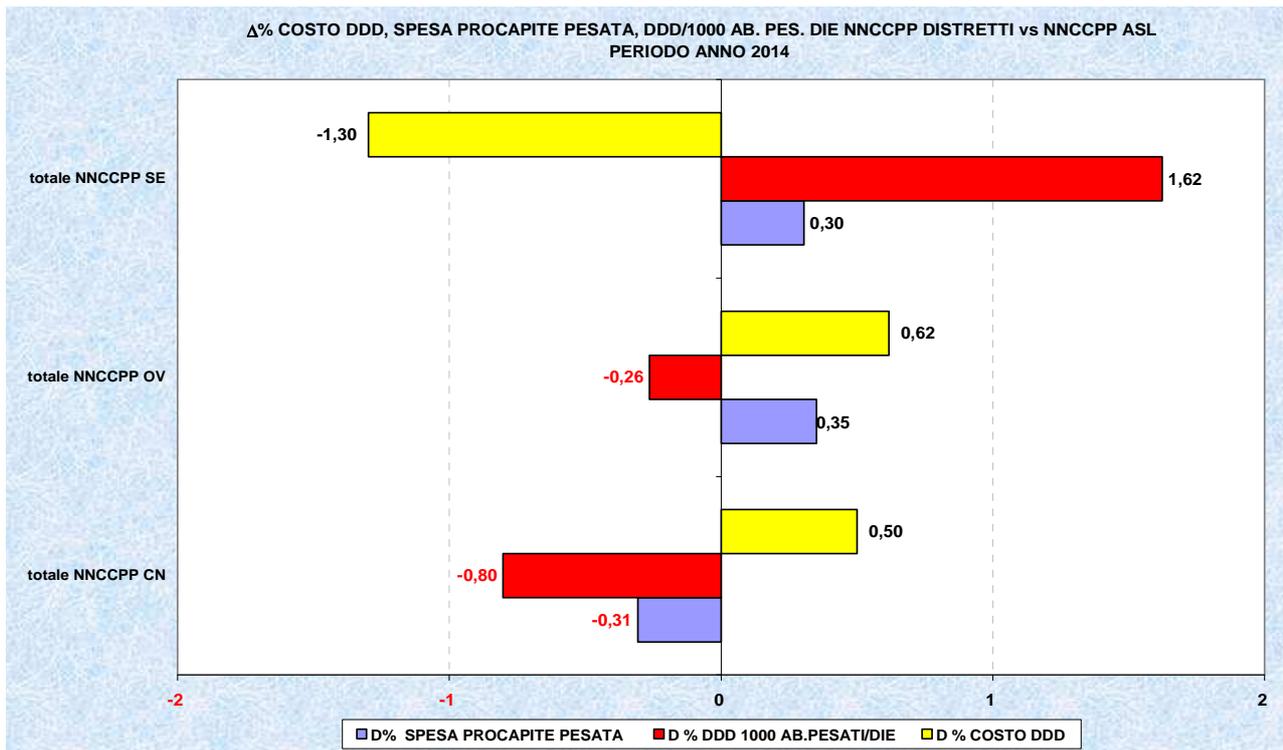


GRAF.3

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell’ ambito del Distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai MMG, raggruppati nei nuclei delle cure primarie (NCP), che da soli assorbono il 94% dell’intera prescrizione farmaceutica convenzionata provinciale.

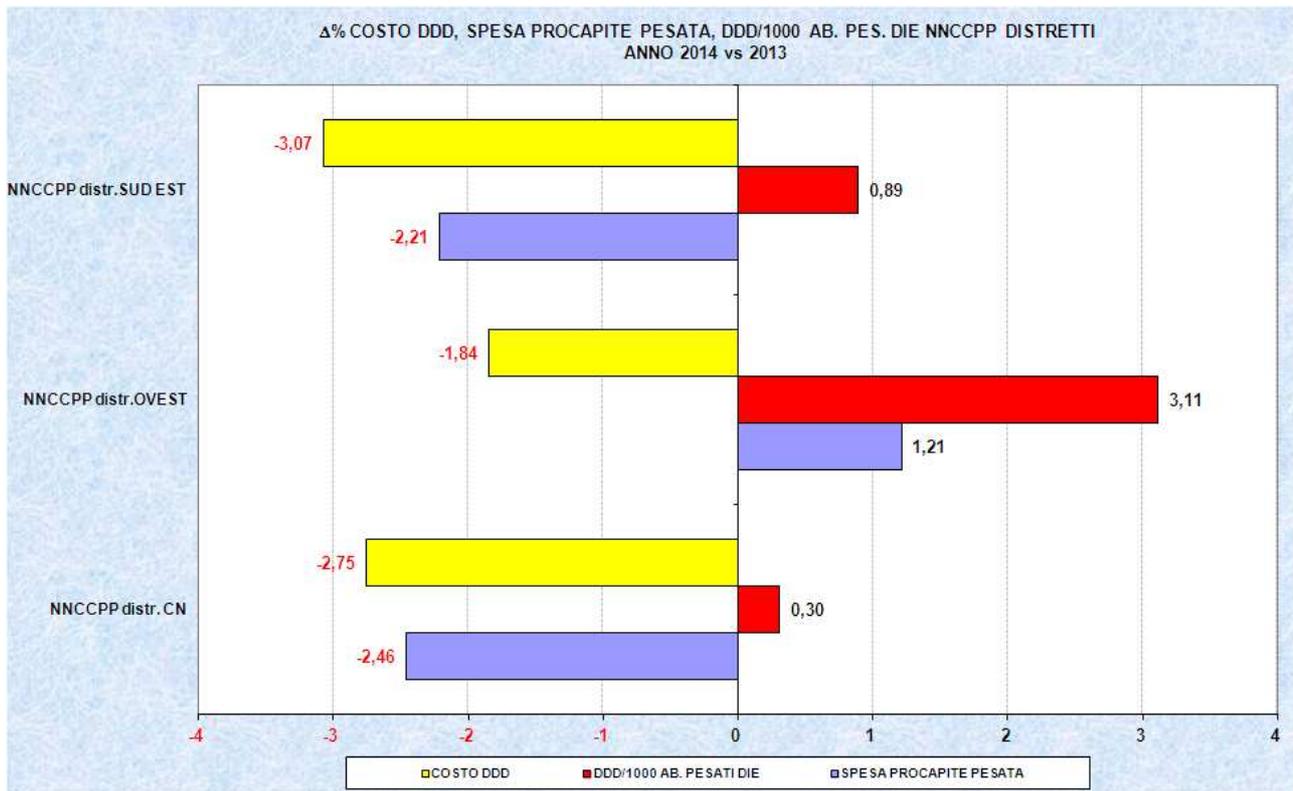
Si riporta di seguito il comportamento prescrittivo dei Nuclei delle cure primarie dei tre Distretti Provinciali, rappresentati come valore di scostamento rispetto alla media aziendale dei tre indicatori principali: spesa procapite pesata, DDD/1.000 ab. Pesati die e costo DDD.



GRAF.4

Complessivamente si nota un andamento prescrittivo con limitate differenze, di norma non superiori a un punto e mezzo percentuale. I Nuclei del Distretto CN, nel loro insieme, presentano una spesa procapite pesata inferiore alla media Aziendale, dovuta ad una minore prescrizione, mentre i Nuclei del Distretto Ovest, a differenza di quanto è costantemente avvenuto negli anni passati, in cui sono sempre stati caratterizzati dalla minor spesa procapite pesata, ora passano al primo posto, pur a fronte di una minore prescrizione, visto il più elevato utilizzo di molecole ad alto costo DDD.

Rispetto all'anno precedente osserviamo infatti che l'insieme dei Nuclei del distretto Centro Nord presenta Vs l'anno precedente il maggiore calo di spesa procapite pesata, seguito dal Distretto Sud Est, mentre il Distretto Ovest incrementa andandosi appunto a portare al primo posto in termini di spesa procapite pesata. Si ipotizza che tale incremento sia legato anche all'evento sismico 2012, che ha sensibilmente influenzato i ticket sulla farmaceutica su questo Distretto da metà 2012 in poi.

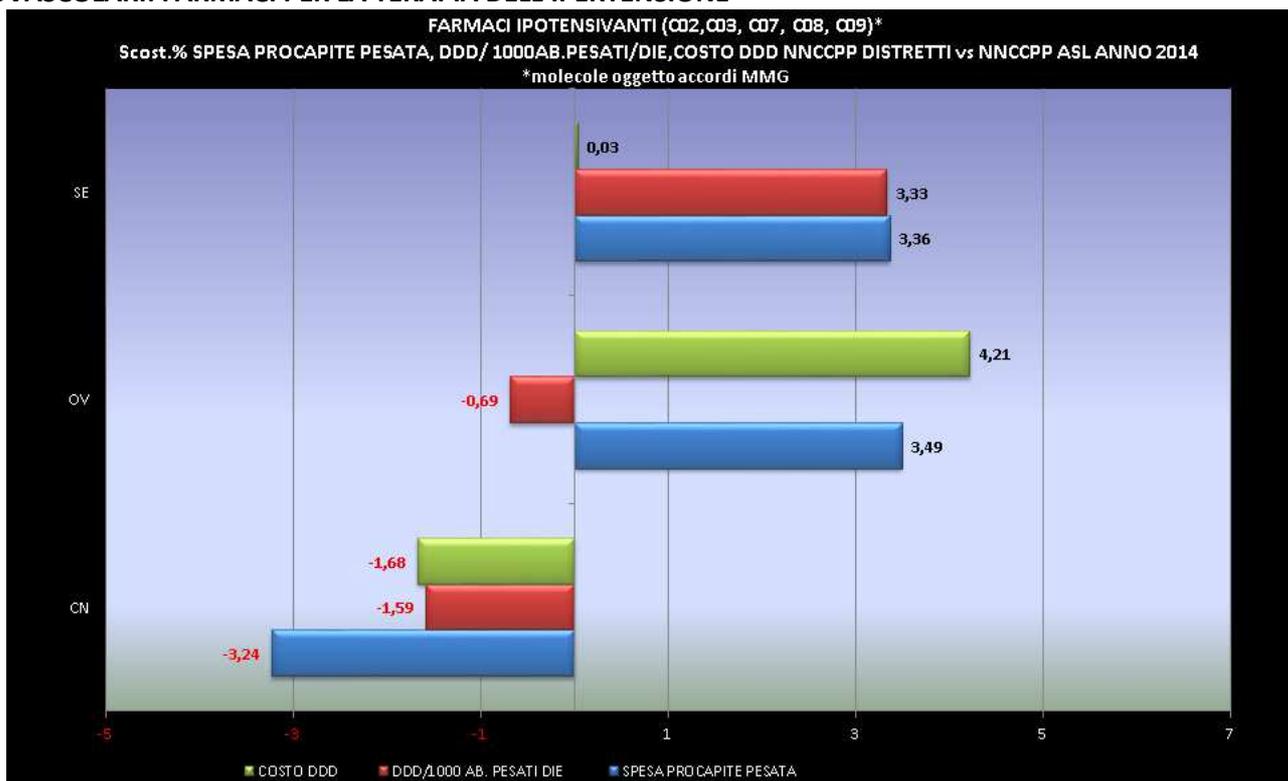


GRAF.5

Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

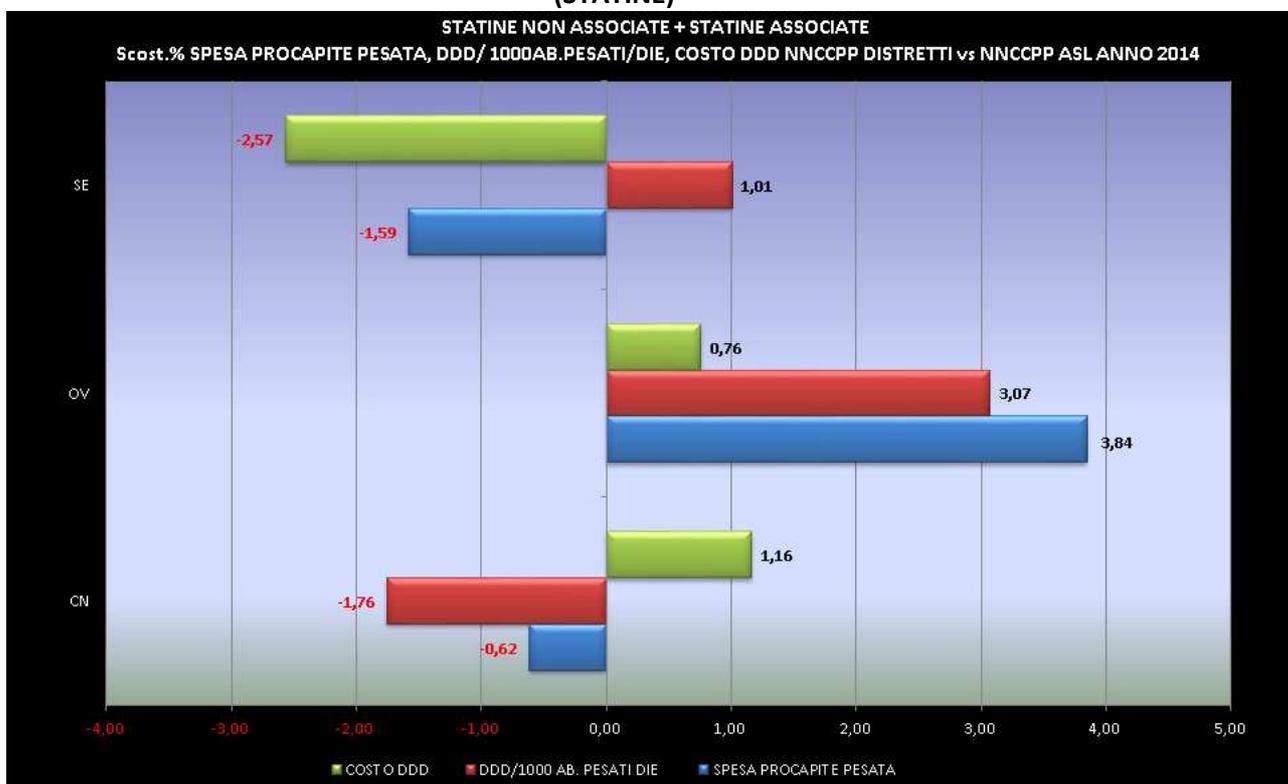
Molto evidenti tra Distretti sono invece le variazioni prescrittive per singoli gruppi terapeutici, rispetto alla media aziendale. Si riportano di seguito per alcuni gruppi terapeutici a maggiore significatività di prescrizione.

CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



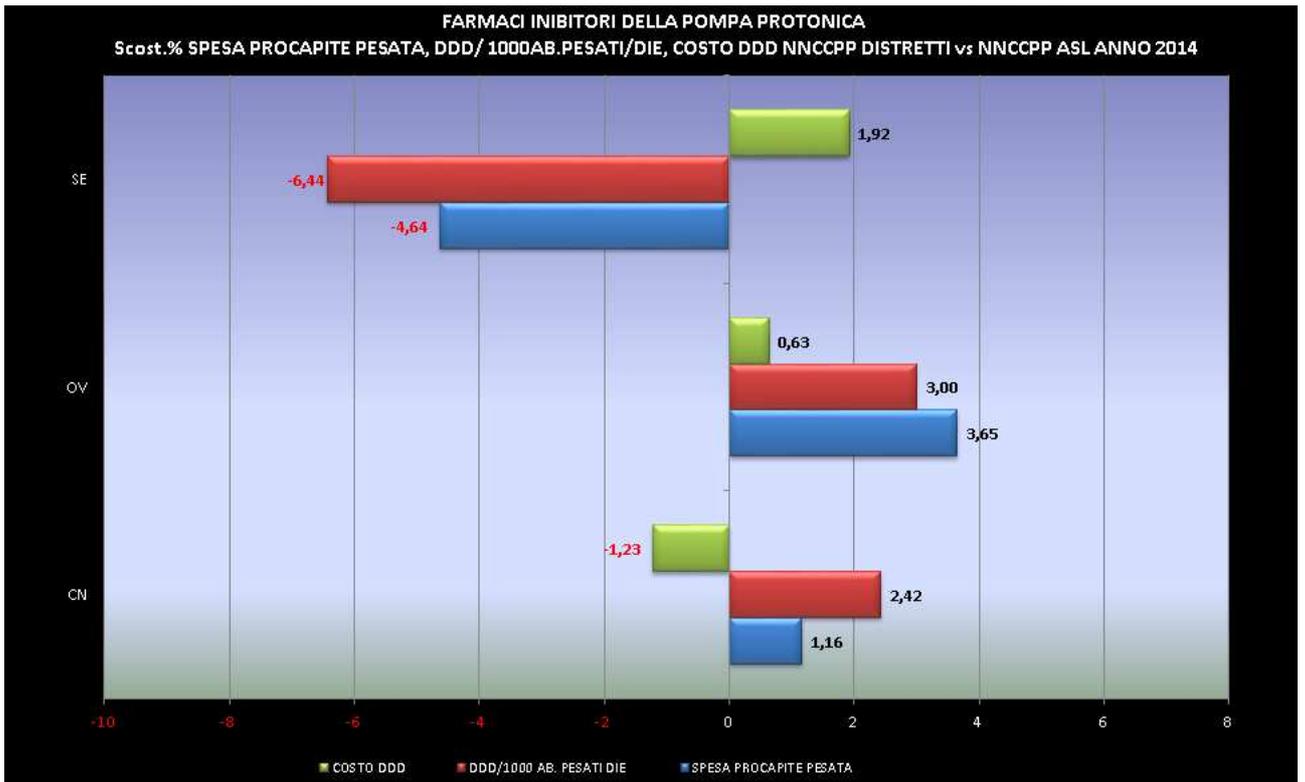
GRAF.6

CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI (STATINE)



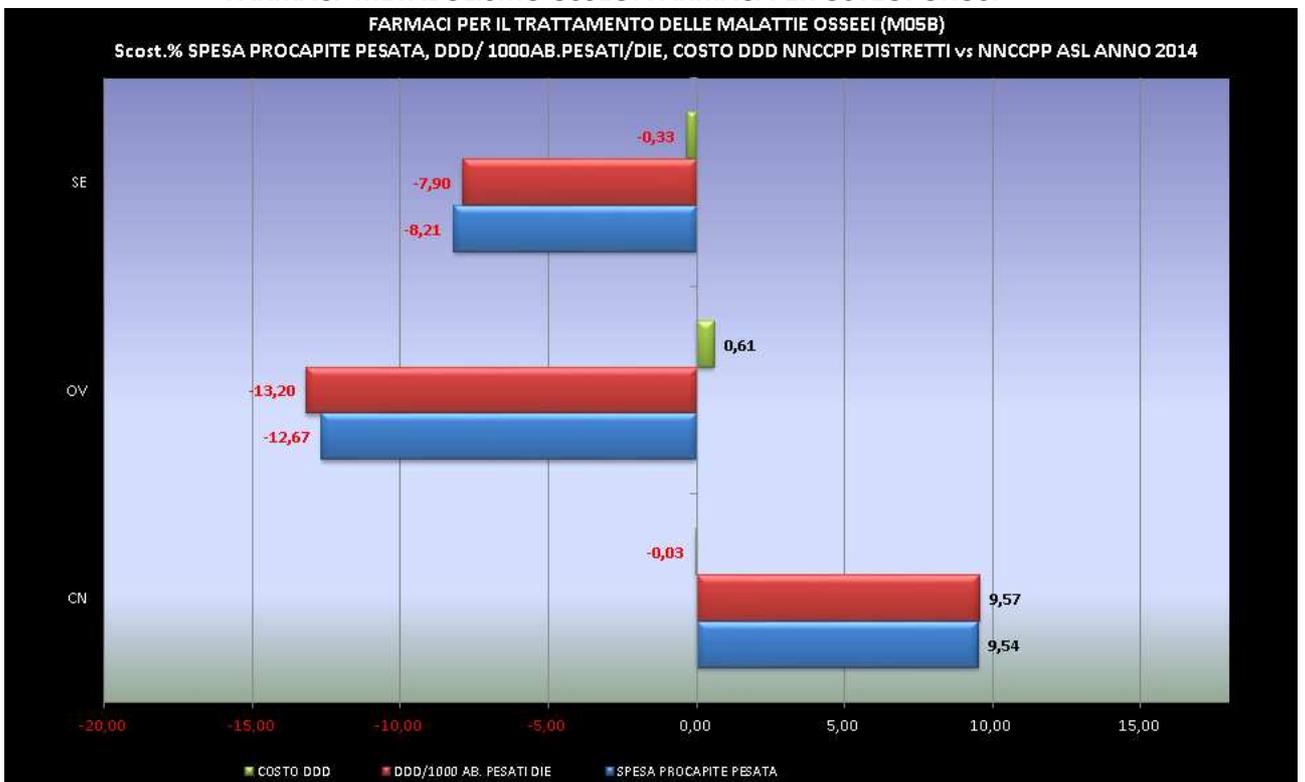
GRAF.7

GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



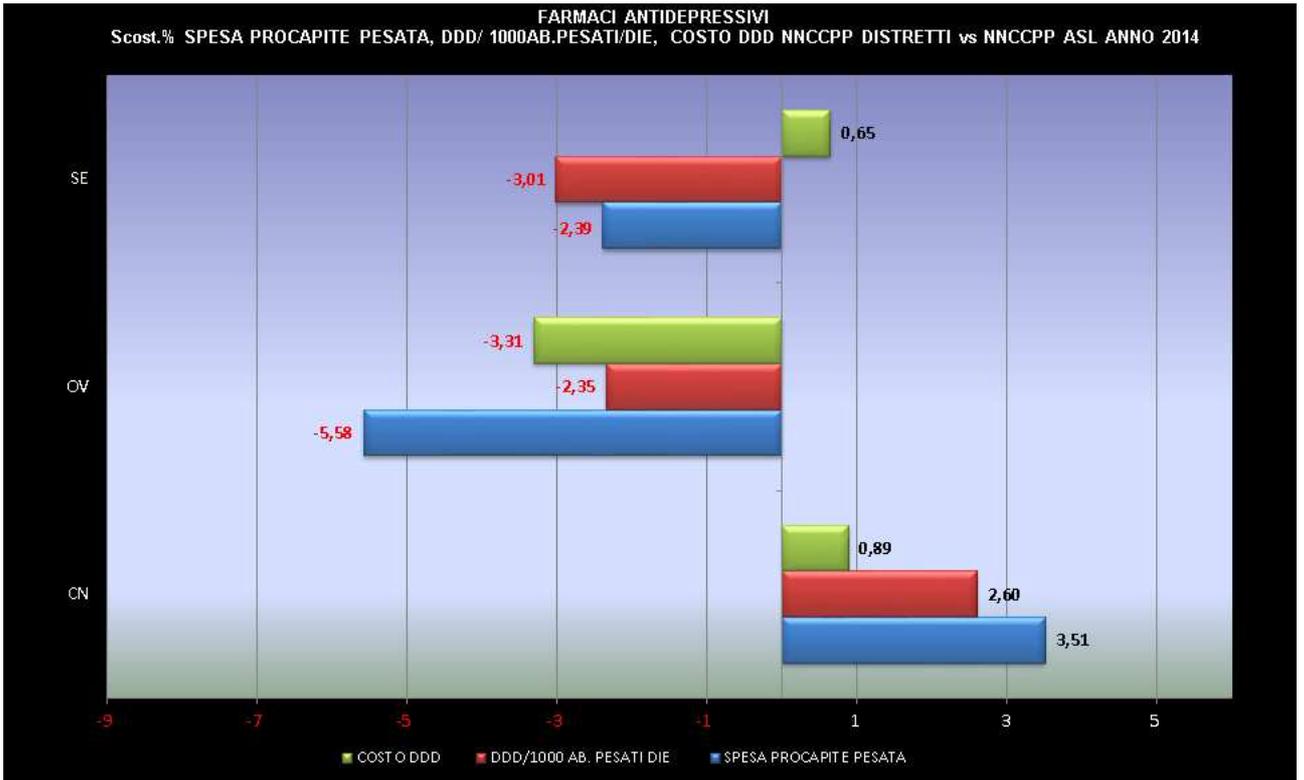
GRAF.8

FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



GRAF.9

NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI



GRAF.10

VITAMINE



GRAF.11

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 2014 suddivise per comune di residenza del cittadino e per struttura erogatrice della prestazione.

Il consumo

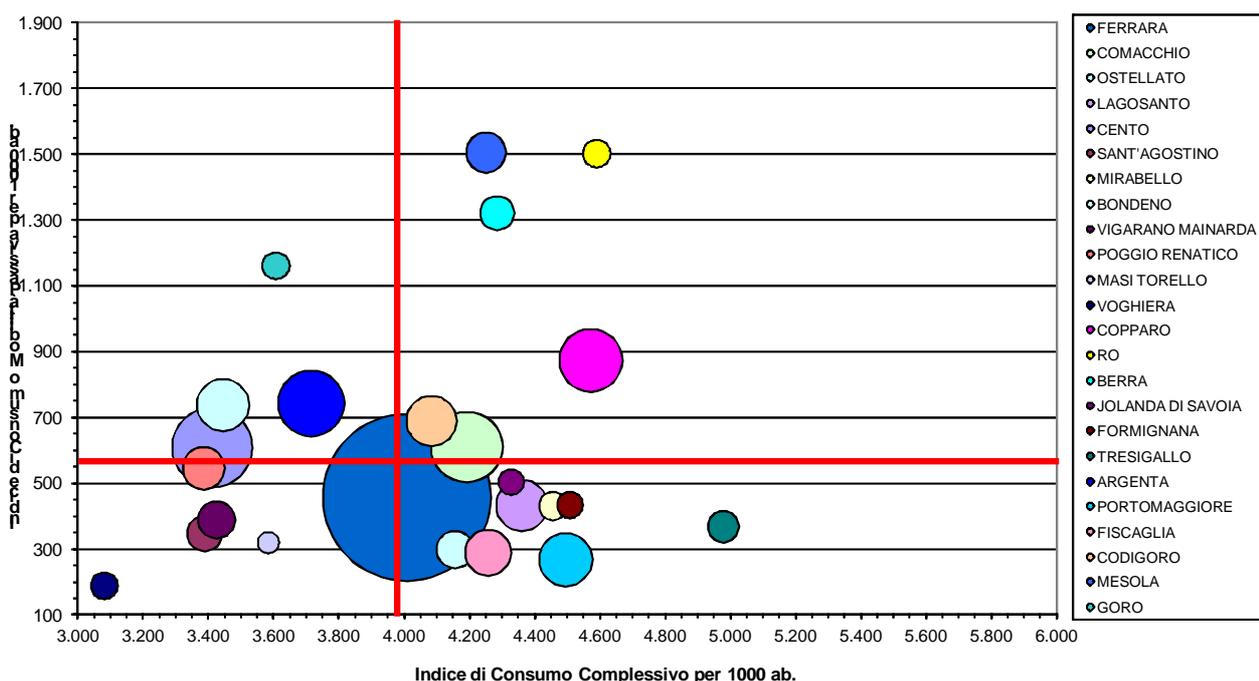
INDICI DI CONSUMO												
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CON ESCLUSIONE DEL LABORATORIO E DEL PRONTO SOCCORSO - ANNO 2014												
COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Totale Prov.le	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	Residenti 2014	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complesivo x 1000 ab.
CENTO	76.266	6.368	18.010	100.644	18.780	3.049	21.829	122.473	35.877	2.805,25	608,44	3.413,69
SANT'AGOSTINO	12.367	3.903	4.871	21.141	1.714	689	2.403	23.544	6.944	3.044,50	346,05	3.390,55
MIRABELLO	6.704	1.398	5.206	13.308	589	831	1.420	14.728	3.305	4.026,63	429,65	4.456,28
BONDENO	24.670	1.848	13.419	39.937	2.131	8.723	10.854	50.791	14.737	2.709,98	736,51	3.446,50
VIGARANO MAINARDA	9.787	2.510	11.186	23.483	1.088	1.910	2.998	26.481	7.730	3.037,90	387,84	3.425,74
POGGIO RENATICO	12.719	1.954	13.582	28.255	3.661	1.749	5.410	33.665	9.937	2.843,41	544,43	3.387,84
FERRARA	138.079	42.677	295.706	476.462	16.261	44.895	61.156	537.618	134.063	3.554,02	456,17	4.010,19
MASI TORELLO	3.702	362	3.660	7.724	302	448	750	8.474	2.364	3.267,34	317,26	3.584,60
VOGHIERA	6.439	829	5.866	13.134	336	515	851	13.985	4.538	2.894,23	187,53	3.081,75
COPPARO	39.137	1.580	21.333	62.050	2.325	12.279	14.604	76.654	16.757	3.702,93	871,52	4.574,45
RO	6.373	216	3.591	10.180	143	4.804	4.947	15.127	3.294	3.090,47	1.501,82	4.592,29
BERRA	9.507	1.307	3.879	14.693	371	6.166	6.537	21.230	4.952	2.967,08	1.320,07	4.287,16
JOLANDA DI SAVOIA	7.624	405	3.501	11.530	207	1.305	1.512	13.042	3.013	3.826,75	501,83	4.328,58
FORMIGNANA	7.856	364	3.259	11.479	319	900	1.219	12.698	2.816	4.076,35	432,88	4.509,23
TRESIGALLO	11.233	647	5.638	17.518	464	929	1.393	18.911	3.798	4.612,43	366,77	4.979,20
ARGENTA	46.956	1.596	17.119	65.671	14.214	2.149	16.363	82.034	22.074	2.975,04	741,28	3.716,32
PORTOMAGGIORE	33.528	1.391	16.259	51.178	1.683	1.523	3.206	54.384	12.094	4.231,69	265,09	4.496,78
OSTELLATO	16.948	744	6.710	24.402	846	1.034	1.880	26.282	6.320	3.861,08	297,47	4.158,54
COMACCHIO	64.345	3.218	14.011	81.574	6.934	6.920	13.854	95.428	22.755	3.584,88	608,83	4.193,72
FISCAGLIA	24.538	1.167	11.335	37.040	951	1.742	2.693	39.733	9.331	3.969,56	288,61	4.258,17
LAGOSANTO	15.548	936	3.022	19.506	683	1.460	2.143	21.649	4.964	3.929,49	431,71	4.361,20
CODIGORO	29.595	3.922	7.796	41.313	932	7.435	8.367	49.680	12.162	3.396,89	687,96	4.084,85
MESOLA	10.990	4.923	3.387	19.300	367	10.198	10.565	29.865	7.024	2.747,72	1.504,13	4.251,85
GORO	6.352	1.068	1.943	9.363	306	4.130	4.436	13.799	3.824	2.448,48	1.160,04	3.608,53
PROVINCIA DI FERRARA	621.263	85.333	494.289	1.200.885	75.607	125.783	201.390	1.402.275	354.673	3.385,89	567,82	3.953,71
DISTRETTO OVEST	142.513	17.981	66.274	226.768	27.963	16.951	44.914	271.682	78.530	2.887,66	571,93	3.459,60
DISTRETTO CENTRO-NORD	229.950	48.387	346.433	624.770	20.728	72.241	92.969	717.739	175.595	3.558,02	529,45	4.087,47
DISTRETTO SUD-EST	248.800	18.965	81.582	349.347	26.916	36.591	63.507	412.854	100.548	3.474,43	631,61	4.106,04

Nell'anno 2014 i 354.673 residenti della provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.402.275 prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 3.953,71 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 567,82 in mobilità. L'indice di consumo complessivo più alto si rileva tra i cittadini del comune di Tresigallo con 4.976,20 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del comune di Voghiera con 3081,75 prestazioni per 1.000 abitanti.

