2011

BILANCIO DI MISSIONE 2011

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Nell'edizione del Bilancio di Missione del 2010 abbiamo dedicato la Sezione 7 all'importante Progetto delle "Case della Salute", l'evoluzione di un percorso di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, avviato da tempo in Emilia-Romagna con la costituzione dei Dipartimenti per le Cure Primarie e la loro articolazione nei Nuclei delle Cure Primarie in ogni Distretto, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza.

Questa sfida è nata grazie alle sinergie dei diversi attori istituzionali: la Regione Emilia-Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, i Comitati di Distretto, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le Associazioni di Volontariato, i Sindacati, oltre al contributo creativo ed innovativo dei professionisti e degli operatori dell'Azienda Sanitaria e dei Comuni.

Il delicato momento di vita nazionale ed internazionale che stiamo vivendo necessita nel concreto di risposte per riacquistare fiducia e capacità di progettare il futuro e nel 2011, nel nostro ambito di intervento, abbiamo seguito questa strada ed iniziato a vedere il concretizzarsi delle nostre idee in alcune delle "Case della Salute".

La prima, delle rete provinciale di 26 strutture che verranno attivate entro il 2014, è stata la Casa della Salute di Busseto, di tipologia media che ospita da tempo tutti i servizi previsti dalla normativa regionale. Le ulteriori sono state quelle di Langhirano, Medesano, Monticelli; nel 2012 quelle di Bedonia, Sala Baganza, Traversetolo e Felino. Sempre nel 2012 si proseguirà con la Casa della Salute di San Secondo e successivamente di quella di Colorno-Torrile, la prima che verrà attivata nel Distretto di Parma. Un forte impatto innovativo nel modo di curare e seguire gli utenti, che realizza forme organizzative e percorsi di cura integrati grazie al lavoro di rete tra professionisti, insieme alla certezza di agevolare e migliorare la risposta di salute.

Ringrazio come sempre tutti i colleghi che prestano la loro professionalità e credono nella capacità dell'Azienda di migliorarsi.

Auguro a tutti noi buon lavoro.

Massimo Fabi
Direttore Generale
Azienda USL di Parma

Indice

Sezione 1
Contesto di riferimento

- Territorio
- Ambiente
- Popolazione
- Condizioni socio-economiche
- Osservazioni epidemiologiche
- Studio Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia
- Sicurezza
- I Distretti in cifre

Sezione 2
Profilo aziendale

- Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- Impatto sul contesto territoriale
- Livelli Essenziali di Assistenza
- Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera
- Qualità dell'assistenza

Sezione 3
Obiettivi istituzionalie strategie aziendali

- Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria
- Universalità ed equità di accesso
- Centralità del cittadino
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
- Promozione del cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo

Sezione 4
Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

- La "carta di identità" del personale
- Valutazione dei rischi
- Valutazione delle competenze, affidamento degli incarichi aziendali e sistemi premianti
- Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze
- L'attività formativa

Sezione 5
Sistemi di relazione e strumenti di comunicazione

- Ruolo e strategia comunicativa
- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- I rapporti con i mezzi di informazione
- La comunicazione interna aziendale
- L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

Sezione 6
Ricerca e innovazione

- La funzione di ricerca e innovazione
- Progetti di modernizzazione

Sezione 7
Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: il progetto sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica

- Il Progetto SLA, le premesse
- Il premio al Progetto ed il modello assistenziale proposto

I PERCORSI COMUNI

Sezione 1 - IL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI PARMA

Le caratteristiche demografiche più significative sono l'alta percentuale di anziani e negli ultimi anni l'afflusso della popolazione immigrata, composto per lo più da persone in età lavorativa, e l'aumento della natalità, sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, della popolazione immigrata.

ESTENSIONE **3.449 Km²** | COMUNI **47** | DENSITÀ **129 ab/ Km²**

Residenti all'1.1.2012 in Provincia di Parma **445.283** | DISTRETTI SANITARI **4**

Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva diminuzione della popolazione nella zona montana a favore di quella collinare, mentre è rimasta invariata la quota relativa alla pianura. La distribuzione percentuale della popolazione straniera sul territorio, pur simile a quella generale, presenta una maggiore concentrazione nelle aree di pianura, rispetto alla montagna, dove risiede solo il 3,8% degli stranieri, nella maggioranza donne.
La percentuale di abitanti in montagna è la più alta della regione, la cui media complessiva di residenti in zone di montagna è del 4,4%.
La popolazione straniera residente in Italia ha superato i 4 milioni di persone, ma sia l'Emilia-Romagna che la nostra città sono caratterizzate da flussi migratori molto più consistenti. Infatti, al primo gennaio 2011, gli stranieri residenti in Regione sono 500.585, pari al 11,3% della popolazione residente, mentre a Parma hanno raggiunto i 55.069 (12,5%) e risultano quadruplicati nell'arco di un decennio: il flusso ha subito un incremento più marcato negli ultimi anni, in particolare dal 2006 al 2011 l'aumento è stato di oltre il 63%.
I comuni nei quali la popolazione immigrata è maggiormente presente sono quelli della fascia collinare anche se, pur partendo da numeri molto esigui, anche in montagna si sono evidenziati aumenti significativi.

Fonte: www.statistica.parma.it

Tutti i dettagli dedicati ai temi della popolazione e del territorio, in particolare relativo al territorio di riferimento dell'AUSL di Parma, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 1.

Sezione 2 - LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

L'Azienda USL di Parma ha chiuso l'esercizio 2011 con un risultato pari a – 0,852 milioni di €; a fronte di incremento dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a 7,606 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a 1,383 milioni di € (+ 0,2 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 6,315 milioni di € (+ 0,8%). Sull'incremento dei costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per acquisto di beni.

COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE - 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Totale ricavi	759.370	794.000	813.276	820.883
Totale costi	750.594	788.018	805.180	811.495
Finanziamento regionale	683.537	712.744	727.377	728.760
Incremento finanziamento regionale in %	4,91	4,27	2,05	0,2

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

Negli ultimi quattro anni il **risultato netto d'esercizio** conseguito dall'Azienda può pertanto essere così rappresentato:

2008	2009	2010	2011
- 1.988	- 3.698	- 1.750	- 852

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

L'andamento dei risultati d'esercizio del periodo, rappresentati nella tabella, attestano il consolidamento della situazione di equilibrio economico-finanziario raggiunta dall'Azienda.
Come riportato di seguito si conferma, per tutti gli anni considerati, dall'anno 2006 all'anno 2010, una spesa procapite dell'Azienda di Parma leggermente al di sotto di quella regionale; osservando la serie storica si nota come nell'anno 2010 questo differenziale negativo si attesta al 4,48%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 17,6% e del costo per assistito pari al 13,2%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,9%. Le variazioni nel tempo delle variabili in oggetto sono in linea con quelle registrate a livello regionale per quanto concerne i costi nominali, mentre sono sensibilmente superiori nel costo pro capite anche a causa di una minore crescita della popolazione.

COSTI PER ASSISTITO - ANNI 2006-2010

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna				
	Costi	Popolazione°	Procapite	Costi	Popola-zione	Procapite	Scostamen-to % PR vs RER	Scostamen-to Econo-mico PR vs RER
2006	634.444	426.140	1.488,82	6.680.245	4.187.544	1.595,27	-6,67	-106,45
2007	671.918	429.256	1.565,31	6.972.808	4.223.585	1.650,92	-5,19	-85,62
2008	702.766	433.687	1.620,44	7.242.534	4.275.843	1.693,83	-4,33	-73,38
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,31
2010	746.108	442.666	1.685,49	7.755.923	4.395.606	1.764,47	-4,48	-78,98
Scostamento % A. 2006-2010	17,60%	3,88%	13,21%	16,10%	4,97%	10,61%		

° Si rimarca come sia in questa che nelle tabelle della Sezione 2 del documento, la popolazione sia stata pesata per tenere conto della struttura per età e sesso ai fini di un calcolo corretto degli indicatori di interesse.

Declinando l'analisi dei costi pro capite nelle Aree dei livelli di assistenza si rileva l'aumento nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 15,2%, e nell'assistenza ospedaliera, che aumenta del 12,9%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione dell'8,4%, salto interamente ascrivibile alla diminuzione del costo pro capite tra l'anno 2009 e l'anno 2010.

COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA - ANNI 2006-2010

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2006	57,38	57,35	807,54	884,57	625,27	653,45
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62
2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,40	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	52,53	57,87	930,46	1.019,03	706,24	687,58
Scostamento % 2006-2010	-8,45%	0,90%	15,22%	15,20%	12,95%	5,22%

I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale fanno risaltare come, anche disarticolando la variabile costo pro capite per livello di assistenza, i costi pro capite aziendali si mantengono al di sotto della media regionale, con l'eccezione dell'Assistenza Ospedaliera per gli anni 2008, 2009 e 2010.

Tutti i dettagli relativi al tema delle risorse, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

Sezione 2 - L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'Assistenza distrettuale in ambito aziendale trova una sua distribuzione in tutto il territorio attraverso strutture gestite direttamente dall'Azienda Usl, strutture dell'Azienda Ospedaliera e strutture private con le quali l'Azienda USL ha stipulato accordi di fornitura o convenzioni. La rete dell'offerta vede una forte polarizzazione su Parma in cui sono presenti oltre alle strutture dell'AUSL anche l'Azienda Ospedaliera e gran parte delle strutture private. Gli altri bacini di gravitazione sono incentrati su sedi in cui c'è un presidio ospedaliero: Fidenza, San Secondo e Borgo Val di Taro nonché strutture poliambulatoriali rilevanti (Fornovo, Langhirano). Per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche, è presente un polo significativo per Distretto, affiancato da altre sedi importanti a Fornovo (Bassa Valtaro) e Colorno (Zona rivierasca del Po). Le attività del Dipartimento di Salute Mentale sono invece garantite da una significativa presenza in tutti i Distretti e comprende strutture residenziali, semiresidenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali.
In provincia sono infine presenti 136 punti di accesso alla prenotazione distribuiti capillarmente in tutti i comuni del territorio: si tratta di strutture dell'Azienda Usl, punti di Accoglienza dell'Azienda Ospedaliera e punti esterni istituiti presso Farmacie, Comuni, Associazioni e Medici di Medicina Generale. I punti di accesso comprendono anche 16 punti di Sportello Unico Distrettuale che consentono all'utenza di poter accedere alla principali funzioni delle Cure Primarie (iscrizione al SSN, scelta e revoca del medico, esenzioni, assistenza all'estero, prenotazioni, ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa).