L'indice di consumo in mobilità più alto si registra per il comune di Mesola (1.504,13 prestazioni per 1.000 abitanti), mentre il più basso si rileva per il comune di Voghiera (187,53 prestazioni per 1.000 abitanti).

L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2014 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 4.087,47 prestazioni per 1.000 abitanti, il distretto sud-est presenta un indice di consumo di 4106,04/1.000 e il distretto ovest un indice di consumo di 3.459,60/1.000. Ai cittadini del distretto centro-nord sono state erogate 717.739 prestazioni, a quelli del sud-est 412.854 prestazioni e a quelli dell' ovest 271.682 prestazioni. La maggior parte dei comuni del distretto ovest ha un indice di consumo inferiore a quello medio provinciale, a differenza di quelli del centro-nord e sud-est che tendono ad avere un indice di consumo superiore.

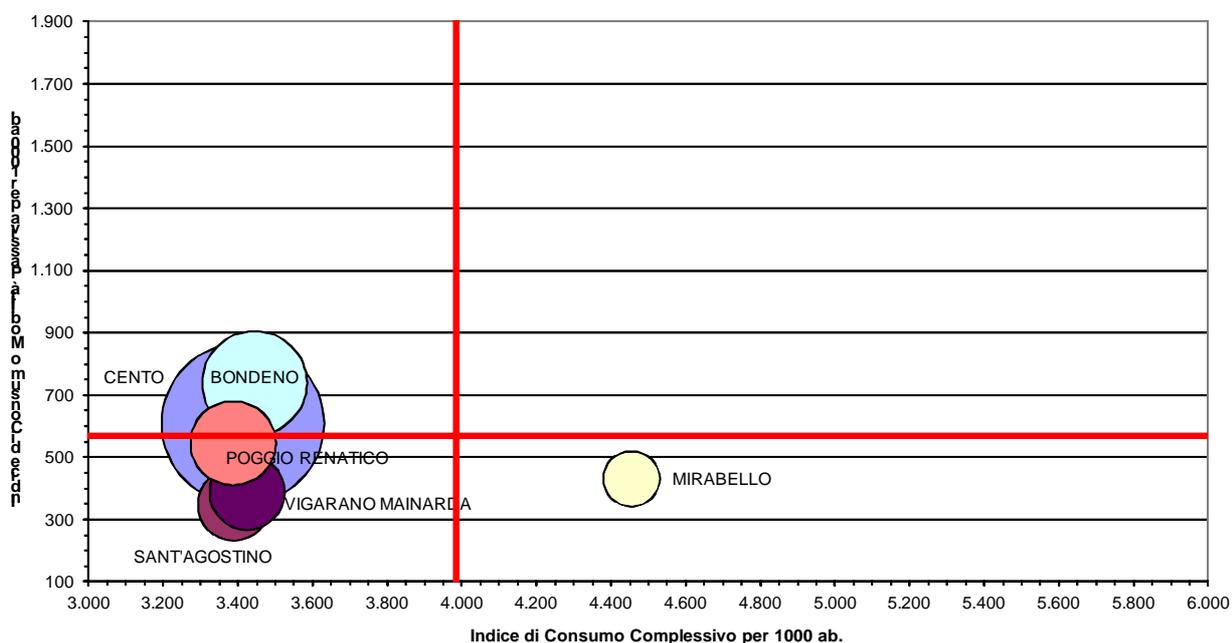
Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014



La matrice di posizionamento dei diversi comuni in relazione all'indice di consumo complessivo e all'indice di mobilità mostra come i comuni posizionati nel quadrante in basso a destra consumino molte prestazioni, ma si rechino meno in mobilità passiva (quindi in strutture poste al di fuori dell'ambito provinciale), i comuni posizionati nel quadrante in basso a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino meno in mobilità, i comuni posizionati nel quadrante in alto a destra consumino molte prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva, i comuni posizionati nel quadrante in alto a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva.

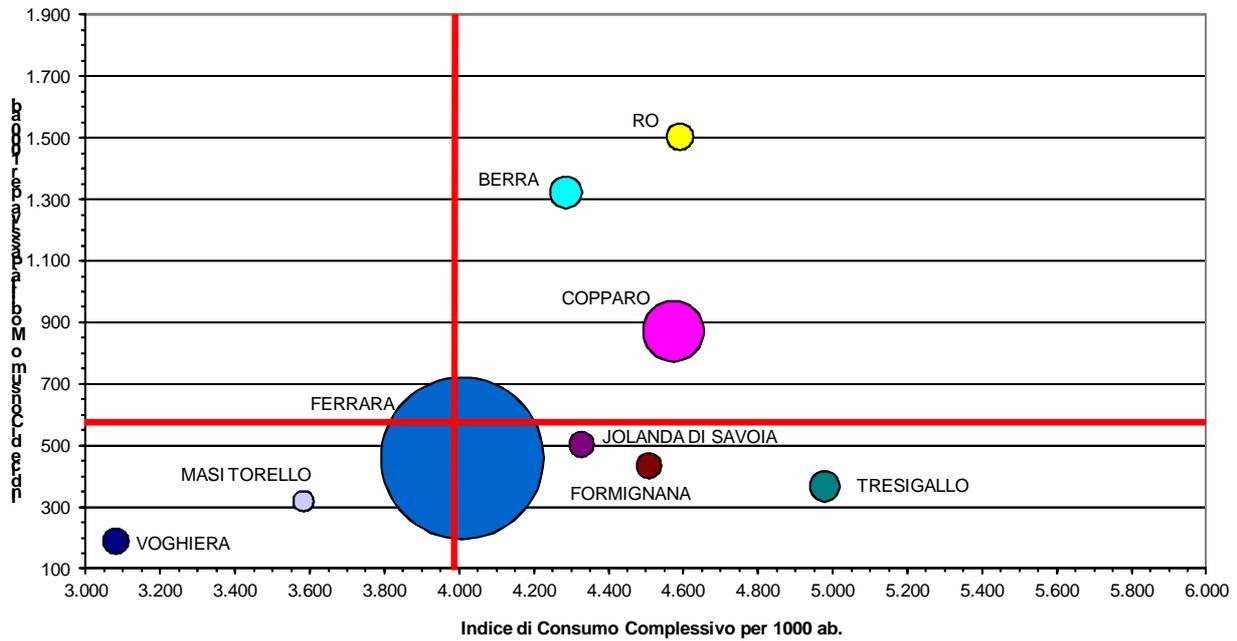
Il comune di Tresigallo presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extra provinciali minore della media provinciale. Il comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della provincia (1.504,13 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 567,82 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 (1.160,04 prestazioni per 1.000 assistiti) quasi doppio rispetto a quello provinciale (567,82 prestazioni per 1.000 abitanti).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Ovest**



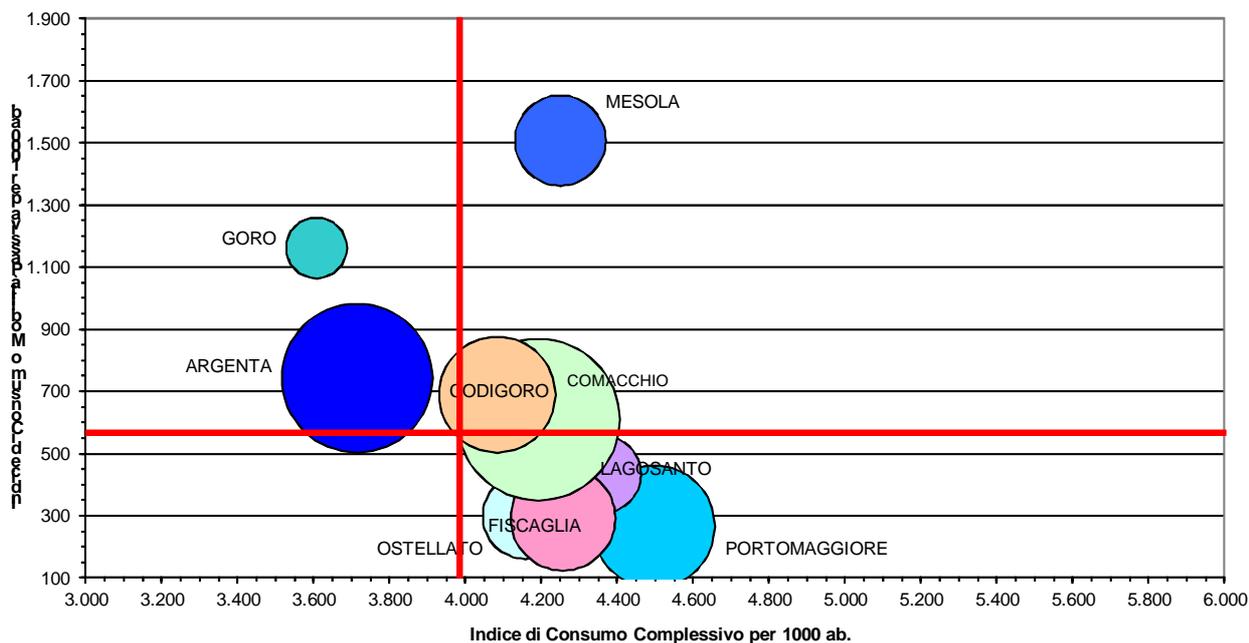
I comuni del distretto ovest presentano un indice di consumo (3.459,60 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello provinciale (3.953,71/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (571,93/ 1.000) leggermente superiore (567,82/1.000). Il comune di Mirabello presenta un elevato indice di consumo (4.456,28/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (429,65/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Centro-Nord**



Il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di prestazioni (4.087,47/1.000) di poco superiore a quello medio provinciale (3.953,71/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (529,45/1.000) inferiore a quello medio provinciale (567,82/1.000). 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 (1.501,82.000 abitanti).

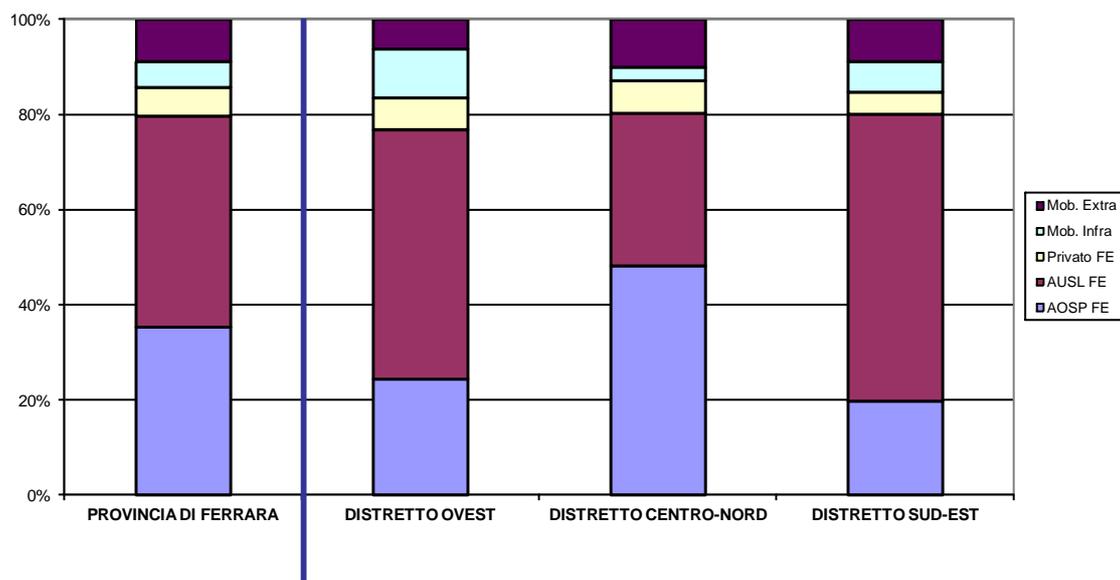
**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Sud-Est**



Il distretto sud-est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.106,04/1.000) leggermente superiore a quello medio provinciale e un indice di consumo in mobilità passiva di 631,61/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (567,82/1.000).

Due comuni presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati: Mesola (1.504,13/1.000) e Goro (1.160,04/1.000).

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2014



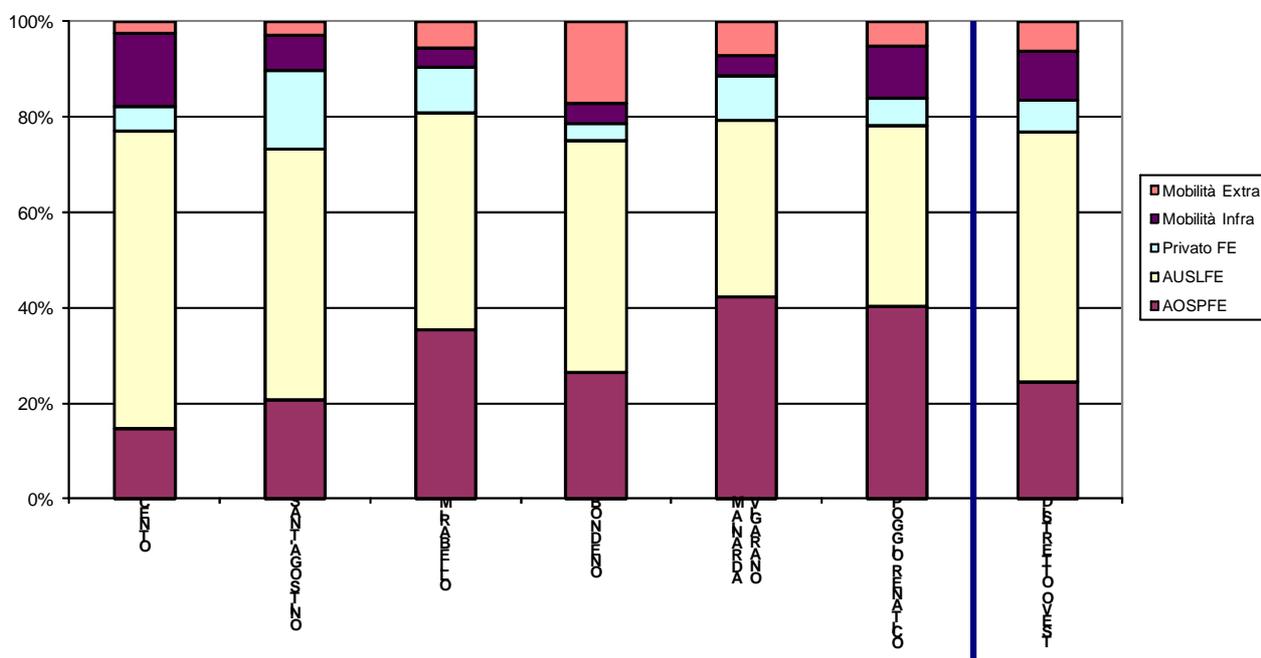
Indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. Anno di dimissione: 2014 (consolidato senza mobilità passiva)

Azienda di ricovero	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
FERRARA	86,9	8,6	4,5	100
TOTALE	78,8	6,5	14,8	100

I maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall’AOSPFE sono i cittadini del distretto centro-nord (346.433 prestazioni) verosimilmente per motivazioni di ordine logistico. I maggiori fruitori di prestazioni erogate da strutture appartenenti all’AUSL Ferrara sono i cittadini del distretto Sud-Est.

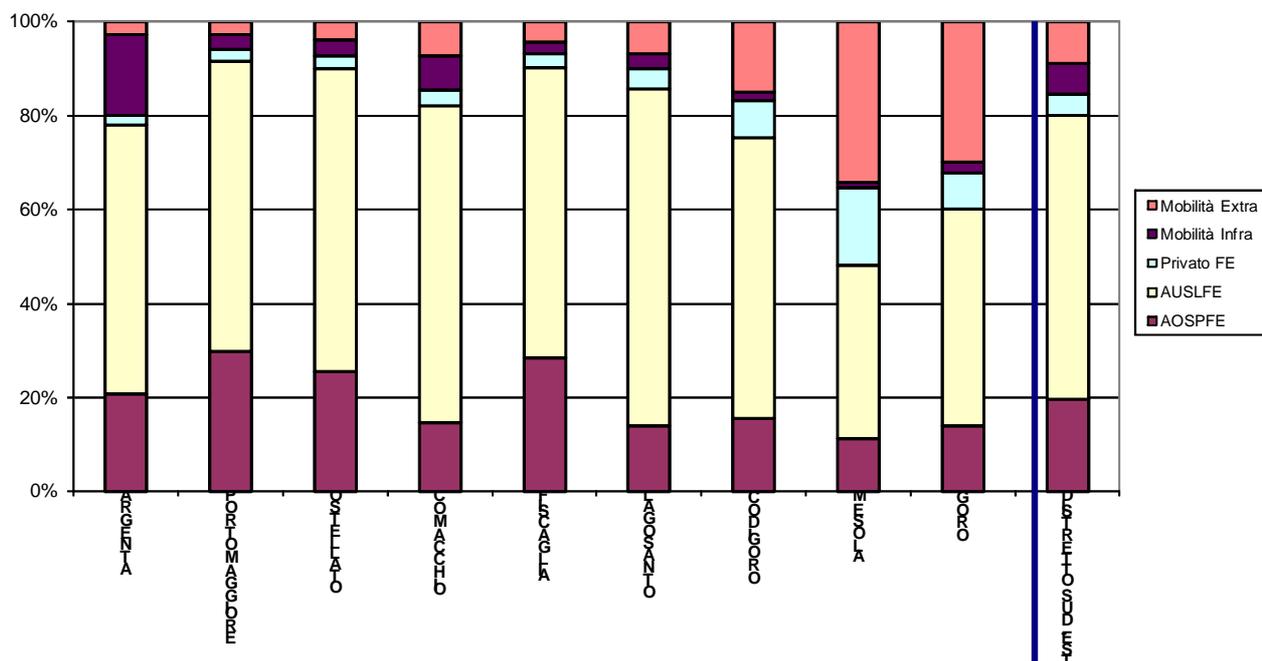
Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Mesola, Ro, Berra, Goro, Codigoro, Cento, Bondeno ed Argenta.

**Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2014 - Distretto Ovest**



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

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2014 - Distretto Sud-Est



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

Assistenza ospedaliera

La tabella "Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture - anno 2014" evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun comune della provincia di Ferrara presso le strutture sanitarie pubbliche e private della provincia; gli ospedali di altre province della Regione e gli ospedali extraregionali.

Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2014											
Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	CdCFE	Mob. Infra	Mob. Extra	Totale	Tasso grezzo
BONDENO	877		34		20	702	111	303	351	2.398	162,72
CENTO	1.065		91		42	2.521	152	1.392	257	5.520	153,86
MIRABELLO	263		11		8	196	39	73	40	630	190,62
POGGIO RENATICO	814		38		25	151	93	285	115	1.521	153,06
SANT'AGOSTINO	317		15		13	408	40	174	60	1.027	147,90
VIGARANO MAINARDA	630		18		18	155	69	122	113	1.225	145,54
DISTRETTO OVEST	3.966	0	207	0	126	4.133	504	2.349	936	12.221	155,62
BERRA	384	12	145	1	23	5	69	59	211	909	183,56
COPPARO	1.665	78	394	1	84	32	240	253	329	3.076	183,57
FERRARA	14.721	11	689	2	601	229	2.478	2.015	2.776	23.522	175,45
FORMIGNANA	250	16	135		17	7	28	45	50	548	194,60
JOLANDA DI SAVOIA	237	8	173		19	1	27	33	55	553	183,54
MASI TORELLO	225	1	28	1	23	6	37	37	38	396	167,51
RO	280	13	48	1	15	5	40	27	89	518	157,26
TRESIGALLO	411	13	180	1	25	12	50	72	63	827	217,75
VOGHIERA	403		45		54	6	50	73	32	663	146,10
DISTRETTO CENTRO-NORD	18.576	152	1.837	7	861	303	3.019	2.614	3.643	31.012	176,61
ARGENTA	1.052		265		1.349	28	37	994	176	3.901	176,72
CODIGORO	521	1	1.056	15	42	11	58	197	337	2.238	184,02
COMACCHIO	887	1	1.798	77	79	12	64	587	340	3.845	168,97
FISCAGLIA	537		809	20	60	6	54	125	91	1.702	182,40
GORO	138	1	323	4	19	1	8	61	150	705	184,36
LAGOSANTO	208		419	5	25	1	21	92	104	875	176,27
MESOLA	243	3	476	9	24	12	29	69	314	1.179	167,85
OSTELLATO	416		413	3	81	5	46	82	89	1.135	179,59
PORTOMAGGIORE	894		223		541	15	81	240	134	2.128	175,96
DISTRETTO SUD-EST	4.896	6	5.782	133	2.220	91	398	2.447	1.735	17.708	176,11
Provincia di Ferrara	27.438	158	7.826	140	3.207	4.527	3.921	7.410	6.314	60.941	171,82

Nell'ultima colonna a destra sono indicati i tassi di ospedalizzazione (T.O.‰) registrati nel 2014 dai residenti di ciascun comune della provincia di Ferrara. Nel corso dell'anno 2014 si sono registrati 60.941 ricoveri di cittadini residenti nella provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 171,82 ricoveri/1.000 abitanti dove la media regionale è pari a 158,00 ricoveri/1.000 abitanti.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Distretto di residenza, Luogo di ricovero e tipo presidio e Tipo Drg. Anno di dimissione: 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013)

Distretto di residenza	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
OVEST	57,7	69	126,7	5	6	10,9	7,6	4,1	11,7	70,2	79,1	149,3
CENTRO-NORD	54	66,7	120,6	5,4	12,1	17,5	12,5	7	19,4	71,9	85,7	157,6
SUD-EST	56,6	74,5	131,1	5,8	4,6	10,4	9,9	6,4	16,2	72,3	85,5	157,7
TOTALE	55,5	69,3	124,8	5,4	8,7	14,2	10,7	6,2	16,8	71,6	84,2	155,8
RER	50,8	71,1	121,8	11,2	8,6	19,7	5,3	4,3	9,7	67,3	84	151,3

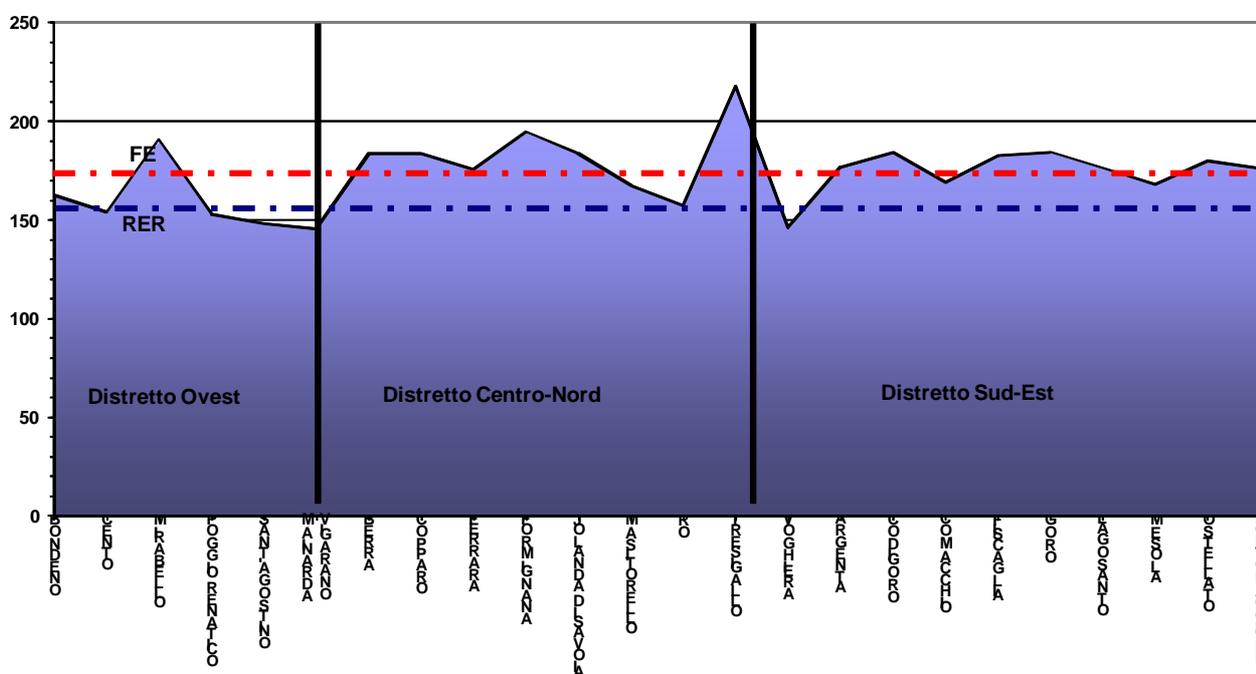
L'analisi di raffronto di tale parametro tra provincia di Ferrara e Regione evidenzia un valore superiore per la provincia di Ferrara (155,8 vs 151,3), soprattutto per la mobilità passiva extraregionale (16,8 vs 9,7), Il dato è minore in ambito privato (14,2 vs 19,7) .

In particolare, dall'analisi distrettuale si rileva che il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età più basso, è relativo ai residenti nel Distretto Ovest (149,3 abitanti), seguito da quello del Distretto Centro Nord e Distretto Sud Est (rispettivamente 157,6 e 157,7 abitanti).

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

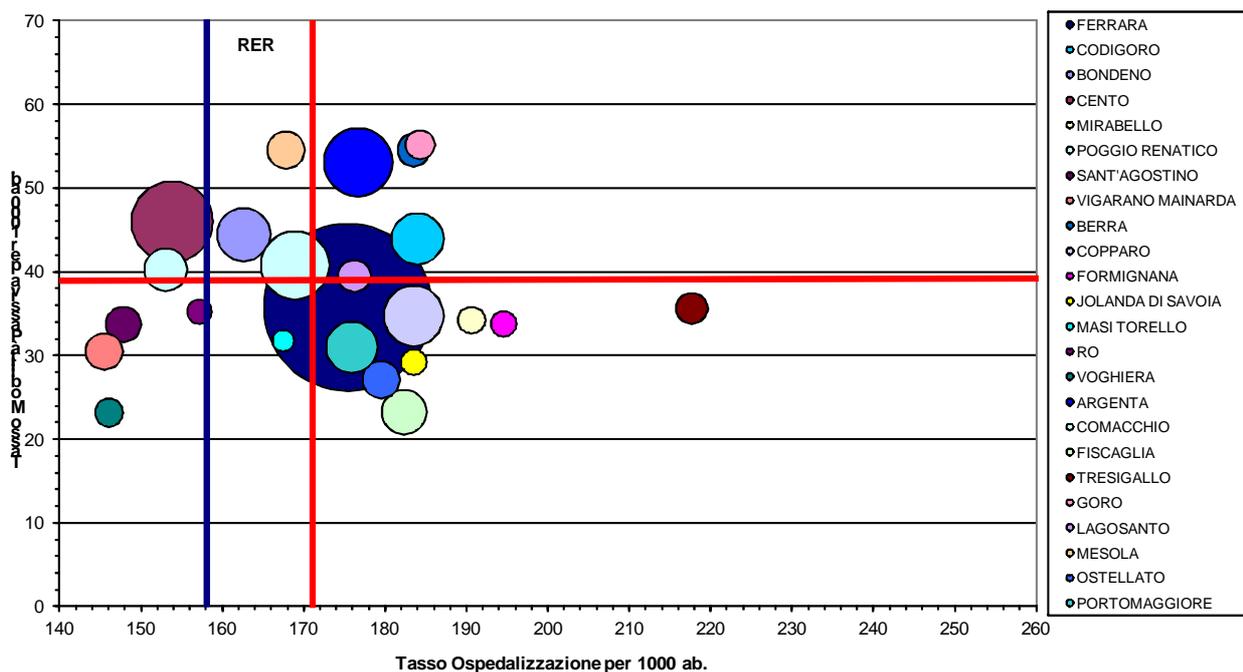
Distretto di residenza	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>84	TOTALE
OVEST	322	85	53	101,8	132,9	237,1	330,1	451	155
CENTRO-NORD	398,7	77,6	56,2	105,7	137,3	248,6	357,2	508,2	177
SUD-EST	285,9	78,2	56,7	105,1	137	266,8	367,6	477,1	174,8
TOTALE	347,4	79,8	55,5	104,6	136,3	251,7	355,2	488,3	171,5
RER	341	75,8	53,9	100,9	128,6	247	352,4	483,9	158

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2014



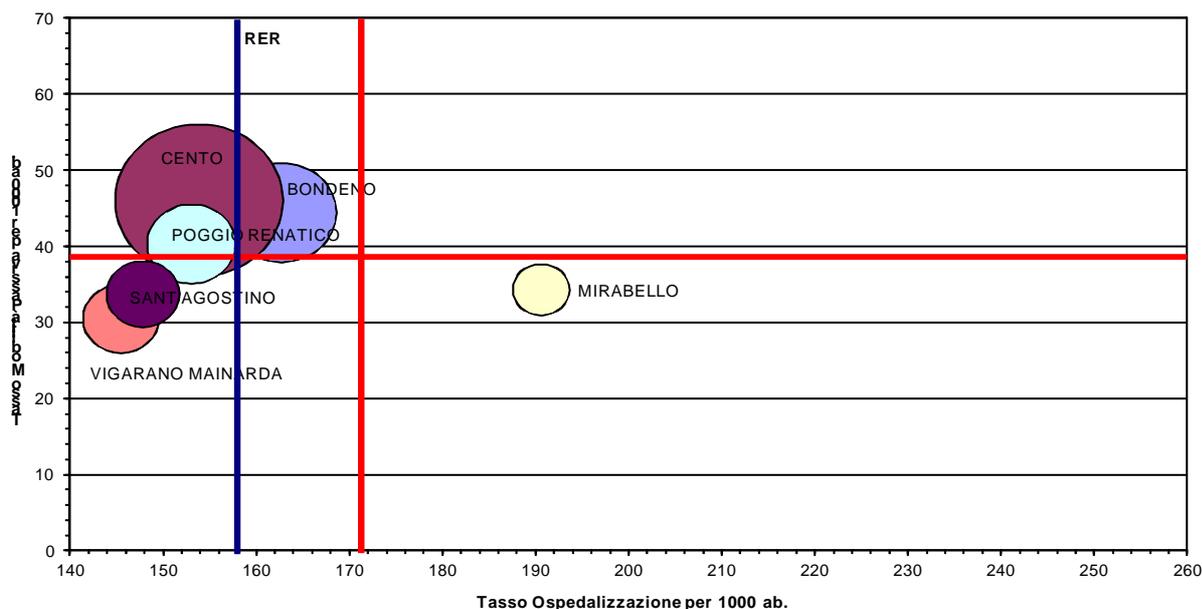
Il distretto centro-nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 176,61 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale e regionale. I distretti ovest e sud-est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 155,62 ricoveri/1.000 abitanti e 176,11 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i comuni mostrano tassi di ospedalizzazione con andamenti diversi. In particolare il comune di Tresigallo presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato 217,75 ricoveri/1000 abitanti.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014