Lo sviluppo del modello assistenziale "Casa della Salute"

Da alcuni anni la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso di ridefinizione dei servizi territoriali mirato a garantire la presa in carico delle persone, la prossimità delle cure, la continuità assistenziale e risposte globali al bisogno di salute espresso. A tal fine sono stati costituiti, in tutte le Aziende USL, i Dipartimenti delle Cure Primarie articolati in Nuclei di Cure Primarie, reti cliniche territoriali che rappresentano le unità operative fondamentali per l'erogazione delle cure primarie. L'erogazione delle cure si realizza attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali.
Per portare a compimento il sistema delle cure primarie, la RER intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture sanitarie e sociosanitarie, definite "Case della Salute" (DGR 291/10) che siano punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, ma anche la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.
Sulla base di tali indicazioni l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica, formalizzata alla RER con nota protocollo n. 71220 del 27/08/10 (ricognizione aziendale relativa alle progettualità avviate nei distretti relative alle Case della Salute)

che vede in previsione complessivamente 26 Case della Salute individuate e classificate secondo le tipologie previste dalla DGR 291/10.
Lo sviluppo del sistema Case della Salute in provincia di Parma pone alla sua base il concetto di *"patient centred primary care"*, fondamentale linea di indirizzo per l'innovazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Su tale concetto, in ciascuna delle realtà progettate, verranno perseguiti i seguenti principi:

- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);
- il *coordinamento delle cure* (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute opererà un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.
Nelle Case della Salute la continuità delle cure verrà garantita attraverso "percorsi di cura ed assistenza", in cui sarà definita la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi sotto diversi aspetti (complessità sanitaria, complessità socio-assistenziale, complessità familiare) e che saranno erogati da professionisti che, pur appartenendo ad aree differenti (sanitaria, sociale, servizi educativi, ecc.), si troveranno ad operare nel medesimo contesto di Casa della Salute.
Al fine di favorire il cambiamento culturale necessario per realizzare il complesso sistema di integrazione, aspetto cruciale del sistema "Casa della Salute", è stato progettato ed avviato nel 2011 uno specifico percorso formativo rivolto ai professionisti dei diversi contesti.
Per garantire continuità assistenziale nelle zone montane e della pianura, a bassa densità abitativa, l'impegno dell'Azienda si traduce nella realizzazione di articolazioni che si potranno configurare come sedi secondarie del Nucleo di Cure Primarie a cui afferiscono, contribuendo a garantire servizi e assistenza H12 (anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali tra i MMG, i PLS ed i MCA che li costituiscono).

Tutti i dettagli di attività dedicati all'ambito dell'assistenza distrettuale ed in particolare alle Case della Salute, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

Sezione 2 - HOSPICE

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2011, continuato il proprio sviluppo nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali mirate a rimodulare l'articolazione dei servizi per rispondere alle mutate esigenze dei pazienti, in particolare sul versante del controllo del dolore e della qualità dell'assistenza residenziale.
L'attività è coordinata a livello aziendale al fine di definire ed uniformare interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ed ospedaliera delle cure palliative. Gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e la scarsa invasività, in quanto la componente clinica è di minore intensità rispetto a quella assistenziale, caratterizzata da un'assistenza infermieristica di base continuativa. Questa ha reso possibile affidare ad unità infermieristiche specializzate le responsabilità organizzative, gestionali e clinico-assistenziali.

HOSPICE AZIENDALI - POSTI LETTO, PAZIENTI, GIORNI DI DEGENZA

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	09	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	171	191	185	84	83	85	110	112	119
Giornate di degenza	4.104	4.650	5.111	2.516	2.408	2.488	2.512	3.011	3.418

	Parma			Totale		
	09	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**
Posti letto	8	8	8	41	41	41
Pazienti	112	108	118	477	494	507
Giornate di degenza	2.816	3.045	2.855	11.948	13.114	13.872

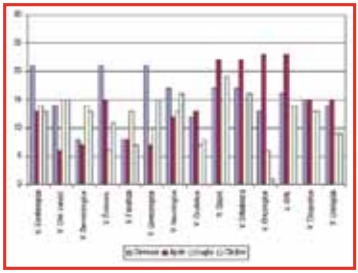
I dati di attività manifestano un incremento significativo sia per quanto riguarda il numero assoluto di pazienti sia per quanto riguarda la presenza media giornaliera.

Sezione 2 - L'ASSISTENZA SPECIALISTICA
I tempi di attesa

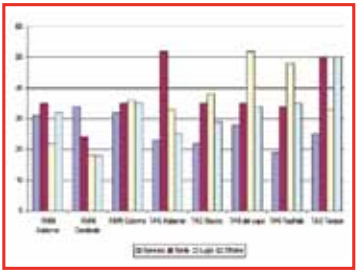
La valutazione del tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta per il cittadino un elemento fondamentale: tuttavia, ai fini di una valutazione multifattoriale, ad essa vanno affiancati i livelli di consumo per le prestazioni, il sistema di offerta ed accessibilità, l'appropriatezza e il governo della domanda.
In ambito aziendale il tema del monitoraggio dei tempi di attesa ha trovato puntuale applicazione attraverso le rilevazioni nazionali e regionali. Inoltre, mensilmente, viene elaborata una locandina relativa ai tempi di attesa che considera la prima disponibilità in una sequenza di più giorni.

Nel corso del 2010, è stato consolidato il sistema di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel caso in cui non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per le visite (30 giorni) e gli esami di diagnostica (60 giorni) attraverso un'offerta aggiuntiva governata direttamente dai distretti committenti.
A conferma della stabilità dei tempi di attesa, sono stati illustrati dai referenti dell'Assessorato alla Salute della Regione Emilia-Romagna i dati relativi all'attività di assistenza specialistica ambulatoriale: nei dati a disposizione dell'Assessorato e presentati in Commissione Regionale Politiche per la Salute, ricavati dalle rilevazioni effettuate in una settimana campione di aprile 2012, al primo posto, e con distacco, c'è Parma: su 49 tipologie di prestazioni specialistiche disponibili in Regione, nella città ducale ne vengono effettuate 46, e in soli tre casi l'indice di performance, cioè la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard, è inferiore al 90% ma comunque superiore all'80%.
Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2011: i grafici sottostanti si riferiscono al valore mediano dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri; riferendosi ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice i dati possono risentire dei fattori di scelta dell'utenza.

ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA
VISITE - ANNO 2011

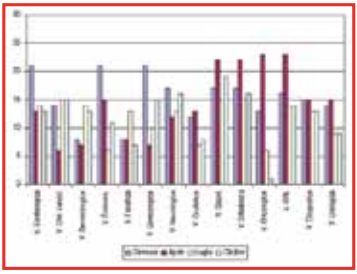


ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA
DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE - ANNO 2011



L'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica-alte tecnologie evidenzia una situazione equilibrata sia per quel che riguarda le TAC che per le RMN. Le tempistiche entro lo standard si sono consolidate a seguito di azioni di potenziamento strutturale dell'offerta.

ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA
ALTRA DIAGNOSTICA - ANNO 2011

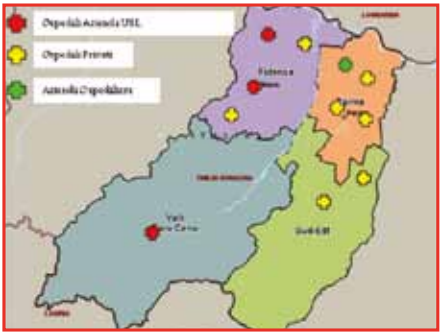


Tutti i dettagli di attività dedicato all'ambito della specialistica sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

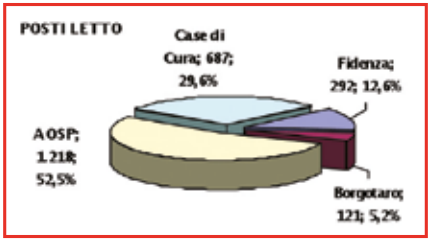
Sezione 2 - L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

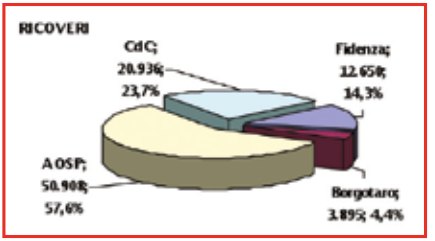
Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2011, di complessivi 2.318 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate; l'82,2% dei posti è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 52,5% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 29,6%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.
Dei 2.318 posti complessivamente disponibili il 76,5% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,9% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 11,6% viene utilizzato per lungodegenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 48,3% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi) e quindi tendono ad erogare un numero inferiore di ricoveri con durata di degenza più lunga.

LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE



NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA ANNO 2011





Nel 2011 permane un'offerta di posti letto superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è infatti di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,2. I posti letto per acuti sono scesi dai 4,3 del 2007 agli attuali 4,0 mentre, sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione, l'offerta è progressivamente scesa dall'1,3 del 2007 all'1,2 attuale. In tal senso incide la presenza di funzioni sovra provinciali dell'AOU e di due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione.