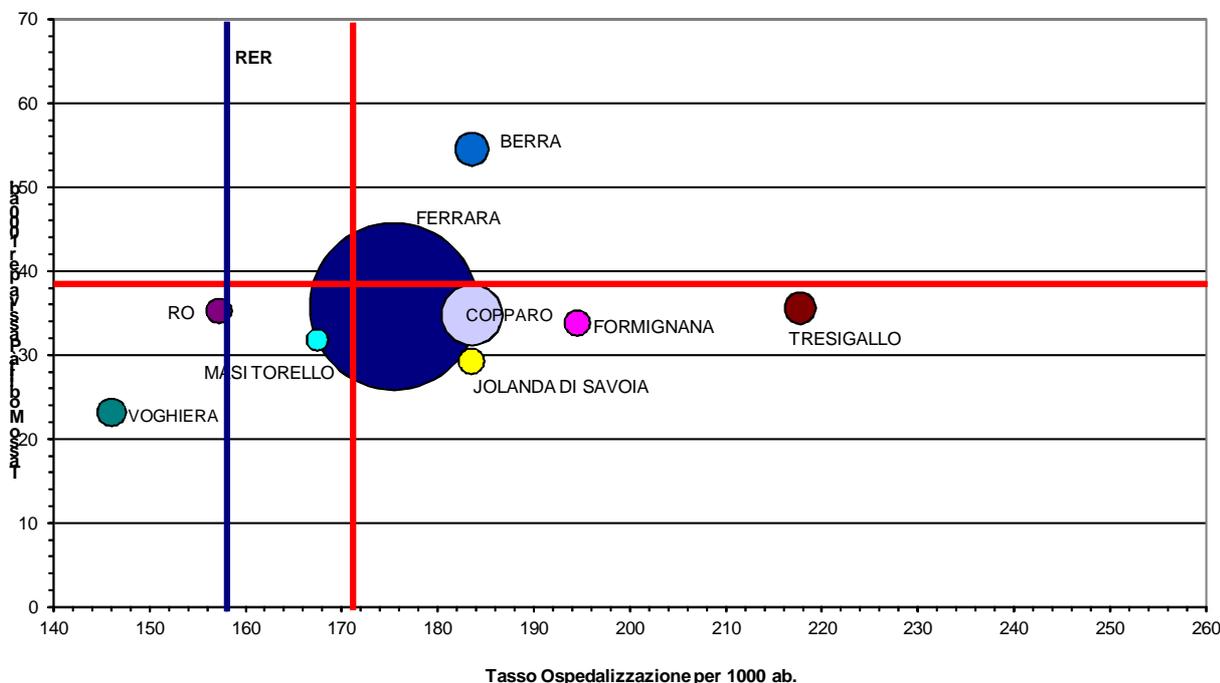
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori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

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Ovest



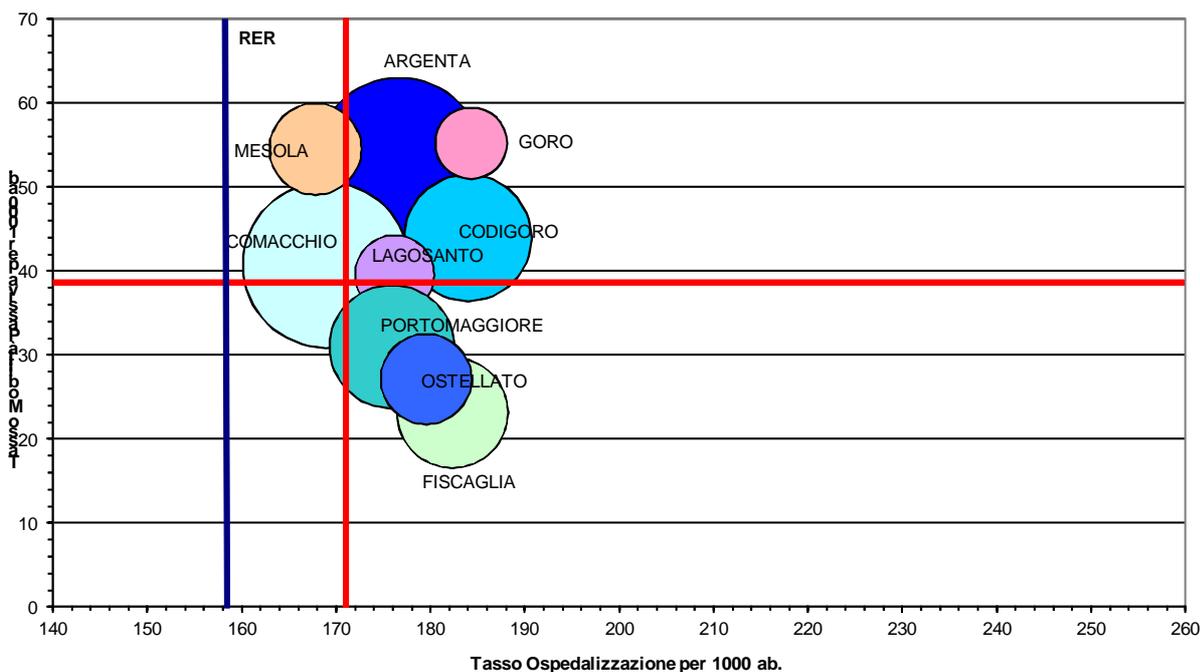
Il comune di Mirabello presenta un tasso grezzo di ospedalizzazione superiore a quello provinciale mentre per tutti gli altri comuni è inferiore. I comuni di Cento e Poggioreatico presentano una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Centro-Nord



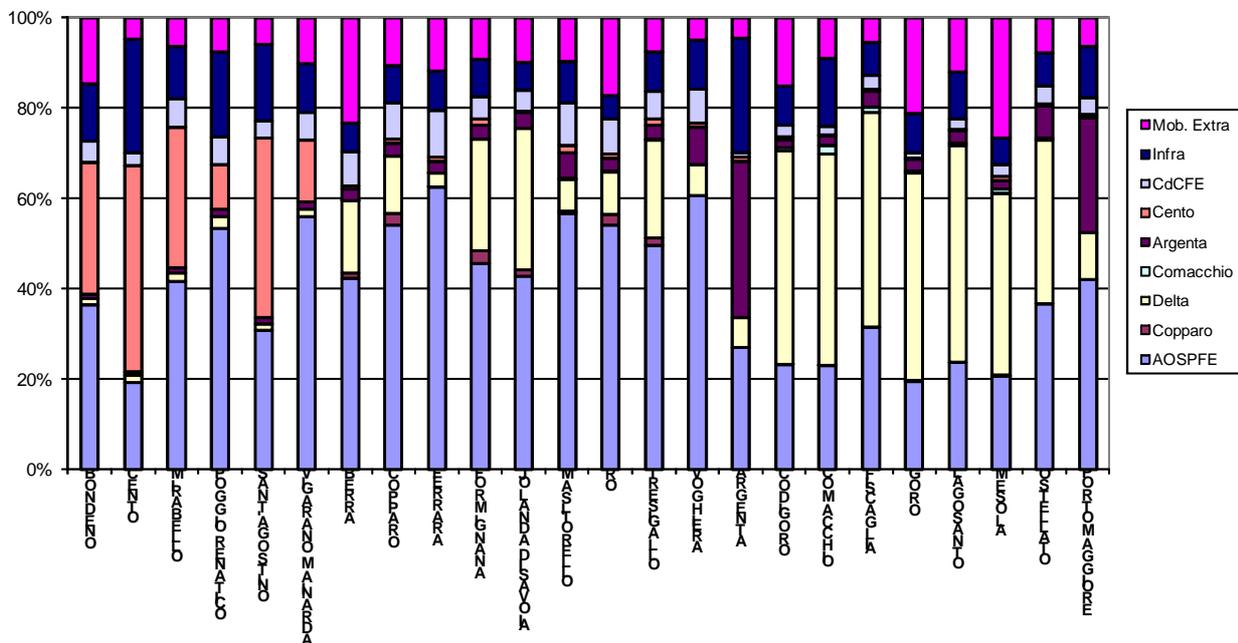
I comuni del distretto centro-nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale. Tresigallo presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato della provincia (217,75).

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Sud-Est



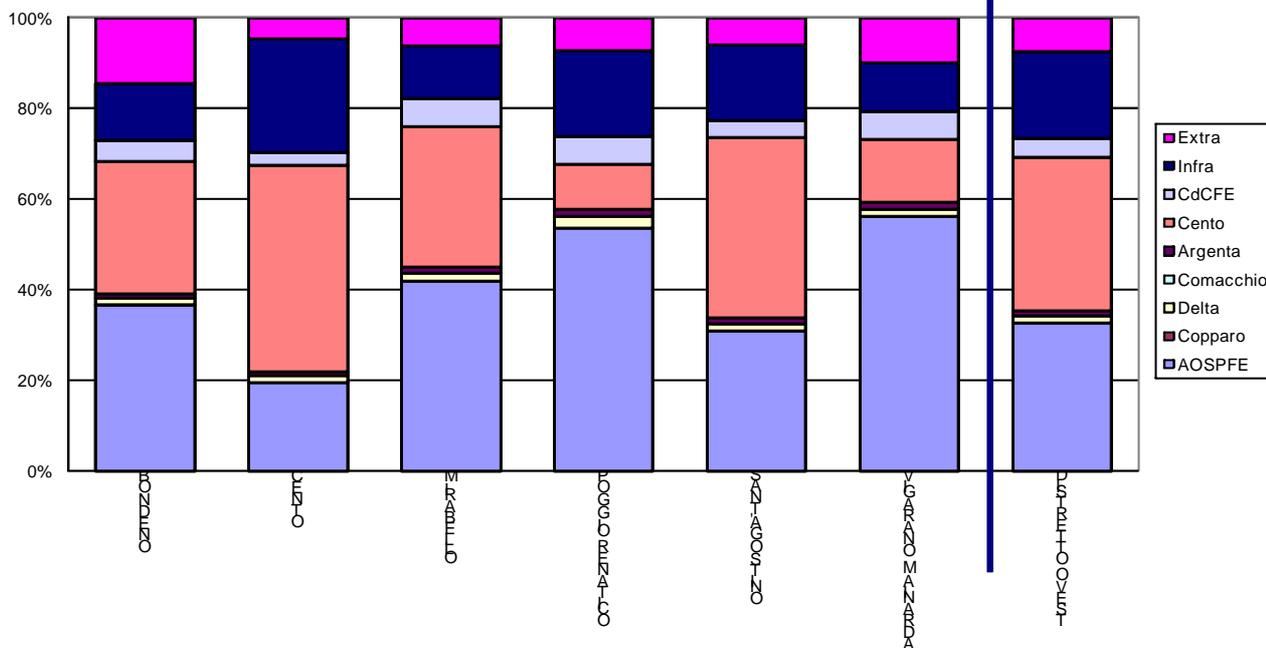
I comuni di Mesola, Goro e Argenta presentano i tassi di mobilità più elevati del distretto. I comuni di Mesola (167,85/1000) e Comacchio (168,97/1000) presentano un T.O. più basso rispetto a quello provinciale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2014



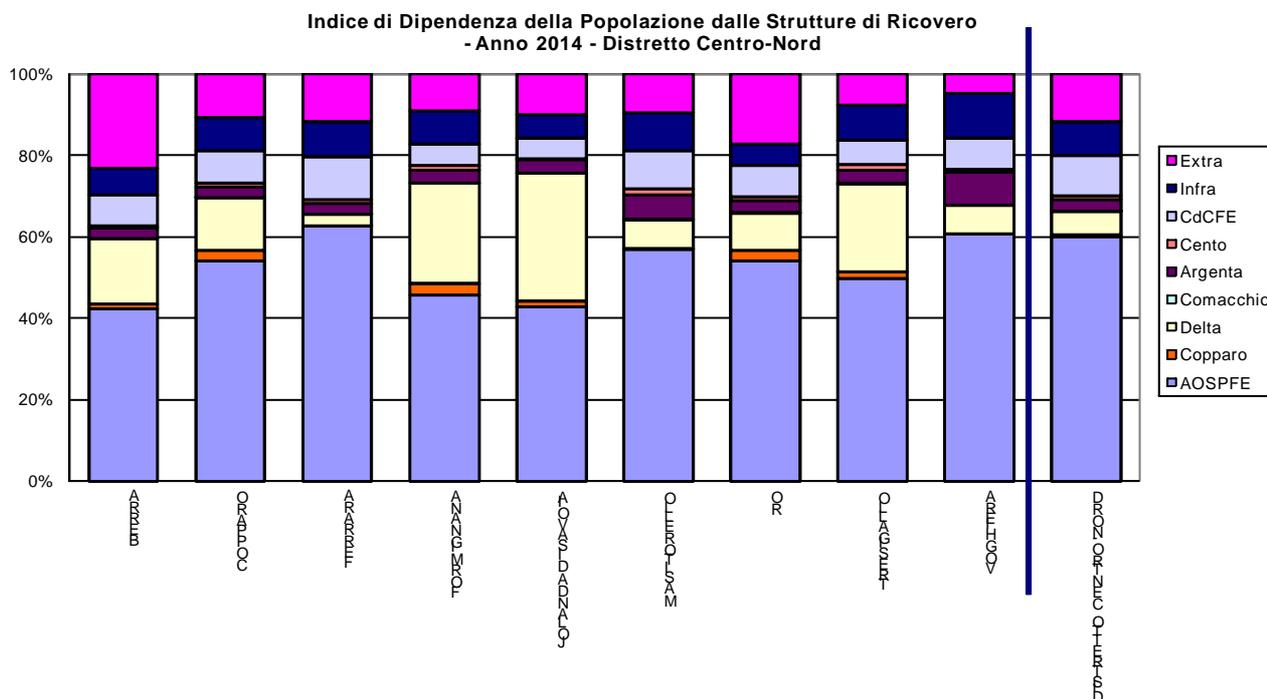
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2014 - Distretto Ovest

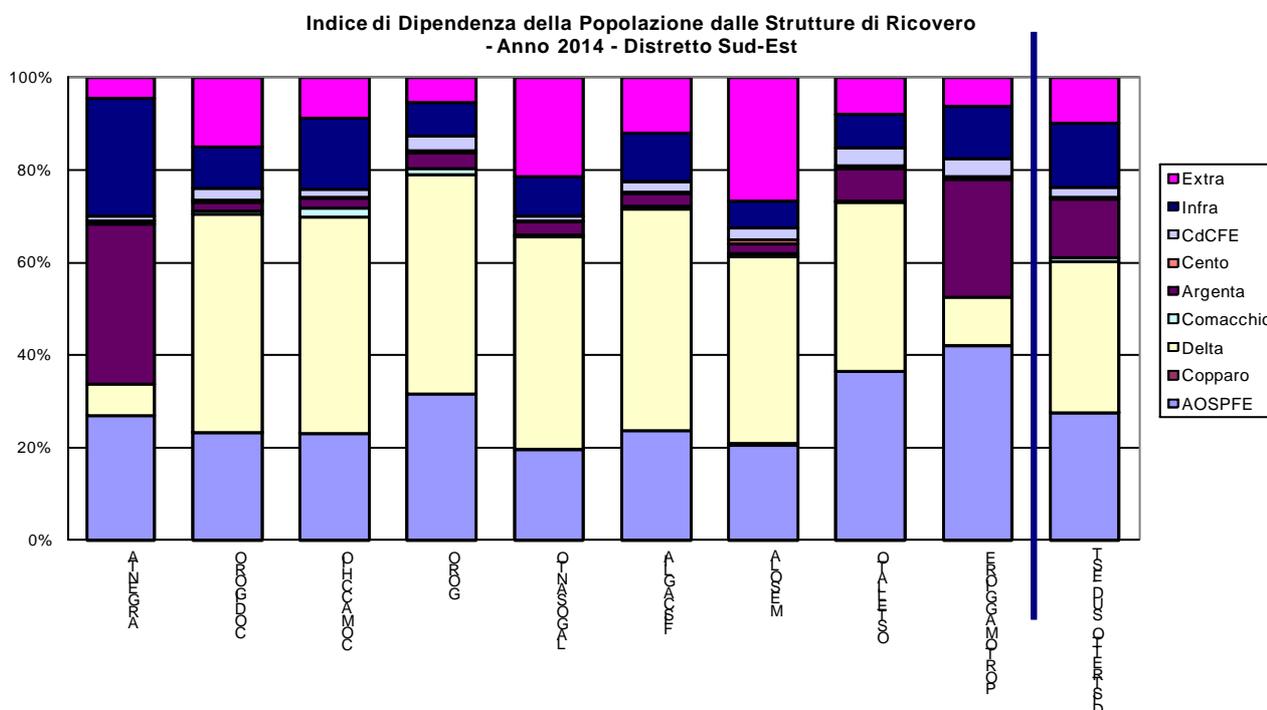


I comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall'Ospedale di Cento per motivi di vicinanza logistica. Il comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extra provinciali infra-regionali. I comuni più vicini alla città di Ferrara presentano

una quota più elevata di ricoveri consumati presso l'AOSPFE; in particolare i comuni di Mirabello, Bondeno, Vigarano Mainarda.