Tutti i dettagli di attività dedicati all'assistenza ospedaliera, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

Sezione 2 - LA PREVENZIONE

Gli ambiti dedicati alla prevenzione in cui l'Azienda opera, riguardano diversi aspetti tra cui la prevenzione individuale e collettiva. Nell'ambito delle attività di prevenzione si collocano le Commissioni Medico Legali il cui principale obiettivo è l'accertamento dell'invalidità civile e del riconoscimento delle condizioni di handicap, garantire la qualità delle prestazioni erogate, assicurare nel contempo il rispetto dello standard dei tempi di attesa. Ulteriore ambito di intervento riguarda **le attività vaccinali.** Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo più efficace di prevenzione primaria per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie. La recente approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 ha permesso di individuare obiettivi a medio termine, che riguardano in particolare:

- miglioramento dei sistemi informativi della malattie infettive e delle vaccinazioni;
- mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti per l'infanzia per tutte le vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
- migliorare le coperture per la vaccinazione HPV e quelle delle persone a rischio per patologia o condizione professionale;
- promuovere la qualità delle vaccinazioni;
- contenere la diffusione delle malattie trasmesse da vettori già endemiche nel territorio regionale (WN e Leishmaniosi) e ridurre la probabilità che patologie di importazione diano luogo a focolai autoctoni.

Altro ambito sono **le attività di Screening;** un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale, con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow- up; il suo presupposto fondamentale è la partecipazione della popolazione interessata. Anche il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 persegue questa visione di "sistema", indicando obiettivi simili per tutti e tre gli screening attivi nel nostro territorio già dal 1998.

Sempre nell'ambito della prevenzione collettiva, grande impegno negli ultimi anni è stato profuso per le **sicurezza nei luoghi di lavoro.** Il contrasto degli infortuni sul lavoro e le malattie da lavoro rimane obiettivo prioritario dei Servizi prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), rafforzato dalle linee di indirizzo nazionali contenute nel "Patto per la Salute", che recepisce l'intesa tra Governo e Regioni, successivamente trasformato nel DPCM del 17.12.07 e dall'entrata in vigore della nuova normativa di settore (D.Lgs 81/08). L'attività dell'Azienda si è indirizzata per coordinare gli impegni e le attività di diversi soggetti in un contesto di profondo cambiamento del mercato del lavoro, della struttura economico-produttiva delle imprese, ma anche di forte rinnovamento del sistema di regole che governano la tutela della salute negli ambienti di lavoro.

Tutti i dettagli di attività dedicati all'ambito della prevenzione sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nelle Sezioni 1 e 2.

Sezione 3 - OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

Questa Sezione del documento è finalizzata ad esplicitare i principali obiettivi istituzionali aziendali e ad illustrare le modalità adottate per conseguirli. I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto nei documenti di pianificazione e programmazione dell'attività regionale e aziendale.

Il 2011 è stato un anno ricco di iniziative illustrate sinteticamente in ogni Sezione, nel quale si è sviluppata ulteriormente la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: sono previsti anche in questa edizione alcuni ***Percorsi elaborati in modo comune*** dai professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie, presenti non solo nella Sezione 3.

Di seguito i Percorsi elaborati in modo comune dalle due Aziende sanitarie presenti nelle Sezioni:

- Lo screening dei tumori del colon retto
- Il Progetto ICT di Sanità on line
- L'emergenza territoriale
- Il percorso nascita
- La rete cardiologia
- La gestione integrata diabete
- L'assistenza odontoiatrica
- La comunicazione integrata tra le due Aziende Sanitarie provinciali
- Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico Unico
- Equità in sanità

Programmazione

Nel corso del 2011 la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha assicurato lo svolgimento delle funzioni previste dalla normativa regionale con riguardo agli atti di programmazione aziendale (bilancio pluriennale 2011-2013, bilancio preventivo annuale 2011 e bilancio di esercizio 2010) e alla programmazione e riparto del Fondo

regionale per la non autosufficienza. Sempre con riferimento all'attività di programmazione l'impegno dell'Azienda si è concretizzato nel supporto alla CTSS, per il monitoraggio del P.A.L. 2009-2011, presentato con incontri appositamente organizzati nei quattro Comitati di Distretto. Inoltre la CTSS ha approvato il Piano aziendale "Case della Salute" che prevede la realizzazione di n. 26 strutture nei quattro Distretti.

È stata mantenuta la presenza puntuale e costante dei rappresentanti dell'Azienda U.S.L. in ogni ambito distrettuale ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano per la stesura e l'approvazione del Piano Attuativo 2011 e del documento di programmazione area anziani e disabili.

Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie

Nel 2011 l'Azienda, dopo aver definito uno specifico Progetto aziendale illustrato nel Bilancio di missione 2010, si è impegnata nella realizzazione definite nei singoli progetti ed ha avviato un percorso formativo volto a perseguire il necessario cambiamento culturale finalizzato alla concreta realizzazione delle Case della Salute. Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta un obiettivo strategico del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da un'aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata dei servizi distrettuali.

In specifico nel corso del 2011 sono state formalmente attivate le seguenti Case della Salute:

- Busseto - Distretto di Fidenza (inaugurata il 09/12/2011)
- Langhirano - Distretto Sud-Est (inaugurata il 14/12/2011)
- Medesano - Distretto Valli Taro e Ceno (inaugurata il 16/12/2011)
- Monticelli - Distretto Sud-Est (inaugurata il 17/12/2011)
- S. Secondo - Distretto di Fidenza (adeguamenti completati secondo la programmazione nel mese di gennaio 2012).

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi all'attività Distrettuale ed alle Cure Primarie ed alle Case della Salute si rimanda alla **Sezione 2.**

Cambiamento organizzativo

Governo Clinico

Il processo di cura è un sistema complesso che spesso richiede l'intervento di molteplici figure professionali. Il governo clinico esige un'assistenza integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative, condizioni che sono realizzabili pienamente solo nel contesto di un'organizzazione di tipo dipartimentale, assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che la compongono. Per ottenere i risultati desiderati, occorre che le capacità tecnico-cliniche siano adeguatamente supportate da strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Si tratta di un impegno multidisciplinare, che deve trovare la collaborazione sia tra operatori clinici, sia tra chi nei servizi ha responsabilità cliniche e chi ha invece responsabilità organizzative e manageriali.

Tutti i dettagli di attività dedicati al tema del Governo Clinico ed in generale a temi strategici sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 3.

Sezione 4 - IL PERSONALE

I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:
- uno per la Dirigenza Medica e Veterinaria;
- uno per la Dirigenza Sanitaria (Farmacisti, Fisici, Biologi, Chimici, Psicologi, ecc.), Tecnica, Professionale ed Amministrativa;
- uno per il Comparto (sia del ruolo Sanitario, Tecnico, Amministrativo).

La tabella seguente elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2011 comprendente anche il personale assunto ai sensi dell'art. 15 septies D.lgs. 502/92; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 524 unità ossia il 20,0%. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,6% del totale.

Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,3%, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E TEMPO DETERMINATO

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2011				
Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31.12.2011	%
Dirigenti Medici Veterinari	427	3	430	
Dirigenti Sanitari	63	0	63	2,4
Dirigenti PTA	34	0	34	-
Totale Dirigenza	***524***	***3***	***427***	***20***
Personale infermieristico	936	30	966	36,6
Personale tecnico sanitario	87	4	91	3,4
Personale prevenzione	120	1	121	4,6
Personale riabilitazione	150	5	155	5,9
Assistenti sociali	28	9	37	1,4
Personale tecnico	193	9	202	7,7
O.S.S.	182	5	187	7,1
Personale amministrativo	351	1	352	13,3
Totale Comparto	***2.047***	***64***	***2.111***	***80***
TOTALE	**2.571**	**67**	**2.638**	**100**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto alle macroarticolazioni, il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti n. 705. Altra articolazione con rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza/S.Secondo, con n. 614 operatori.

Il personale femminile è pari al 71,62% del totale, e rappresenta il 78% dell'Area Comparto, ed il 49,5% nell'Area Dirigenziale (era il 45,0%). Riguardo il dato anagrafico, vediamo che la concentrazione assolutamente più rilevante è fra i 40 ed i 55 anni, oltre il 60% complessivo. Fra gli uomini anche la fascia di età 55/59 è rilevante rappresentando il 20% del totale.

	Personale al 31.12.2010	Personale al 31.12.2011
Sede centrale	303	308
Distretto di Parma	743	749
Distretto di Fidenza	318	329
P.O. di Fidenza	635	651
Distretto Valli Taro e Ceno	175	177
P.O. Borgo Val di Taro	228	229
Distretto Sud-Est	195	195
TOTALE	**2.597**	**2.638**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Il conteggio del personale della tabella precedente fotografa la situazione al 31.12 e conteggia ogni unità come "intera", tenendo conto anche del personale a part-time e di quello occupato solo per un periodo dell'anno.

Tutti i dettagli dedicati al tema del personale sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 4.

Sezione 5 - SISTEMI DI RELAZIONE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

La comunicazione migliora il rapporto con l'utenza valorizzando il cittadino con i suoi bisogni e le sue aspettative all'interno delle strutture sanitarie. Deve garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie.

COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI

- Sviluppo sito Internet
- Newsletter on line via e-mail
- Sito WEB "Informarsi è Formarsi"
- Spazio Giovani
- Sportello Unico
- Saluter

DOCUMENTAZIONI E PUBBLICAZIONI

- Carta dei Servizi
- Guide informative
- Pieghevoli
- BDM

RAPPORTI CON I MEZZI DI INFORMAZIONE

- Informasalute
- Trasmissioni televisive
- Comunicati stampa

COMUNICAZIONE INTERNA

- Flash d'Azienda
- Intranet
- Rassegna stampa on-line

Tutti i dettagli dedicati al tema della comunicazione sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 5.

Sezione 7 - IL PROGETTO sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica

"Per l'innovazione, l'originalità, l'esportabilità in altri contesti e per i risultati raggiunti in termini di benefici alla persona": sono queste le motivazioni della menzione speciale assegnata a Roma dalla Giuria del Premio Nazionale Gerbera d'oro[1] 2011 alla presenza del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, al progetto per le cure palliative domiciliari sviluppato da Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA).
Il Progetto premiato, dedicato alle cure palliative domiciliari ai malati di SLA, prevede che un medico palliativista, messo a disposizione per il 2011 dall'AISLA, integri le équipe multidisciplinari di specialisti che curano ed assistono i malati affetti da questa patologia. Questa figura interagisce nella cura al malato con il medico di medicina generale o lo specialista, l'infermiere, l'assistente sociale, lo psicologo e con altre figure professionali eventualmente coinvolte, sia in strutture di ricovero che a domicilio dei pazienti.
Il modello di assistenza dell'equipe multiprofessionale proposto, rappresenta l'approccio migliore alla persona malata di SLA. Il medico palliativista in possesso di un'esperienza in medicina palliativa affianca un altro medico, l'infermiere, l'assistente sociale, lo psicologo e altre figure dello scenario di cura, interagendo con esse in una **modalità di equipe "orizzontale"** in tutte le fasi di malattie al fine di condividere il progetto di vita e di cure elaborato ed in continuità con quanto predisposto dalla struttura ospedaliera di riferimento.
Parte integrante dell'equipe polispecialistica interaziendale è il medico di medicina generale che ha in cura il paziente, l'infermiera del territorio e l'assistente sociale del distretto. Nel percorso di cura può emergere la necessità di una consulenza ambulatoriale o domiciliare ed il medico palliativista presente effettua la consulenza: attraverso il referto di prima visita individua eventuali criticità in atto e prescrive una terapia adatta nel pieno rispetto del piano assistenziale già previsto.
Nell'ambito di questo percorso di cura vengono condivisi gli esiti di visite al fine di avere sempre a disposizione l'aggiornamento del quadro clinico e la revisione delle terapie con l'equipe curante.

Tutti i dettagli del Progetto SLA sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 7.

[1] Il **Premio Gerbera d'oro** dal 2006 viene assegnato da una Commissione mista Fondazione Ghirotti – Conferenza delle Regioni e Province Autonome alla struttura sanitaria nazionale che si sia particolarmente distinta per la sua attività nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

Il Cd può essere consultato dagli utenti di sistemi PC-Windows e Mac con istallato Acrobate Reader o di altri sistemi operativi con installato un browser dotato di Abobe Flash Player.

Sistemi operativi Windows
Nel caso in cui la presentazione non si avviasse in automatico: fare doppio click su Risorse del Computer, doppio click su CD, doppio click su START.EXE.

Altri sistemi operativi
Aprire il CD e fare doppio click su START.HTML, previa installazione sul browser di Adobe Flash Player.

2011

BILANCIO DI MISSIONE 2011

SINTESI DEL BILANCIO DI MISSIONE, LA CUI VERSIONE INTEGRALE È DISPONIBILE SU CD ALLEGATO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Introduzione al Bilancio di Missione 2011

Nell'edizione del Bilancio di Missione del 2010 abbiamo dedicato la Sezione 7 all'importante Progetto delle "*Case della Salute*", l'evoluzione di un percorso di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, avviato da tempo in Emilia-Romagna con la costituzione dei Dipartimenti per le Cure Primarie e la loro articolazione nei Nuclei delle Cure Primarie in ogni Distretto, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza.

Questa sfida è nata grazie alle sinergie dei diversi attori istituzionali: la Regione Emilia-Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, i Comitati di Distretto, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le Associazioni di Volontariato, i Sindacati, oltre al contributo creativo ed innovativo dei professionisti e degli operatori dell'Azienda Sanitaria e dei Comuni.

Il delicato momento di vita nazionale ed internazionale che stiamo vivendo necessita nel concreto di risposte per riacquistare fiducia e capacità di progettare il futuro e nel 2011, nel nostro ambito di intervento, abbiamo seguito questa strada ed iniziato a vedere il concretizzarsi delle nostre idee in alcune delle "*Case della Salute*".

La prima, delle rete provinciale di 26 strutture che verranno attivate entro il 2013, è stata la Casa della Salute di Busseto, di tipologia media che ospita da tempo tutti i servizi previsti dalla normativa regionale.

Le ulteriori sono state quelle di Langhirano, di Medesano e di Monticelli. Nel 2012 si proseguirà con la Casa della Salute di San Secondo e successivamente di quella di Colorno-Torrile, la prima che verrà attivata nel Distretto di Parma.

Un forte impatto innovativo nel modo di curare e seguire gli utenti, che realizza forme organizzative e percorsi di cura integrati grazie al lavoro di rete tra professionisti, insieme alla certezza di agevolare e migliorare la risposta di salute.

Ringrazio come sempre tutti i colleghi che prestano la loro professionalità, e credono nella capacità dell'Azienda di migliorarsi.

Auguro a tutti noi buon lavoro.

Massimo Fabi
Direttore Generale
Azienda USL di Parma

Sezione 1

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Territorio

Ambiente

Popolazione

Condizioni socio-economiche

Osservazioni epidemiologiche

Studio Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia

Sicurezza

I Distretti in cifre

Territorio

Collocazione geografica

La provincia di Parma, in cui l'Azienda Usl di Parma, con i suoi quattro Distretti, svolge l'attività istituzionale, presenta una superficie di 3.449 Kmq, ponendosi così al secondo posto in Regione per estensione.

I suoi confini sono condivisi con altre 3 regioni (Lombardia, Liguria, Toscana), per un totale di 7 province: Piacenza a ovest, Reggio Emilia a est, a nord Cremona e Mantova, a sud Massa Carrara, La Spezia e Genova. Sviluppandosi tra il fiume Po e l'Appennino Tosco Emiliano, la provincia di Parma si caratterizza per una composizione geofisica diversificata. Il territorio risulta, infatti, composto per il 25% da pianura alluvionale, la Pianura Padana, da un restante tratto collinare e uno montano, la cui estensione la posizionano al primo posto in regione. Il territorio forestale e boschivo si estende per circa il 38%, arrivando a punte di 80% in alcuni comuni appeninici.

FIGURA 1 CARTINA GEOGRAFICA DELL'AZIENDA USL DI PARMA E DEI SUOI DISTRETTI

Fonte: Elaborazione Azienda USL di Parma.

Distribuzione territoriale della popolazione residente

Distribuzione della popolazione per zone altimetriche

La distribuzione della popolazione residente per zona altimetrica e per distretto è la seguente:

TABELLA 1 DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO E ZONA ALTIMETRICA

Zona altimetrica	Montagna	Collina	Pianura	TOTALE

Distretto Fidenza	-	56,9%	43,1%	100%
Distretto Parma	-	-	100%	100%
Distretto Valli Taro e Ceno	52,7%	47,3%	-	100%
Distretto Sud-Est	8.6%	77,2%	14,2 %	100%
TOTALE	**7,0%**	**31,5%**	**61,5%**	**100%**

Fonte: "–Osservatorio demografico Provincia di Parma – dati popolazione al 1/1/2011

Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva diminuzione della popolazione nella zona montana a favore di quella collinare, mentre è rimasta invariata la quota relativa alla pianura.

La distribuzione percentuale della popolazione straniera sul territorio, pur simile a quella generale, presenta una maggiore concentrazione nelle aree di pianura, rispetto alla montagna, dove risiede solo il 3,8% degli stranieri, nella maggioranza donne.

La percentuale di abitanti in montagna è la più alta della regione, la cui media complessiva di residenti in zone di montagna è del 4,4%.

Ambiente

Aria

L'inquinamento atmosferico è determinato dalla presenza nell'aria di una o più sostanze indesiderabili o estranee, in quantità e per una durata tale da alterare la salubrità dell'aria stessa e da costituire un pericolo per la salute, a partire dai gruppi più suscettibili: anziani, bambini, soggetti affetti da patologie croniche. Le polveri fini (PM10 e PM2,5) sono gli indicatori più frequentemente associati a rischi per la salute, come dimostrato da numerosi studi epidemiologici. Gli effetti nocivi possono essere si di tipo acuto, manifestandosi nei giorni in cui la concentrazione degli inquinanti è più elevata (aggravamento di sintomi respiratori e cardiaci in soggetti predisposti, infezioni respiratorie acute, crisi d'asma, disturbi respiratori o ischemici), sia di tipo cronico, per effetto di esposizioni di lungo periodo (bronchite cronica, diminuita capacità polmonare, tosse).

Per quanto riguarda il nostro territorio, la percentuale di giornate/anno con valori di PM10 nella norma (40 microgrammi/metro cubo) sta progressivamente aumentando, passando dal 39% del 2001 al 59% del 2011; si deve comunque evidenziare come nell'ultimo anno ci sia stato un peggioramento, che ha fatto tornare la percentuale ai valori del 2008. Questo risultato deve essere considerato migliorabile, se si fa riferimento al valore guida annuale indicato dall'OMS di 20 microgrammi/metro cubo, limite che porterebbe ad una diminuzione del 7% dell'incidenza di tosse e sintomi respiratori e del 2% dei ricoveri ospedalieri per problemi respiratori nei bambini fino a 15 anni di età.

Acque

I corpi idrici della provincia di Parma

La provincia di Parma è per estensione la seconda della Regione con oltre 3300 km2, interessati per oltre la metà da zone montane, per 1/3 circa da aree pianeggianti o basso collinari, e per la parte restante da territori collinari.

I principali corsi d'acqua montani dell'area sono il Taro, con il suo affluente Ceno (a Fornovo), il Parma con il suo affluente Baganza (a Parma) e l'Enza al confine con la Provincia di Reggio Emilia. Tali aste sono interessate nel tratto collinare da significativi prelievi industriali, mediante pozzi, di acque di subalveo e nella stagione tardo primaverile- estiva, all'uscita del bacino montano, da rilevanti derivazioni irrigue per il rifornimento dei territori dell'alta pianura. Nell'anno medio esse trovano ancora sufficienti risorse defluenti in maggio e giugno, che diventano assolutamente inferiori alle necessità in luglio e

agosto, per effetto di portate esigue e richieste massime, con l'integrazione quindi, ove disponibili, di acque sotterranee.

Le ingenti richieste acquedottistiche della pianura sono tutte soddisfatte da emungimenti dalle falde di conoide dei principali corsi d'acqua. I prelievi industriali della pianura dovuti ad aziende particolarmente idroesigenti sono puntualmente distribuiti sul territorio, mediante pozzi di adeguate profondità e potenzialità.