Tutti i comuni del distretto centro-nord presentano elevate percentuali di ricoveri presso l'AOSPFE. I comuni di Ro e Berra presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali.



Relativamente al distretto Sud-Est, la sede di erogazione del ricovero rispecchia essenzialmente l'ambito territoriale di appartenenza. Interessante notare l'elevata mobilità extraregionale dei comuni di Codigoro, Mesola e Lagosanto. Risultano elevati anche i valori di mobilità infraregionale dei comune di Argenta e Portomaggiore.

L'area ospedaliera

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara, si articola sul territorio provinciale con un presidio ospedaliero unico che ricomprende i seguenti stabilimenti ospedalieri Cento Copparo (disattivato il 31/05/2014) Comacchio (disattivato il 31/05/2014) Argenta e il Delta.

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

Il Presidio prevede i seguenti Dipartimenti:

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

Struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati all' 31.12.2014 (Anno 2014)

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	413	16	87	516	116	-		75		191					
OSP. FERRARA	618	80	10	708						-	1,74	0,25	0,23	0,03	1,99
FERRARA	1.031	96	97	1.224	116	-	-	75	-	191	3,23	0,75	0,27	0,48	3,98
TOTALE REGIONE	12.393	668	1.163	14.224	2.857	235	890	797	31	4.544					
Indicatore PL*1000 ab.	2,78		0,41	3,2	0,6			0,4		1,0	3,42	0,79	0,35	0,44	4,21

La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda, residente in Emilia Romagna al 1.01.2014 - 4.452.830

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 516 posti letto (compresi 30 posti letto di psichiatria di cui 15 presso l'Ospedale del Delta e 15 facenti parte del SPDC di Ferrara situato all'interno dell'Ospedale S. Anna di Cona), di cui 467 di ricovero ordinario e 49 di ricovero in regime di Day Hospital, suddivisi in 13 discipline, a sua volta articolate nei diversi stabilimenti. Presso il Pronto Soccorso dell'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 31/12/2014 è la seguente:

Riferimenti	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N° posti letto dell'Azienda USL di Ferrara	753	751	759	752	721	600	516
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	174	174	174	174	164	141	103
N° posti letto dell'Azienda OSP di Ferrara	863	863	860	860	704	711	708
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	97	97	97	97	80	90	90
N° posti letto accreditati nelle Case di Cura	169	145	145	195	195	191	191
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	75	75	75	75	75	75	75
N° totale di posti letto Provincia di Ferrara	1.785	1.759	1.764	1.807	1.620	1.502	1.224
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	346	346	346	346	244	231	178
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,02	4,91	4,91	5,02	4,50	4,19	3,98
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96	0,89	0,85	0,75
Posti letto totali RER (pubblici e privati accreditati)	19.777	19.732	19.606	20.493	19.945	19.016	14.224
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	3.911	3.807	3.631	3.518
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,63	4,55	4,46	4,62	4,47	4,25	4,21
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88	0,85	0,81	0,79

L'andamento generale dei ricoveri (in regime ordinario e Day – Hospital) presso strutture dell'Azienda USL Ferrara mostra dall'anno 2014 una tendenza alla riduzione, andamento questo rilevato anche per l'ambito regionale.

Lungodegenza

I Reparti di Lungodegenza dell'Azienda Usl di Ferrara, al netto dei reparti che sono stati riconvertiti al 1/06/2014, presentano una durata media di degenza pari a 20 giorni, valore questo in linea con il dato medio regionale che si attesta sui 20,87 giorni.

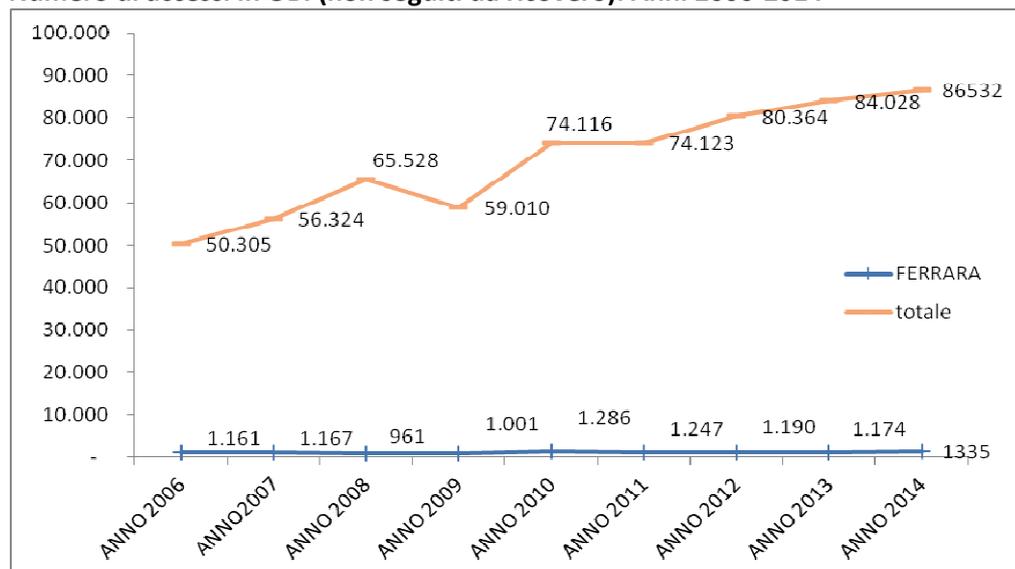
Day Hospital

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

Un dato in controtendenza è quello del rapporto tra tasso di ospedalizzazione standardizzato per il DH medico e il DH chirurgico: infatti in ambito regionale si registra un valore più elevato per il DH medico rispetto a quello chirurgico, mentre nella provincia di Ferrara è più elevato il tasso di ospedalizzazione del DH chirurgico rispetto a quello medico. Tale dato può essere dato dal fatto che i posti letto di DH medico, sono solo ed esclusivamente ad indirizzo oncologico.

Gli accessi in *Osservazione breve intensiva (O.B.I.)* non seguiti da ricovero per l'anno 2014 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1.335 (+13,7% rispetto al 2013) in linea con il dato regionale che mostra anch'esso un incremento.

Numero di accessi in OBI (non seguiti da ricovero). Anni 2006-2014



L'Emergenza

L'attività di Emergenza territoriale ha il compito di attuare l'intervento sanitario in loco e se necessario effettuare il trasporto protetto del paziente all'ospedale di competenza. L'attività di Pronto Soccorso ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare il paziente critico, trattare il paziente acuto, effettuare ricoveri appropriati e rinviare al medico curante, dopo opportuno inquadramento/trattamento, i pazienti che non necessitano di ricovero. Il codice di accesso stabilisce la priorità dell'invio agli ambulatori di Pronto Soccorso.

Attività di pronto Soccorso - anni 2011-2014

Aziende Sanitarie	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100						
AUSL Ferrara	89.265	15,9	84.543	14,4	74.037	14,0	68.509	14,5
Totale Regionale	1.835.085	15,2	1.821.086	15,2	1.821.564	15,2	1.861.877	14,7

Per l'anno 2014 l'Ausl di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi pari al 14,5%, in linea con il dato Regionale (14,7%).

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

Distretto di residenza	PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
OVEST	46,4	273,3	52,0	4,6	3,8	380,0
CENTRO NORD	40,7	240,4	66,2	5,7	0,6	353,6
SUD EST	53,7	307,7	59,5	8,5	0,7	430,1
PROVINCIA	45,7	266,9	61,1	6,3	1,3	381,3
RER	66,2	234,5	68,3	5,8	8,5	383,2

Comune	Cod. bianco	Cod. verde	Cod. giallo	Cod. rosso	TIU	Totale
FERRARA	0	4.809	5.310	4.007	0	14.126
ARGENTA	0	509	671	639	0	1.819
BERRA	0	148	142	180	0	470
BONDENO	0	339	439	404	0	1.182
CENTO	0	791	1.054	838	0	2.683
CODIGORO	0	328	413	325	0	1.066
COMACCHIO	0	905	1.189	961	0	3.055
COPPARO	0	494	682	603	0	1.779
FORMIGNANA	0	62	73	75	0	210
GORO	0	71	94	88	0	253
JOLANDA DI SAVOIA	0	70	111	110	0	291
LAGOSANTO	0	94	145	114	0	353
MASI TORELLO	0	43	61	60	0	164
MASSA FISCAGLIA	0	37	37	37	0	111
MESOLA	0	186	175	168	0	529
MIGLIARINO	0	52	47	35	0	134
MIGLIARO	0	66	34	31	0	131
MIRABELLO	0	70	95	74	0	239
OSTELLATO	0	166	203	207	0	576
POGGIO RENATICO	0	173	187	187	0	547
PORTOMAGGIORE	0	391	494	387	0	1.272
RO	0	75	77	76	0	228
SANT'AGOSTINO	0	128	193	162	0	483
TRESIGALLO	0	129	138	112	0	379
VIGARANO MAINARDA	0	151	157	144	0	452
VOGHIERA	0	80	101	96	0	277
TOTALE	0	10.367	12.322	10.120	0	32.809

Il numero di interventi totale si attesta su valori analoghi al 2013, si specifica che nel 2014 non vengono conteggiati i codici bianchi, anche se di fatto eseguiti. I codici di maggiore gravità, codici rossi, sono circa un terzo del totale. Analogamente al 2013 anche nel 2014 si assiste ad un aumento dei ricoveri presso il centro HUB di Cona , questo anche per una sempre maggiore applicazione dei percorsi di centralizzazione per IMA STEMI , SROKE e POLITRAUMA. Aumentando l'appropriatezza, sintetizzando il paziente giusto nell' ospedale giusto.

Piano sangue, raccolta e consumi

Confronto attività di raccolta sangue 2014 - 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	21.064	21.794	-3,3
TOTALE	221.839	234.459	-5,4

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2014 – 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	22.445	23.088	-2,8
TOTALE	222.047	234.529	-5,3

Confronto attività di aferesi 2014-2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	970	953	1,8
TOTALE	64.644	63.737	1,4

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2014 - 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	22.034	22.747	-3,1
TOTALE	286.483	298.196	-3,9

Per quanto riguarda l'ambito della raccolta e consumo del sangue, i dati della provincia di Ferrara mostrano un andamento leggermente 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 leggermente aumentata l'attività di aferesi di circa l'1,8%. L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara nel periodo 2013-2014, comunque, registra quindi un -3,1% rispetto ad un andamento regionale pari al -3,9%. In sintesi, pur presentando dei dati discreti, la provincia di Ferrara dovrà però impegnarsi ulteriormente 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.

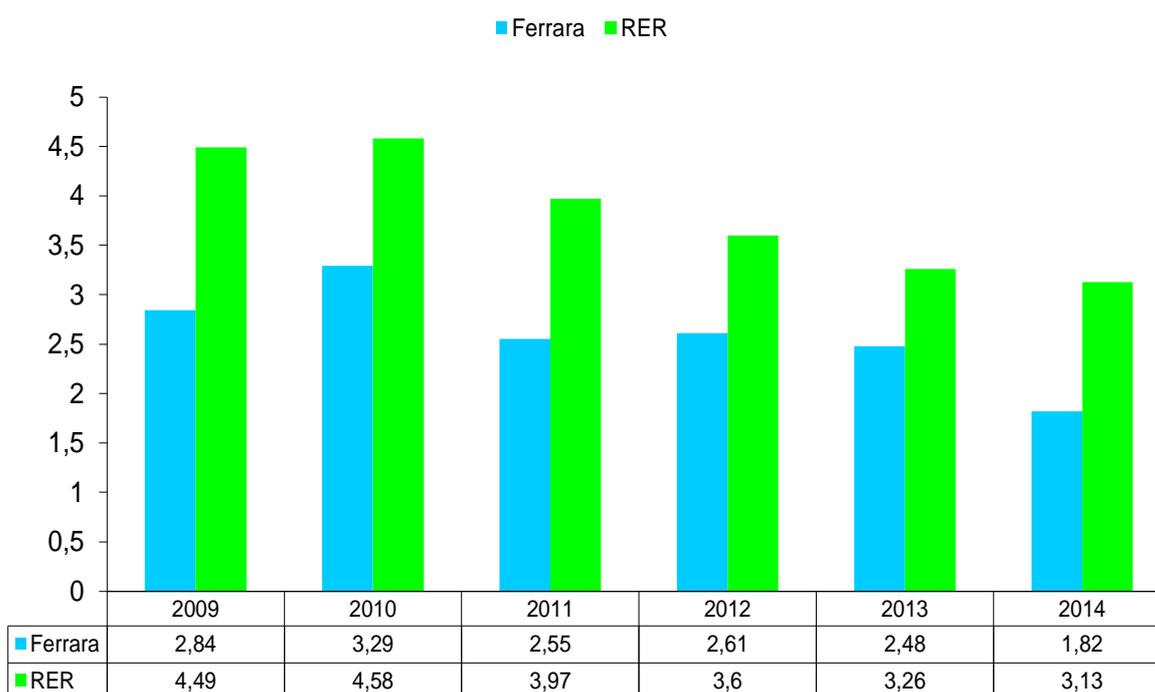
Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell'Assistenza

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

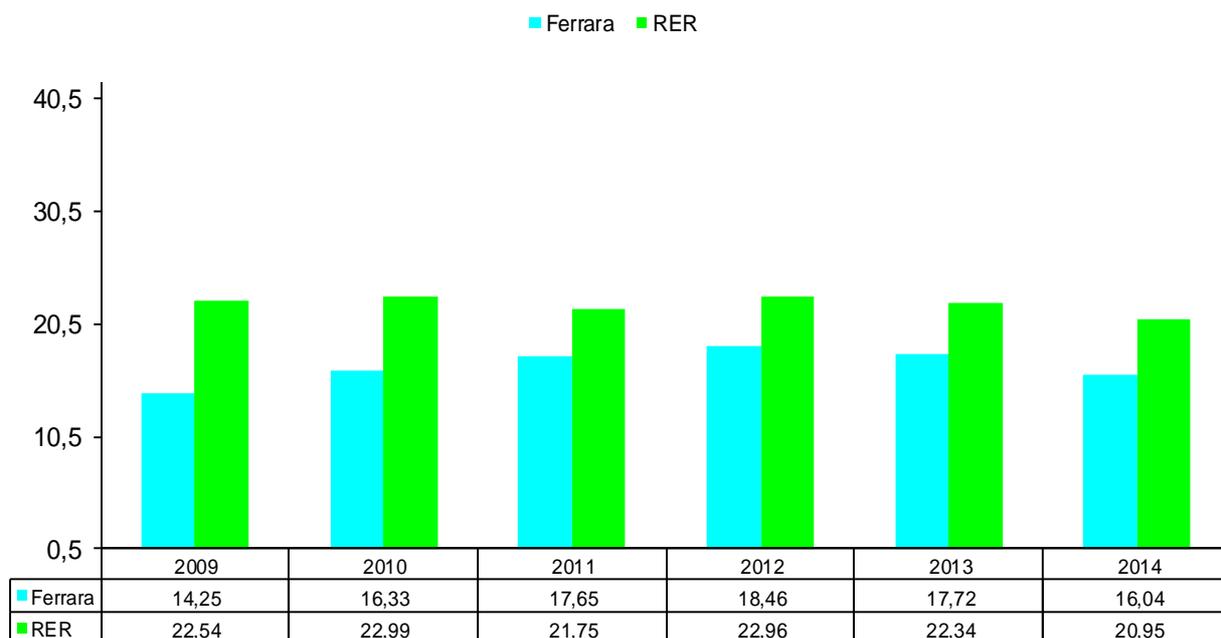
Ciascun indicatore è soggetto a possibili *bias* (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza 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. Anno 2014

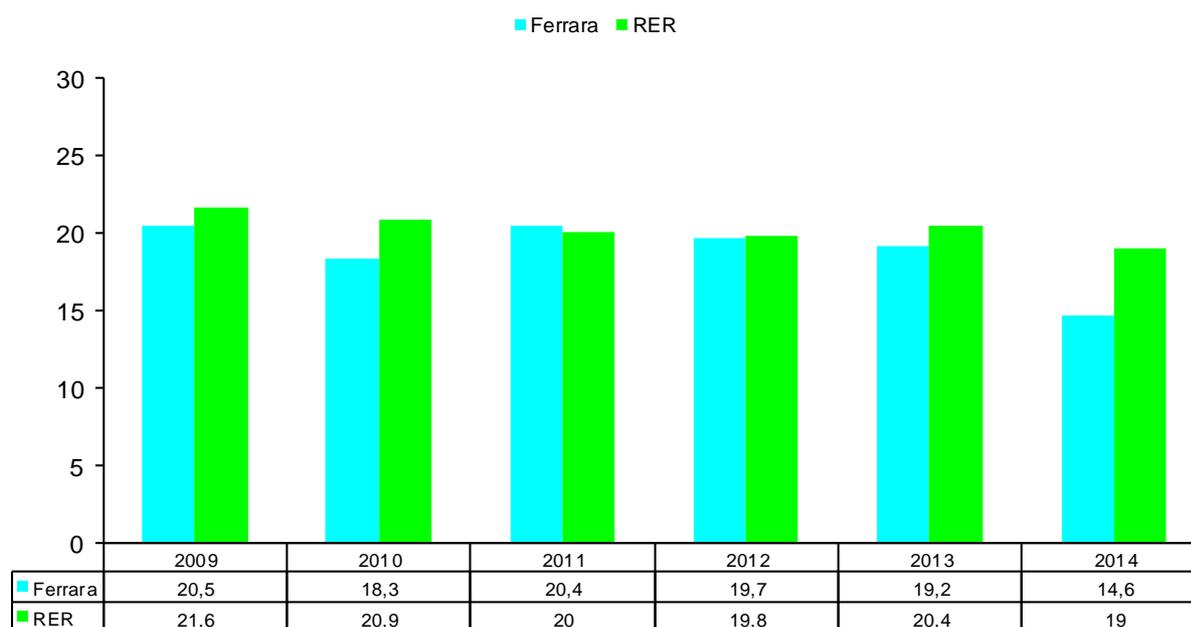


Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti. Anno 2014



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 periodo considerato. 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 periodo.

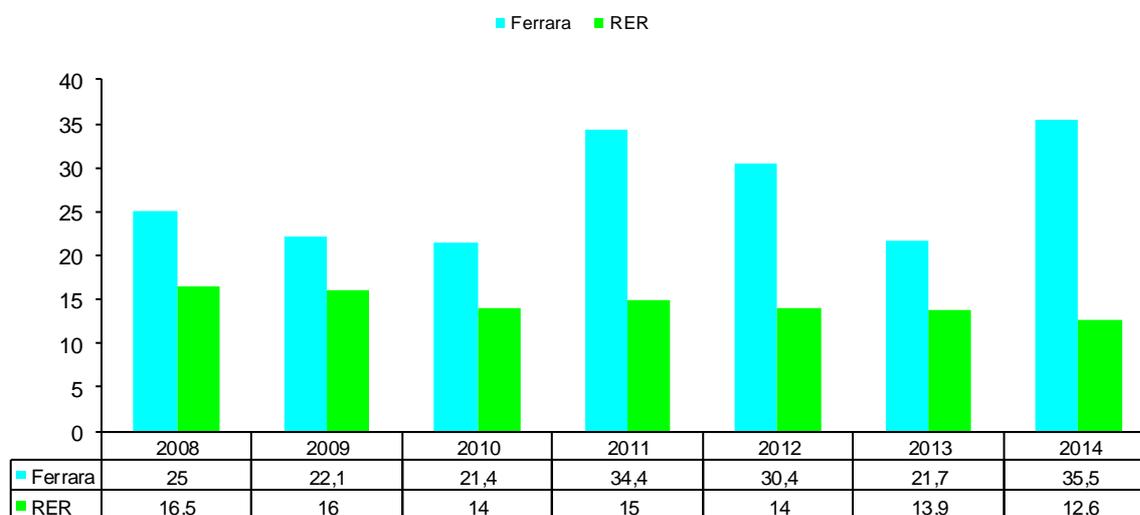
Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



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 periodo 2009-2014 ha fatto registrare valori del tutto in linea con la media regionale e con analoghi valori registrati a livello europeo e statunitense (18-20%).

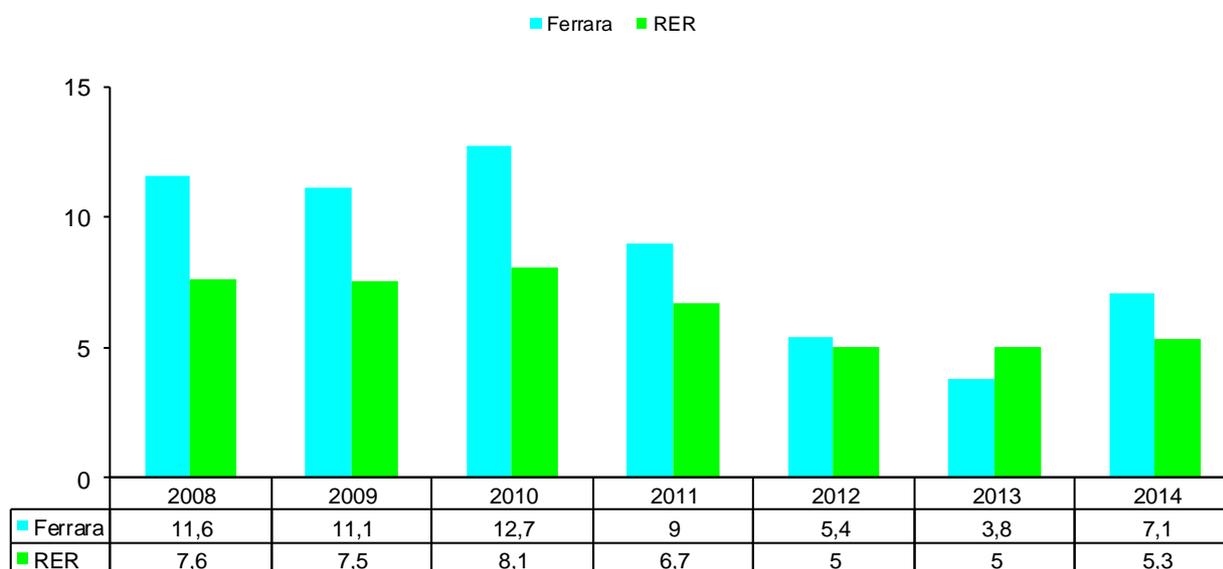
L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'équipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di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

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero. Anno 2014



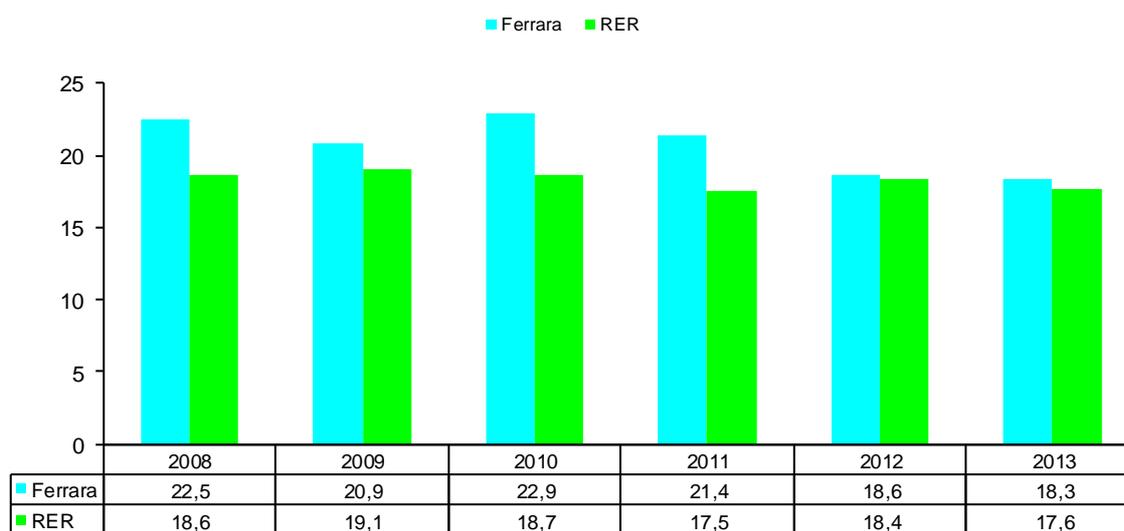
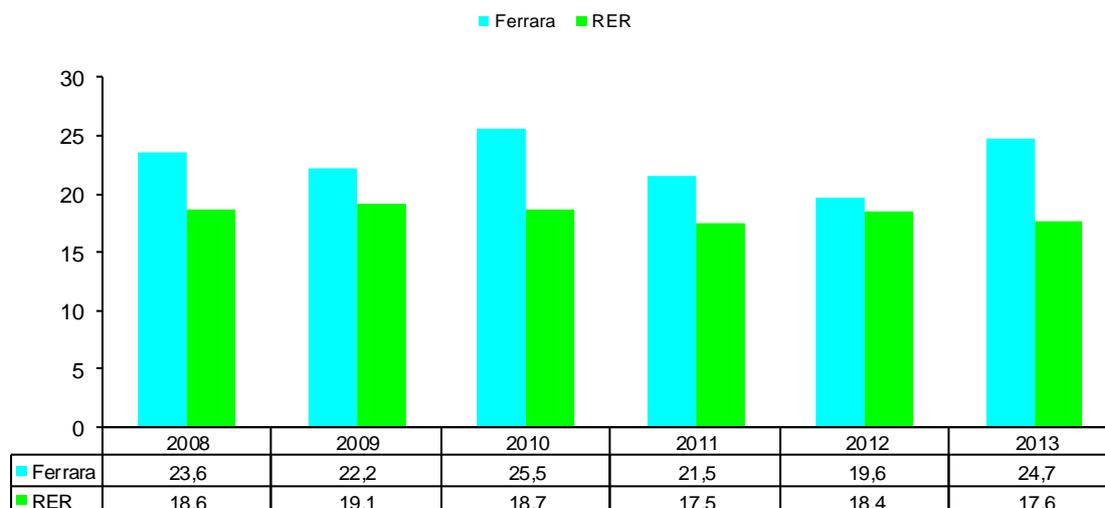
L'attività di angioplastica primaria dei pazienti afferenti agli ospedali aziendali ed i pazienti presi in carico dal servizio 118, fin dal Novembre 2013, sono centralizzati all'Hub di Cona. Il Centro di emodinamica di Cona, nel corso del 2014, ha registrato una proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI pari a 14,2% leggermente superiore alla media regionale.

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero. Anno 2014



Anche per questo indicatore, si registra che la mortalità a trenta giorni per un episodio NSTEMI, vede l'Azienda USL, come azienda di residenza, registrare un tasso di mortalità leggermente superiore alla media regionale (7,2 contro 6,7 regionale), la forbice aumenta di circa 1,8 se si considera l'Azienda UsI come azienda di ricovero. Se si considera la serie storica dei dati, emerge una certa fluttuazione difficilmente comprensibile se non legata ad una casistica composta da un numero di casi basso che risente in maniera rilevante a piccoli scostamenti del dato assoluto.

Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e residenza. Anno 2013

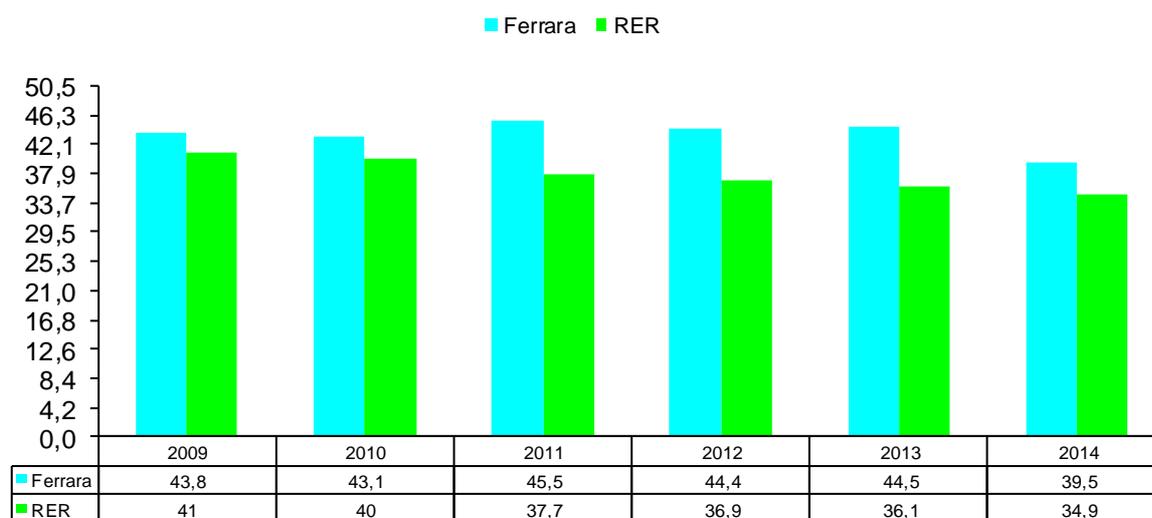


L'ictus ("stroke") e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Nella nostra provincia, è stato attivato il percorso della trombolisi precoce che prevede che una parte dei pazienti eleggibili a tale trattamento, vengono inviati immediatamente all'Hub di Cona con ottime opportunità terapeutiche. Tale percorso è stato affinato nel corso dell'anno 2014.

Il valore registrato per l'indicatore sede di residenza risulta non particolarmente difforme dalla media regionale in quanto risente dei successi terapeutici dei pazienti suscettibili di terapia trombolitica precoce affettua presso il centro Hub di Cona.

L'indicatore sede di ricovero, è superiore alla media regionale. Da tale dato emerge, da un lato la necessità di rivalutare la casistica e selezionare in maniera più puntuale i pazienti da avviare al trattamento disostruttivo precoce all'Hub di Cona, dall'altro, che i tassi di vecchiaia e di comorbidità della popolazione Ferrarese, incide significativamente su tale indicatore.