L'effetto di tutto questo sono deflussi naturali estivi dei corpi idrici superficiali pressoché assenti nelle aste di pianura con una conseguente condizione qualitativa scadente; nonché acquiferi profondi quantitativamente in deficit in termini di bilancio tra ricarica e prelievi e qualitativamente critici relativamente alla presenza di nitrati.

Questi ultimi sono legati essenzialmente all'infiltrazione di acque di pioggia dai suoli agricoli, arricchite dalle sostanze azotate derivanti dall'utilizzo intensivo di fertilizzanti chimici e organici (letami, ma soprattutto liquami zootecnici). In generale, le caratteristiche peculiari dello stato chimico variano da conoide a conoide, a seconda delle pressioni antropiche e del tipo di alimentazione naturale a cui sono soggette.

Le principali *problematiche di tipo qualitativo* sono quindi le seguenti:

- presenza di nitrati in concentrazioni a volte superiori a 50 mg/l causata dell'eccessivo apporto di sostanze azotate sulla superficie agraria;
- sporadica presenza di ferro, manganese o di altri contaminanti di origine naturale prevalentemente nell'area della bassa parmense;
- presenza di contaminanti organici, in particolare solventi organici clorurati (PCE) dovuta a inquinamenti puntuali di scarichi industriali.

Problematiche quantitative

La disponibilità della risorsa idrica nel passato non ha mai evidenziato rilevanti problemi di scarsità ai fini dell'approvvigionamento dei diversi comparti (civile, industriale ed irriguo); tuttavia negli ultimi anni si registra una tendenza alla diminuzione della risorsa attribuibile sia al fenomeno dell'antropizzazione dei corsi d'acqua (evidente in special modo nell'alta pianura), sia alla riduzione delle precipitazioni medie indotta dai cambiamenti climatici.

La zona montana risulta quella maggiormente sofferente; in tale zona il sistema idrico è costituito da sorgenti estremamente vulnerabili e superficiali soggette, nel periodo estivo, a notevoli cali di portata, e da innumerevoli rilanci, con pompaggi carenti e serbatoi inadeguati per alimentare tutte le utenze. Il problema si acuisce per la presenza, in alcuni periodi, di popolazione fluttuante turistica. Le altre aree della provincia, compresa la città di Parma, servite da pozzi profondi, per ora non presentano elevate criticità se non in alcuni tratti terminali di rete in cui si evidenziano rilevanti diminuzioni di pressione nelle ore di massima richiesta idrica.

I sistemi acquedottistici

In termini di infrastrutture, i sistemi acquedottistici di significative proporzioni presenti nella provincia sono due:

- Emiliambiente (ex ASCAA) è quello maggiormente esteso e strutturato con una lunghezza complessiva di oltre 170 Km che serve praticamente tutti i comuni della bassa; si approvvigiona da tre campi pozzi principali (Priorato in Comune di Fontanellato, Parola in Comune di Fidenza, San Donato in Comune di Parma);
- il sistema acquedottistico IREN cittadino che riguarda di fatto il capoluogo ed è costituito da un anello in cui si immettono direttamente i pozzi di alimentazione, consentendo in tal modo una gestione più equilibrata di tutto il sistema.

Gli acquedotti presenti nell'area di collina sono invece caratterizzati da reti distinte per ambiti comunali in cui l'approvvigionamento avviene prevalentemente mediante pozzi profondi e/o prese da sub-alveo.

Per quel che riguarda invece i sistemi acquedottistici dell'area montana, esiste una notevole frammentazione strutturale a livello dei singoli agglomerati frazionali che si approvvigionano prevalentemente tramite sorgenti oltre che tramite alcuni pozzi di sub-alveo. Le sorgenti presenti nel settore appenninico rappresentano una risorsa di grande importanza locale in un territorio in cui è minore l'incidenza delle attività umane potenzialmente inquinanti e spesso non sostituibile da fonti di approvvigionamento idropotabile alternative. Una risorsa quindi da conservare, mantenendone le naturali caratteristiche di pregio e razionalizzandone i sistemi di captazione e distribuzione.

Nel capoluogo ed in alcuni acquedotti della fascia pedemontana IREN ha avviato un progetto di distrettualizzazione, finalizzato alla ricerca e riduzione delle perdite in rete, al fine di raggiungere il 18% previsto nel Piano di Tutela delle Acque della Provincia di Parma. Lo scopo è di ottenere un sistema di distribuzione efficiente ed affidabile che porterebbe ad un ulteriore beneficio a lungo termine costituito da minore frequenza di rotture conseguente riduzione degli oneri di manutenzione.

L'attività dell'AUSL di Parma nell'ambito del controllo delle acque destinate al consumo umano si esplica attraverso il campionamento periodico delle reti e delle fonti acquedottistiche e le verifiche ispettive alle strutture. I campioni vengono sottoposti alle analisi previste dalla normativa di settore, inclusa la determinazione dei prodotti fitosanitari, presso i laboratori ARPA di Reggio Emilia e di Ferrara.

La frequenza dei campionamenti e delle analisi viene calcolata in base al volume di acqua distribuita o prodotta ogni giorno in una determinata zona di approvvigionamento. In particolare nel corso del 2011 si sono prelevati nelle reti acquedottistiche 1253 campioni mentre sulle fonti si sono effettuati 297 campioni e si sono effettuate 34 ispezioni su fonti di approvvigionamento, serbatoi ed impianti di trattamento.

Negli ultimi tempi anche nella nostra provincia molte amministrazioni comunali, di concerto con il gestore di acquedotto, hanno promosso l'iniziativa dei CHIOSCHI DELL'ACQUA o CASE DELL'ACQUA o ECOFONTANELLE.

Si tratta di veri e propri punti di distribuzione di acqua, che offrono un'alternativa alle classiche acque minerali, erogando acqua di acquedotto affinata con processi difficilmente attuabili su larga scala (filtri a sedimenti, carbone, UV) . L'acqua erogata garantisce le caratteristiche igieniche della tradizionale acqua di rete, alle quali aggiunge la possibilità di essere fresca, gasata e con migliori caratteristiche organolettiche.

Rifiuti

La produzione di rifiuti urbani viene calcolata come sommatoria del quantitativo di rifiuti indifferenziati conferiti agli impianti di smaltimento e dei rifiuti raccolti in maniera differenziata e conferiti agli impianti di recupero. Nel 2011 la produzione di rifiuti urbani in Emilia Romagna si è, per la prima volta in un decennio,; Secondo il Rapporto 2010 "La gestione dei rifiuti in Emilia Romagna" la produzione è stata di poco inferiore ai tre milioni di tonnellate, pari a circa 682 kg per abitante. A Parma la produzione è stata di 267.600 tonnellate, evidenziando una progressiva riduzione dal 2007, da 619 a 605 Kg per abitante.

Continua ad aumentare la raccolta differenziata che in regione ha raggiunto il 47,4% dei rifiuti urbani, pari a 323 Kg pro capite: la nostra provincia raggiunge la performance migliore con il 54,7%. Analizzando il dato per macroaree, si evidenzia come sia la Bassa parmense ad essere la più virtuosa, con il 74,1% seguita dalla pedemontana (64%).

La tendenza viene confermata dai dati comunali, in cui Soragna raggiunge la ragguardevole quota del 81,1%,seguita da Roccabianca (80,2%) mentre altri 15 comuni superano il 70%: agli ultimi posti i comuni della montagna, Albareto (12,6%) e Corniglio (16,7%)..

Proseguendo nella politica di riduzione rifiuti, la provincia ha inoltre promosso alcune iniziative innovative in vari settori :

- riduzione bottiglie di plastica per l'acqua (fontane pubbliche con depuratori e acqua frizzante, caraffe nelle mense scolastiche
- recupero computer a fine vita (progetto trashware)
- recupero alimenti invenduti (last minute market)
- riduzione utilizzo stoviglie e bottiglie usa e getta (progetto Ecofeste)
- recupero scarti vegetali e di cibo (compostaggio domestico)

Popolazione

Struttura demografica della popolazione residente

Variazione assoluta e percentuale della popolazione

La popolazione della Regione Emilia – Romagna al 1/1/2011 risulta essere di 4.432.439 abitanti, con un incremento rispetto all'anno precedente dello 0,8%, in calo rispetto all'anno precedente, ma comunque tra i più elevati tra le regioni italiane. Pur presentando una crescita costante fin dagli anni '90, l'aumento ha interessato in maniera diversificata le varie province: così, se Reggio Emilia ha visto la propria popolazione aumentare di oltre il 18% dal 2000 al 2010, a Ferrara la crescita è stata solamente dello 3,2%, in quanto l'incremento della popolazione è iniziato nel 2004, dopo un lungo periodo di decremento. Anche la popolazione della Provincia di Parma è in costante aumento e nello stesso periodo, 2000/2011, è aumentata dell' 11,3%, arrivando a 442.070 .

Solo nell'ultimo anno vi è stato un aumento di 4762 persone (1,1%): il costante aumento della popolazione anziana è controbilanciato da altri fattori che conducono ad un generale ringiovanimento e ad una lieve diminuzione dell'indice di vecchiaia:

- l'afflusso di popolazione immigrata, per lo più in età lavorativa;
- l'aumento della natalità sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, della popolazione immigrata, che presenta comportamenti riproduttivi diversi da quelli dei residenti.

La distribuzione demografica per distretto vede il Distretto di Parma che arriva al 49% della popolazione totale, seguito da Fidenza (23,5%), Sud-Est (17%) e Valli Taro (10,5%).

TABELLA 2: POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO ALL'1/1/2011

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Parma	103.706	112.979	216.685
Fidenza	50.742	52.948	103.690
Valli taro e Ceno	23.098	23.603	46.701
Sud Est	37.063	37.931	74.994
Totale	**214.609**	**227.461**	**442.070**

Fonte: "Osservatorio demografico Provincia di Parma

Così come avviene ormai da anni, a crescere maggiormente sono i comuni attorno al capoluogo, in particolare Noceto aumenta del 2,8% rispetto all'anno precedente, seguito da Felino e Calestano. I comuni con saldo annuale negativo sono 16, di cui 13 di montagna. A perdere il maggior numero di residenti sono Zibello – 2,4%, Valmozzola – 2,0 e Albareto - 1,7%.