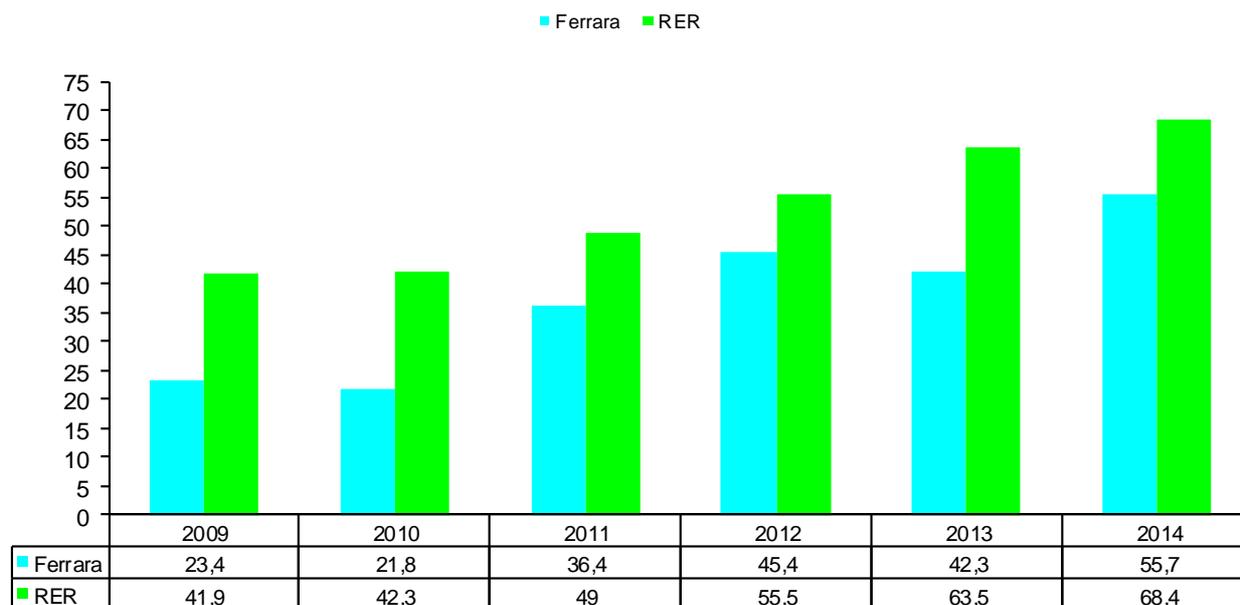
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) *10.000 residenti. Anno 2014



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 periodo. Il dato, risente probabilmente della maggior rappresentatività della popolazione anziana della provincia di Ferrara rispetto alla media Regionale ed alle più frequenti comorbilità presenti in queste fasce di età.

Inoltre, è necessario procedere ad una ulteriore revisione della presa in carico delle patologie croniche responsabili di ricovero (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) da parte delle Case della Salute del territorio. Ciò con l'obiettivo di migliorare gli interventi atti a migliorare la stabilizzazione delle patologie croniche ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero da parte di questa tipologia di pazienti.

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



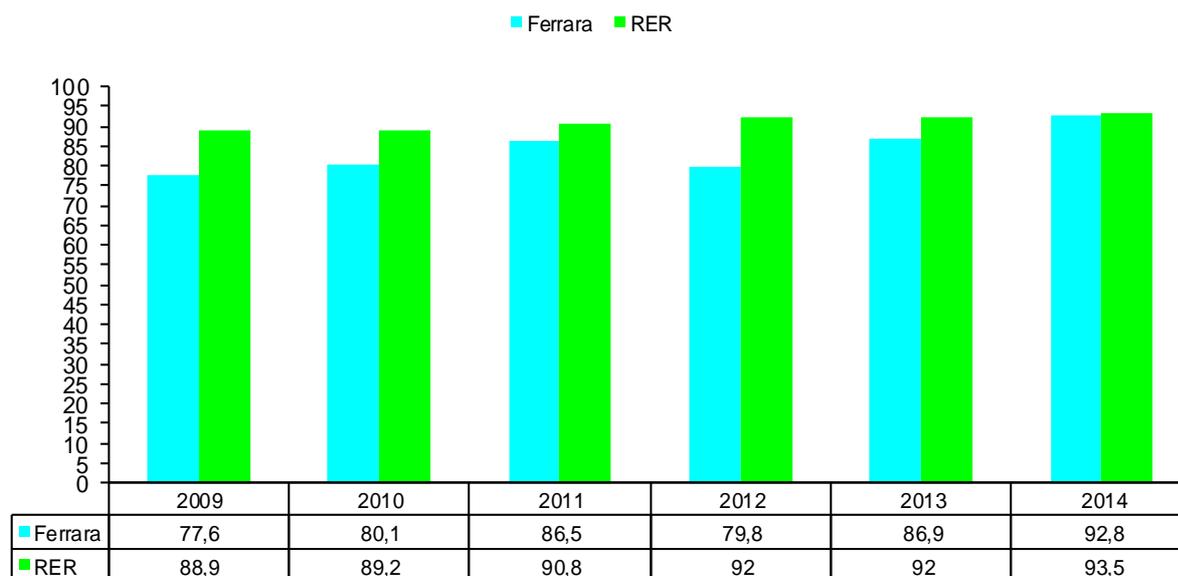
La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore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

Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni. L'Ausl di Ferrara ha ottenuto un importante miglioramento del valore dell'indicatore a partire dal 2011 grazie anche ai risultati di audit realizzati periodicamente.

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.

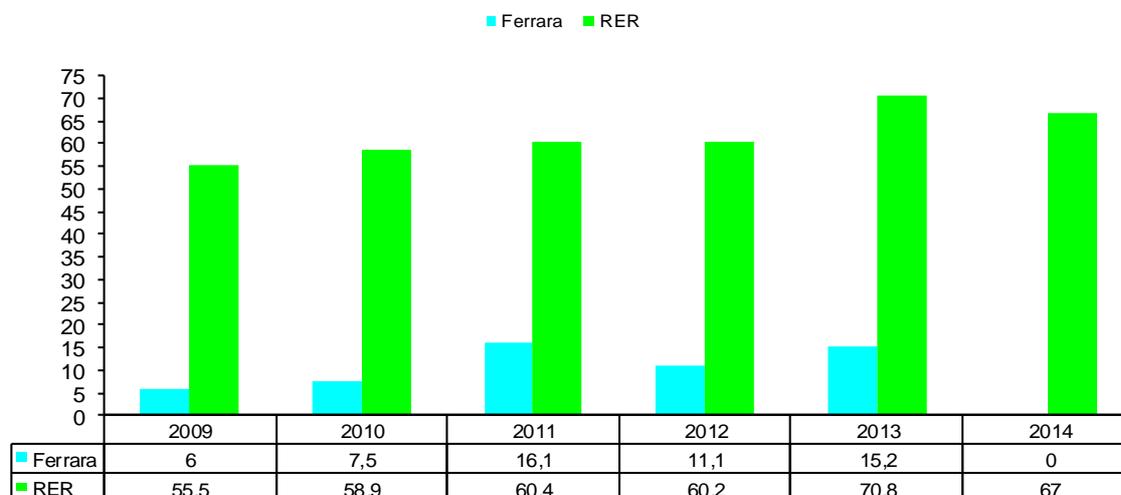
Seppur ancora al di sotto del valore regionale di riferimento, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, è passata da 23,4% nel 2009 al 55,7% nel 2014.

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



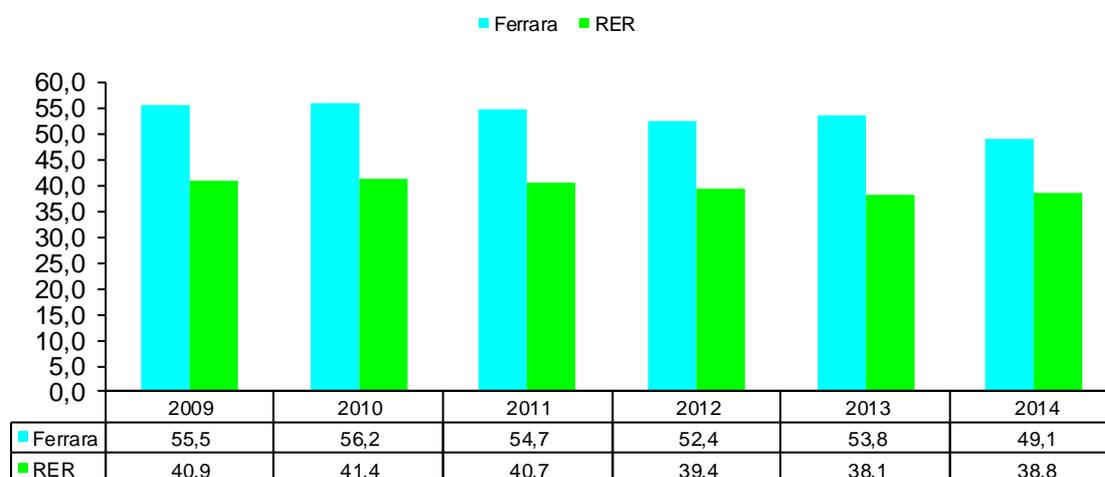
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze 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. Anno 2014 (per Ausl di Ferrara pari a zero.)



Per tale indicatore, non sono segnalati casi, in quanto, per effetto della riprogrammazione delle attività sanitarie della provincia di Ferrara, l'attività di PTCA è stata (dal Novembre 2013) concentrata tutta all'Hub di Cona

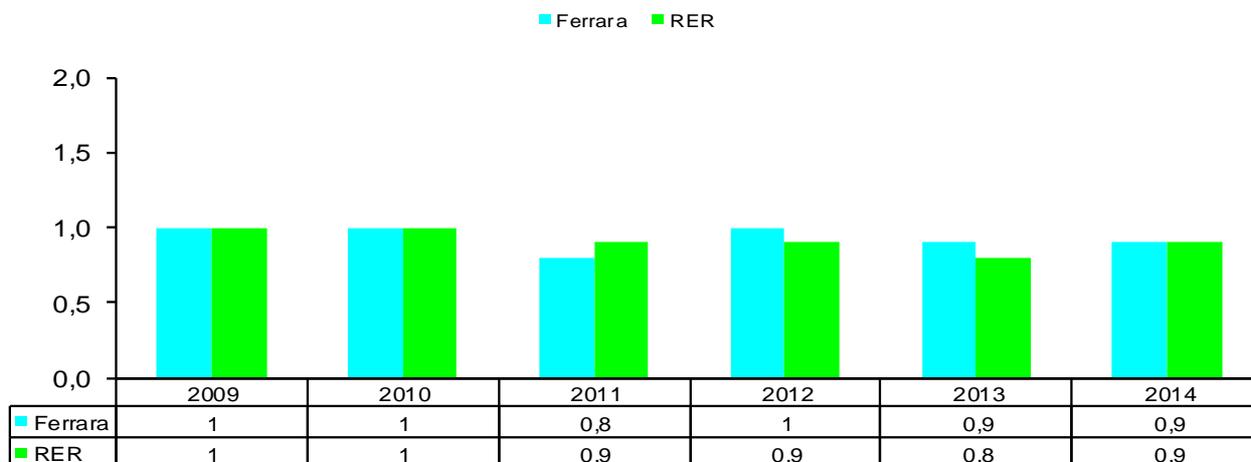
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti. Anno 2014



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.

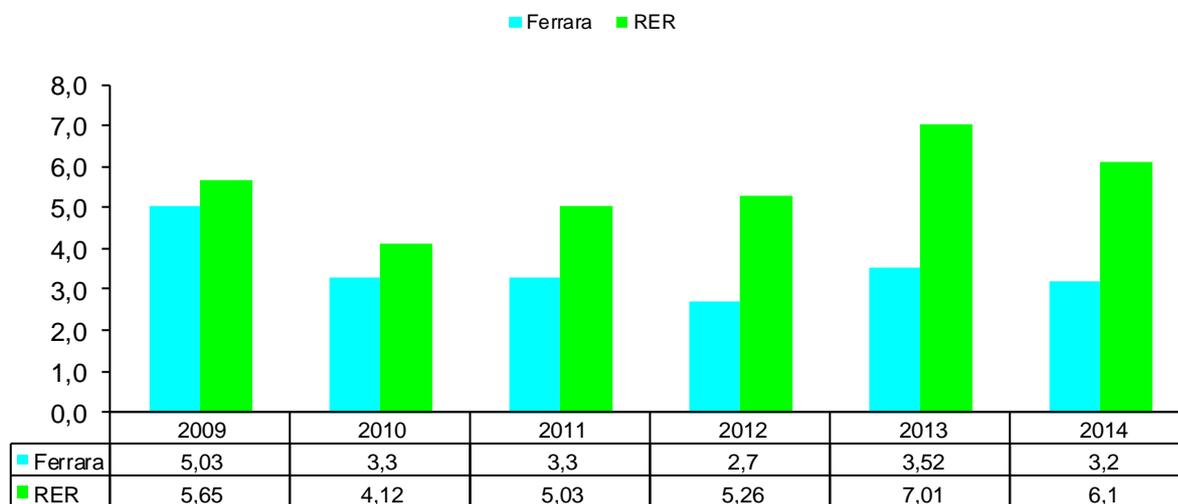
Il dato del tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio fatto registrare dai pazienti residenti nella provincia di Ferrara, risulta essere in tutto il periodo al di sopra della media regionale pur con differenze significative all'interno del territorio provinciale. L'Ausl ha quindi avviato una revisione della presa in carico dello scompenso cardiaco da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio nei diversi Distretti, con la fattiva collaborazione dei MMG e dei Specialisti Cardiologi, 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. Anno 2014



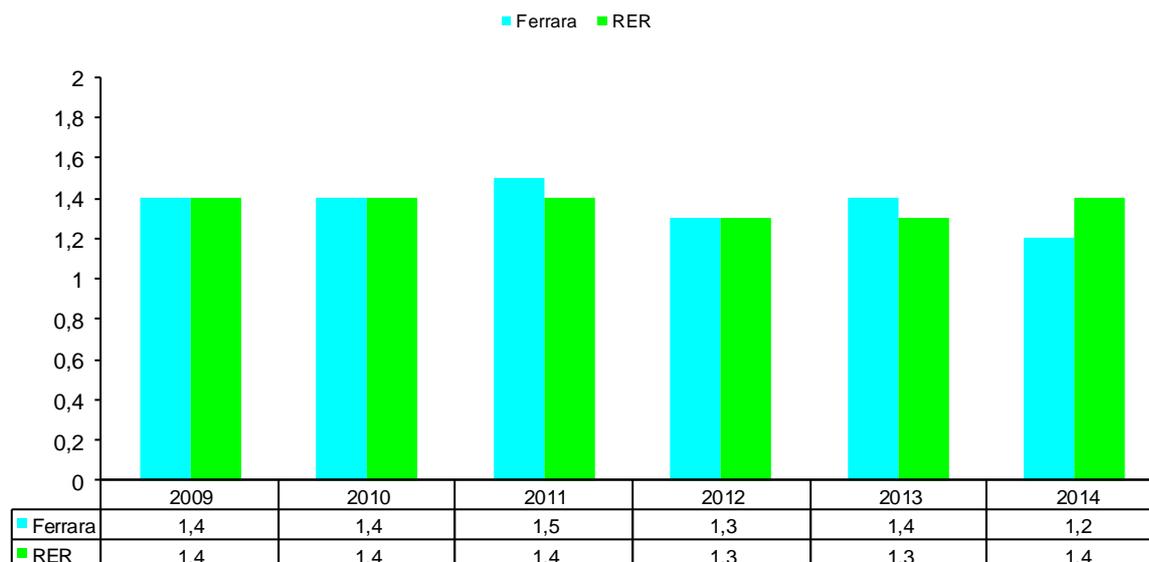
Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti 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. Anno 2014



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 periodo 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. Anno 2014



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.

Distribuzione per tipologia di segnalazione dagli URP aziendali e per oggetto della segnalazione

	Elogi		Impropri		Reclami e rilievi		Suggerimenti		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Aspetti tecnici professionali	200	197	--	--	167	89	--	1	367	287
Aspetti organizzativi	8	2	--	--	140	200	6	6	154	208
Aspetti relazionali	133	107	--	--	49	38	2	2	184	147
Tempi	--	--	--	--	75	69	--	--	75	69
Aspetti alberghieri e comfort	4	3	--	--	34	39	5	1	43	43
Aspetti economici	--	--	--	--	65	41	--	--	65	41
Informazione	6	5	--	--	21	27	--	--	27	32
Aspetti strutturali	--	--	--	--	11	16	--	2	11	18
Altro	16	7	--	--	9	7	--	1	25	15
Aspetti normativi	--	--	--	--	23	6	1	--	24	6
<i>Privo di CCRQ *</i>	--	--	23	13	--	--	--	--	23	13
Totale	367	321	23	13	597	532	14	13	1001	879

* Un evento classificato improprio non può avere da sistema un classificazione CCRQ

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