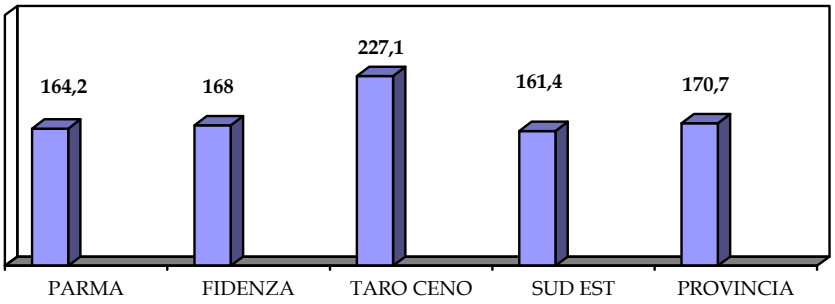
Indice di vecchiaia e di dipendenza

L'indice di vecchiaia si calcola rapportando in percentuale la popolazione ultrasessantacinquenne con quella fino a 14 anni, e fornisce una buona "fotografia" del grado di invecchiamento raggiunto dalla popolazione considerata.

Ciò è particolarmente significativo perché si tratta di un problema sociosanitario di rilevanti proporzioni, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate ed articolate a questa fascia di cittadini

utenti, sia per quanto riguarda la rete dei servizi che per rispondere a bisogni espressi. In generale, l'indice di vecchiaia è in diminuzione in tutta la Regione Emilia-Romagna ed anche a Parma: dal 1997 al 2011 è passato da 213,2 a 170,7 con un range che va da 227,1 (Distretto Taro Ceno) a 161,4 (Sud-Est).

FIGURA 2: INDICE DI VECCHIAIA PER DISTRETTO



Analizzando la situazione per area geografica, si rende evidente la massiccia presenza di persone anziane nei comuni montani, mentre Torrile è l'unico comune in cui i giovani prevalgono. Tale situazione si rende evidente se si considerano gli indici di vecchiaia per zone altimetriche: infatti la montagna, con 334,9 ha un indice doppio rispetto alla pianura (162,9) e alla collina (159,7).

TABELLA 3: INDICE DI VECCHIAIA PER COMUNE E DISTRETTO ALL'1/1/2011

Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Valli Taro e Ceno	Distretto Sud Est
Torrile 87,8	Fontevivo 131,3	Medesano 133,7	Lesignano 108,2
Parma 174	Zibello 272,5	Bore 670, 4	Monchio 715,8

Fonte: "Osservatorio demografico" della Provincia di Parma

Nelle previsioni demografiche per l'indice di vecchiaia viene ipotizzato un andamento non lineare: la diminuzione osservata continuerà nei prossimi anni, arrivando a circa 167 per gli anni 2011–2015, per poi riprendere a salire negli anni successivi.

Un altro importante indice demografico è rappresentato dall'indice di dipendenza, suddivisibile in giovanile o senile: il numeratore è composto dalla quota di popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non essere autonoma (fino a 14 anni e oltre 65), cioè dipendente, e il denominatore dalla fascia di persone in età lavorativa (15/64 anni). Risente della struttura economica della società: infatti nei paesi più avanzati una parte consistente delle persone al denominatore sono ancora dipendenti (studenti). In generale comunque l'indice tende ad essere minore di 100 quando prevale la popolazione dipendente: Parma, con 54,5 si colloca appena al di sotto della media regionale.

Percentuale di anziani e grandi anziani

Nella tabella seguente viene presentata la scomposizione percentuale della popolazione per distretto e fasce d'età.

TABELLA 4 – COMPOSIZIONE % DELLA POPOLAZIONE PER DISTRETTO E PER FASCE D'ETÀ

Distretto	**0-14**	**15-64**	**65-74**	**75+**
Parma	13	65,6	10,3	11,1
Fidenza	13,3	64,5	10,4	11,8
Taro Ceno	11,9	61,1%	12,3	14,7
Sud Est	13,5	64,8	10,4	11,3
provincia	**13**	**64,7**	**10,6**	**11,7**

Gli ultrasessantacinquenni sono 98.357 , pari al 22,2% del totale: consistente il peso dei cosiddetti "grandi anziani", dal momento che il 3,6 % ha più di 85 anni (più di 16.000 persone) e i centenari sono 154, 130 donne e 24 uomini.

TABELLA 5 – POPOLAZIONE ULTRA 65 ENNE

	2007	2008	2009	2010	2011
Parma	97.407	98.012	98.211	98.550	98.357
Regione	961.323	968.208	975.208	985.692	986.845

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

TABELLA 6 – POPOLAZIONE ULTRA 75 ENNE

	2007	2008	2009	2010	2011
Parma	49.707	50.268	50.508	50.921	51.611
Regione	481.575	488.469	496.034	507.313	516.944

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

TABELLA 7 – POPOLAZIONE ULTRA 85 ENNE

	2007	2008	2009	2010	2011
Parma	13.564	14.294	14.919	15.466	16.026
Regione	127.093	134.527	141.119	147.821	154.365

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

TABELLA 8 – PERCENTUALE POPOLAZIONE ANZIANI E GRANDI ANZIANI PER DISTRETTO

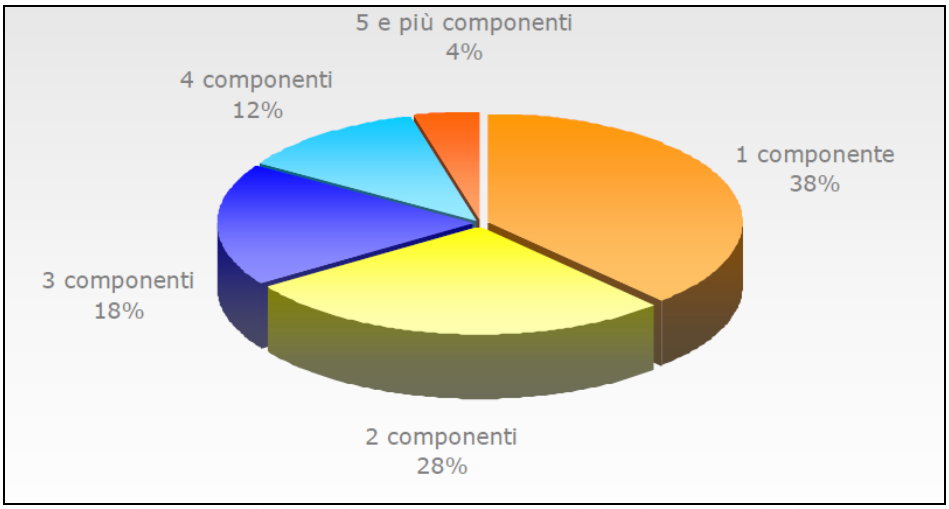
	+65		**+ 75**		**Oltre 85**	
Distretto	**n°**	**%**	**n°**	**%**	**n°**	**%**
Parma	46.339	21,4	23.581	11,1	7048	3,4
Fidenza	23.227	22,2	12.141	11,8	3640	3,6
Taro Ceno	12.691	27,0	6.778	14,7	2147	4,9
Sud Est	16.293	21,7	8.421	11,3	2631	3,6
Provincia	**98.357**	**22,2**	**51.611**	**11,6**	**16.026**	**3,6**

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Composizione delle famiglie

In tutta la Regione, fin dagli anni '90 il numero delle famiglie è in costante crescita, ad un ritmo ben superiore a quello della popolazione complessiva, tendenza che si è ulteriormente accentuata negli ultimi anni. A Parma si è arrivati nel 2011 a 201.571 famiglie, con un aumento rispetto all'anno precedente di 389 nuclei.

FIGURA 3 – DISTRIBUZIONE DELLE FAMIGLIE PER NUMERO DI COMPONENTI



Fonte – Pubblicazione di sintesi da Portale Statistica Provincia di Parma, dati al 01.01.2011, http://www.statistica.parma.it

In particolare, crescono le famiglie costituite da uno o due componenti, che ormai sono il 66% del totale: va sottolineato che il 40% dei nuclei unifamiliari è formato da persone che hanno da 65 anni in su.

La composizione dei nuclei familiari rispecchia la demografia territoriale: infatti in montagna si arriva ad oltre l'80% di nuclei mono o bi componenti, con una netta prevalenza di persone sole.

Presenza di stranieri

La popolazione straniera residente in Italia ha superato i 4 milioni di persone, ma sia l'Emilia Romagna che la nostra città sono caratterizzate da flussi migratori molto più consistenti.

Infatti, al 1/1/2011, gli stranieri residenti in Regione sono 500.585, pari al 11,3% della popolazione residente, mentre a Parma hanno raggiunto i 55069 (12,5%) e risultano quadruplicati nell'arco di un decennio: il flusso ha subito un incremento più marcato negli ultimi anni, in particolare dal 2006 al 2011 l'aumento è stato di oltre il 63%.

I comuni nei quali la popolazione immigrata è maggiormente presente sono quelli della fascia collinare anche se, pur partendo da numeri molto esigui, anche in montagna si sono evidenziati aumenti significativi.

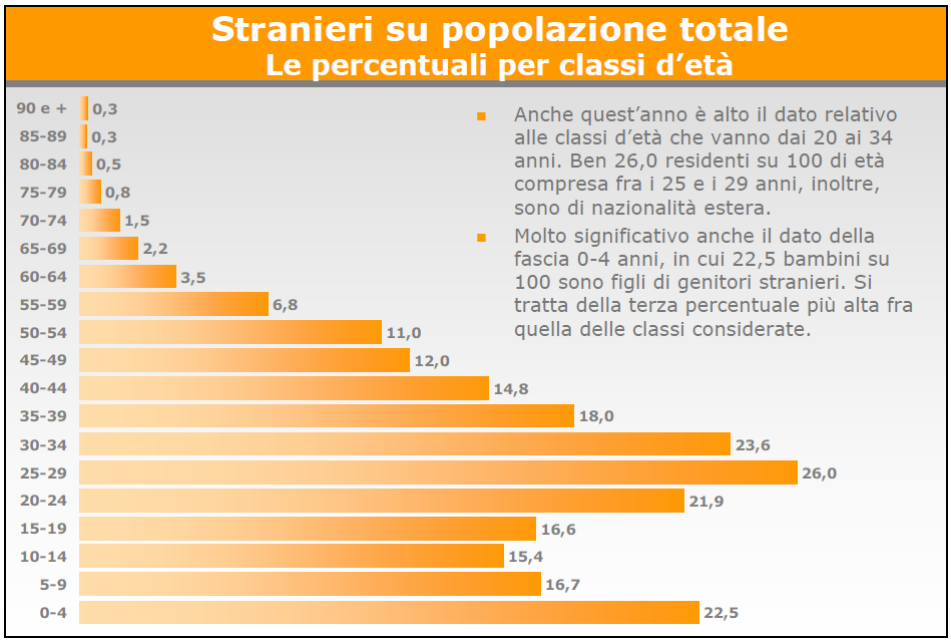
TABELLA 9 – DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DI STRANIERI NEI COMUNI DELLA PROVINCIA

		Sorbolo	8,8
		Torrile	12,2
DISTRETTO DI PARMA	14,0	Parma	14,1
		Mezzani	15,0
		Colorno	16,8
DISTRETTO DI FIDENZA	12,0	Trecasali	9,5
		Zibello	9,8
		Roccabianca	10,8
		San Secondo	11,6
		Noceto	11,7
		Fontanellato	11,7
		Fidenza	11,8
		Salsomaggiore	12,0
		Sissa	12,1
		Soragna	12,4
		Busseto	13,4
		Fontevivo	14,1

		Polesine P.	14,5
DISTRETTO VALLI TARO E CENO	9,3	Tornolo	2,2
		Bore	3,0
		Albareto	3,6
		Valmozzola	4,3
		Pellegrino	4,6
		Varsi	4,9
		Compiano	5,2
		Berceto	7,1
		Bardi	7,3
		Bedonia	7,4
		Borgotaro	8,2
		Varano	8,4
		Solignano	9,6
		Terenzo	10,0
		Medesano	11,7
		Fornovo	16,5
DISTRETTO SUD EST	10,7	Monchio	2,9
		Corniglio	4,7
		Lesignano	8,2
		Palanzano	8,2
		Felino	8,9
		Collecchio	9,0
		Montechiarugolo	9,4
		Neviano	9,8
		Sala Baganza	10,4
		Tizzano	12,0
		Traversetolo	12,5
		Langhirano	16,7
		Calestano	18,0

Come si può notare, oltre a Calestano che arriva al 18%, sono 3 i comuni che superano il 16%, Colorno, Langhirano e Fornovo, probabilmente per la relativa vicinanza alla città capoluogo e al comprensorio del prosciutto e sono ormai 23 i comuni che superano il 10% di stranieri, tra cui il capoluogo. Si tratta per lo più di persone giovani, in piena età lavorativa, che tendono a stabilirsi in maniera variegata nei comuni della provincia. Infatti, negli ultimi anni, alla classica stanzialità nel comune capoluogo e nella cintura pedecollinare, si è aggiunta una cospicua presenza nelle zone di campagna e montagna, dove è aumentata la richiesta di mano d'opera nei settori agricoli e della lavorazione del latte (casari).

FIGURA 4 – DISTRIBUZIONE DEGLI STRANIERI PER CLASSI DI ETÀ % SU POPOLAZIONE COMPLESSIVA – ALL'1.1.2011



Fonte – Pubblicazione di sintesi da Portale Statistica Provincia di Parma, dati al 01.01.2011, http://www.statistica.parma.it

Sono le classi lavorative quelle più rappresentate, in particolare tra i 25 e i 29 anni più di un cittadino su 5 è straniero, ma anche nella classe 0/4 anni si arriva ormai al 22,5%.

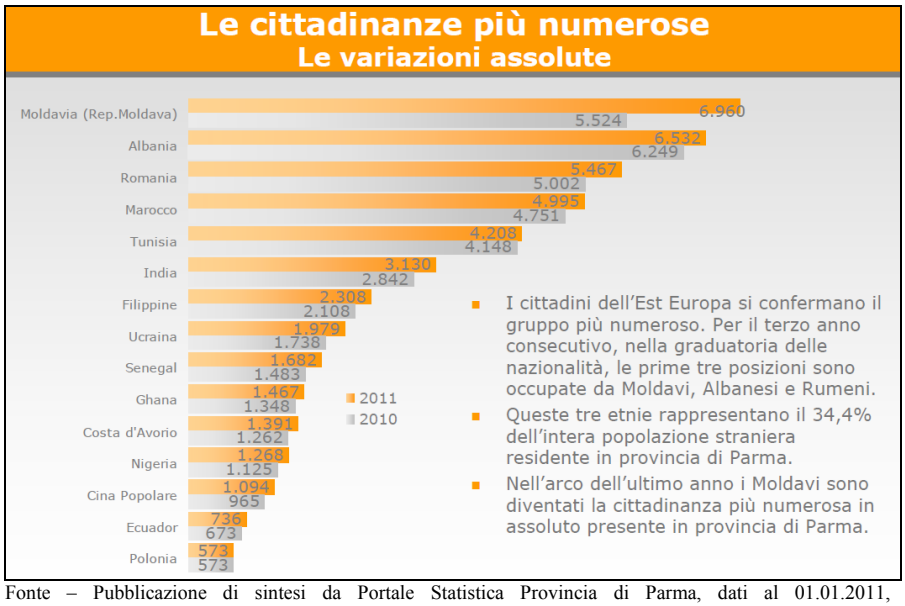
Per quanto riguarda la differenza di genere, ai processi di ricongiungimento familiare, negli ultimi anni si è aggiunta una massiccia immigrazione di sesso femminile, specialmente dai paesi dell'Est Europa, in gran parte legata alla richiesta di attività lavorativa nel settore socio assistenziale, che ha portato nell'ultimo anno il sesso femminile a superare, anche se di poco, quello maschile (51,4%). La nazionalità più rappresentata è quella albanese, seguita dalla moldava e rumena.: queste tre cittadinanze rappresentano il 34,4% di tutta la popolazione straniera. Ad eccezione della nazionalità albanese, sono le nazionalità in cui prevale nettamente la componente femminile, con punte pari o superiori all'80%.

TABELLA 10 – COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER GENERE

	Maschi	Femmine	Totale
Parma	14.526	15.743	30.269
Fidenza	6.181	6.225	12.406
Taro Ceno	2.040	2.319	4.359
Sud Est	4.010	4.025	8.035
Provincia	**27.657**	**28.312**	**55.069**

Fonte: "Osservatorio demografico" della Provincia di Parma

FIGURA 5 – PROVENIENZA DEGLI STRANIERI RESIDENTI IN PROVINCIA DI PARMA



Fonte – Pubblicazione di sintesi da Portale Statistica Provincia di Parma, dati al 01.01.2011, http://www.statistica.parma.it

Per quanto riguarda la tipologia occupazionale, i settori coperti in maggior misura sono stati quelli legati ai servizi sociosanitari, familiari, trasporti e magazzinaggio, costruzioni e pulizie industriali.

E' migliorata in generale la occupabilità, ma resta ancora una divisione molto netta del lavoro in termini qualitativi tra cittadini italiani e stranieri.

Vale la pena infine di porre l'accento su alcune problematiche determinate anche dal progressivo cambiamento strutturale e generazionale della popolazione immigrata:

- la presenza sempre più consistente di donne sole, che vivono una condizione di solitudine e di sradicamento degli affetti;
- il ricongiungimento dei nuclei familiari, che si è accentuato negli ultimi anni, pone serie questioni di politiche abitative e di inserimento scolastico;
- d'altro canto, sono spesso i figli che, grazie alla frequentazione scolastica, risultano più facilmente inseriti nel tessuto sociale, a supportare i genitori nell'accesso ai servizi e nella partecipazione alla vita sociale;
- un fenomeno da non sottovalutare è anche l'alto livello di scolarità di molti migranti che, pur essendo in possesso di lauree tecnico scientifiche, vengono prevalentemente utilizzati in lavori scarsamente motivanti.

Speranza di vita

Si tratta del numero medio di anni che una persona si può aspettare di vivere al tasso di mortalità specifico prevalente nel territorio considerato.La speranza di vita alla nascita è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne: a 65 anni è rispettivamente di 18 e 21 anni, con un divario tra le province emiliano romagnole più accentuato per i maschi. Per gli indicatori considerati la nostra provincia si colloca tra le migliori in regione. La tendenza all'aumento della speranza di vita è più accentuata tra i maschi: infatti la tendenza all'avvicinamento tra i due sessi è ormai un fatto acquisito, dal momento che in poco più di 20 anni la distanza tra maschi e femmine si è ridotta di quasi un anno.

TABELLA 11 – SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA SU BASE TRIENNALE

	2003/2005		2006/2008		2008/2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	77,6	84,0	79,0	83,9	79,4	83,9

Regione	78,3	83,6	79,4	84,2	79,4	84,2

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM)

TABELLA 12 – SPERANZA DI VITA A 65 ANNI SU BASE TRIENNALE

	2003/2005		2006/2008		2008/2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	17,2	21,1	17,8	21,5	18,1	21,4
Regione	17,6	21,3	18,2	21,6	18,2	21,6

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM)

Il progressivo aumento della vita fa assumere sempre maggiore importanza alla qualità della vita da parte della popolazione anziana, vale a dire la possibilità di mantenere un buon livello di autosufficienza.

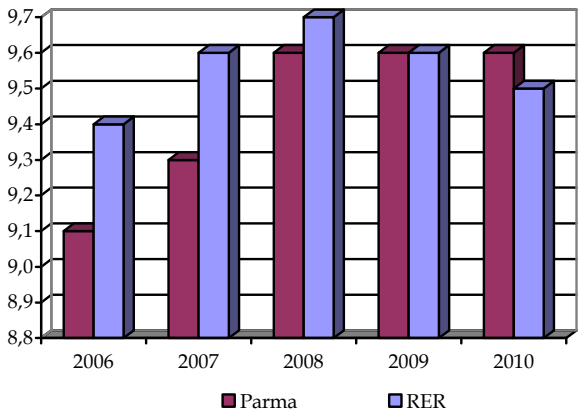
L'indagine "*Passi d'Argento*" condotta nel 2009, ha stimato la presenza di autosufficienza o fragilità nella popolazione anziana: poco meno della metà degli intervistati ultra 65 enni dichiara di essere in buone condizione di salute e a basso rischio di malattia e un ulteriore 25%, pur in buone condizioni, è comunque a rischio di malattia. Il 12% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana.

Per quanto riguarda la tipologia di disabilità, il tasso più elevato riguarda le persone che non sono autonome nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e nella vita di relazione. L'aiuto principale viene comunque fornito dai familiari, ma all'aumentare della gravità delle patologie aumenta anche la quota di supporto a pagamento, fornito da badanti.

Natalità

Il tasso grezzo di natalità (numero dei nati vivi nell'anno/ammontare medio della popolazione residente per 1000) ha subito un aumento significativo nell'arco di un decennio, con una stabilizzazione negli ultimi tre anni a livelli lievemente superiori alla media regionale

FIGURA 6 – TASSO GREZZO DI NATALITÀ – 2006/2010



I nuovi nati sono stati 4.180, 1.038 dei quali di cittadinanza straniera, pari al 24,8%

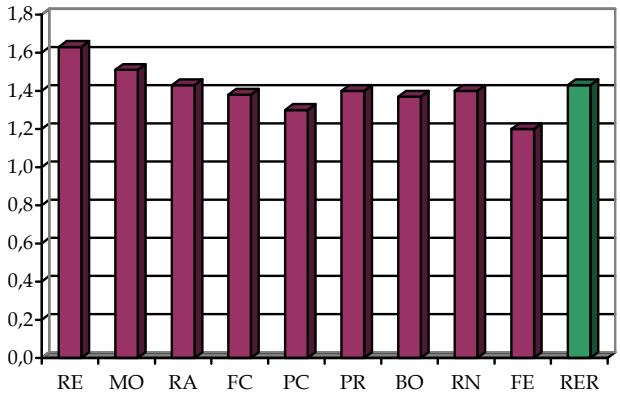
TABELLA 13 – NUOVI NATI PER DISTRETTO AL 01.01.2011

Distretto	Totale	Stranieri	% stranieri
Parma	2.091	559	26,7

Fidenza	992	244	24,6
Valli Taro Ceno	371	84	22,6
Sud Est	726	151	20,8
Totale	4.180	1.038	24,8

Il tasso di fecondità totale (TFT) e i tassi di fecondità specifici per età sono indicatori utili ad analizzare l'andamento delle nascite, poiché non risentono dell'effetto della composizione per età della popolazione e permettono quindi di poter confrontare diversi territori o archi temporali. La nostra provincia si colloca ai livelli bassi della graduatoria regionale, con un numero medio di 1,40 figli per donna e un'età media della madre di 30,9 anni.

FIGURA 7 – TASSO DI FECONDITÀ TOTALE – 2009



Gravidanza e natalità a Parma – Cedap[4]

Dal 2004 la RER pubblica il rapporto "La nascita in Emilia-Romagna", basato sull'analisi dei dati del Certificato di Assistenza al Parto" dell'anno precedente. La rilevazione è caratterizzata da un ampio contesto informativo sia di carattere socio demografico che sanitario che fornisce informazioni dettagliate e precise utili per la pianificazione e programmazione sanitaria. Nella Provincia di Parma sono presenti 4 punti nascita, Azienda Ospedaliero-Universitaria, presidi ospedalieri di Fidenza e Borgotaro, Casa di Cura "Città di Parma".

In sintesi, gli aspetti più rilevanti sono:
- l'età media della madre è di 31,7 anni, nettamente più elevata nelle donne con cittadinanza italiana;
- le minorenni sono sempre meno numerose
- la frequenza di coloro che effettuano tardivamente la prima visita (oltre le 12 settimane) è nella media regionale. Si ricorda che l'elevata frequenza di questo indicatore può essere un segnale di inappropriata assistenza;
- la partecipazione a corsi preparto è generalmente superiore alla media regionale, con l'eccezione di Fidenza;
- il tasso di parti cesarei è superiore alla media regionale in tutti i punti nascita, ad eccezione di Fidenza; in particolare il dato relativo alla Casa di cura "Città di Parma", 54%, è il secondo più elevato in Regione.

[4] 8° rapporto CEDAP – Dati di sintesi – Regione Emilia Romagna

Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione

Gli alunni iscritti nelle scuole della Provincia di Parma nel corso dell'anno scolastico 2010/2011 sono stati 46.904, cui vanno aggiunti gli oltre 10000 iscritti alla scuola dell'infanzia. Gli alunni stranieri sono 6.889, pari a circa il 15% del totale, con un aumento che negli ultimi anni scolastici è stato più consistente nelle scuole secondarie di primo e secondo grado.

Per quanto riguarda la nazionalità, più del 36% del totale appartiene a tre soli paesi, Albania, Moldavia e Marocco nell'ordine.

Nel corso degli ultimi anni si è consolidato un diverso atteggiamento nella scelta degli indirizzi scolastici: infatti gli alunni italiani si focalizzano maggiormente sui licei, con notevoli cali di iscrizioni per istituti tecnici e professionali, mentre gli alunni stranieri sono orientati per lo più a frequentare scuole professionalizzanti .

Per ciò che riguarda il ritardo scolastico, resta costante negli ultimi anni il gap tra italiani e stranieri, che si amplifica con l'aumentare del grado di istruzione.

Sostanzialmente , circa il 67% degli alunni stranieri delle scuole secondarie di secondo grado è in ritardo, a fronte del 18% per gli italiani.

Una delle possibili cause è da ascrivere al basso numero di ragazzi nati in Italia, solamente l'8% nelle scuole secondarie.

Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

TABELLA 14: TASSI DI ATTIVITÀ, OCCUPAZIONE, DISOCCUPAZIONE

	2009			2010		
	M	**F**	**TOT**	**M**	**F**	**TOT**
Tasso di attività	79,9	63,6	71,8	78,9	63,8	71,4
Tasso di occupazione	77,1	60,9	69,0	75,8	61,1	68,5
Tasso di disoccupazione	3,1	4,3	3,8	3,7	4,3	4,0

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Da una lettura dei dati occupazionali emerge come la provincia di Parma, nel 2010 registri un andamento decisamente negativo per tutti e tre gli indici, che sono però tra i migliori a livello regionale.

TABELLA 15: OCCUPATI PER SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA (DATI ASSOLUTI IN MIGLIAIA)

Settore	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
Agricoltura	7	7	6	6
Industria	73	77	74	69
Servizi	120	116	118	123

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

L'analisi per settore di attività indica come il decremento degli occupati nel 2010, pur con lievi segnali di ripresa, sia continuato. Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento dei lavoratori non comunitari, soprattutto a Parma.

TABELLA 16 LAVORATORI NON COMUNITARI PER GENERE E ANNO

Anno	**M**	**F**	**Totale**
2007	12.150	6.623	18.413
2008	13.027	7.572	20.599
2009	14.847	9.263	24.110

2010	13.525	9.605	23.130

Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Come si può notare, dopo che negli ultimi 3 anni i lavoratori erano aumentati costantemente, nel 2010 i maschi sono diminuiti di 1.322 unità, mentre le femmine hanno continuato il trend positivo.

Tenore di vita

TABELLA 17– REDDITO MEDIO PRO CAPITE NELLE PROVINCE DELL'EMILIA ROMAGNA ANNO 2010
Anno 2010

Province	Popolazione	Reddito	Reddito medio
Piacenza	290,03	5.942,89	20,49
Parma	441,25	9.204,17	20,86
Reggio Emilia	529,80	10.450,93	19,73
Modena	700,18	14.997,41	21,42
Bologna	992,94	22.253,20	22,41
Ferrara	360,77	7.120,22	19,74
Ravenna	392,55	7.958,22	19,48
Forlì-Cesena	395,50	8.332,02	21,71
Rimini	310,43	6.647,96	20,11

Popolazione: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT . Reddito: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Nel 2010, Parma si colloca al quarto posto nella graduatoria delle province della nostra regione per reddito medio pro capite, che cala di quasi un punto percentuale: l'effetto della crisi nella diminuzione del reddito pro capite, rispetto al 2010, appare comunque generalizzato in tutta la regione.

TABELLA 18– REDDITO MEDIO PRO CAPITE NELLE PROVINCE DELL'EMILIA ROMAGNA ANNO 2011
Anno 2011

Province	Popolazione	Reddito	Reddito medio
Piacenza	291,43	5.984,06	20,53
Parma	445,26	9.497,09	21,33
Reggio Emilia	533,94	10.635,79	19,92
Modena	705,43	15.324,66	21,72
Bologna	1.000,34	24.392,02	24,38
Ferrara	361,16	6.382,80	17,67
Ravenna	395,11	7.758,29	19,64
Forlì-Cesena	397,91	8.699,42	21,86
Rimini	313,50	6.280,88	20,03

Per quanto riguarda le spese per i consumi delle famiglie, Parma , come tutte le province della regione, vede una contrazione importante, che dura anche nel 2011.

Osservazioni epidemiologiche

Mortalità

I dati di mortalità generale e per causa sono fra gli indicatori più utilizzati per descrivere lo stato di salute di una popolazione, valutare la distribuzione e l'andamento nel tempo delle varie patologie.

Il numero di decessi/anno a Parma si mantiene stabilmente attorno ai 5000, con una prevalenza del sesso femminile.

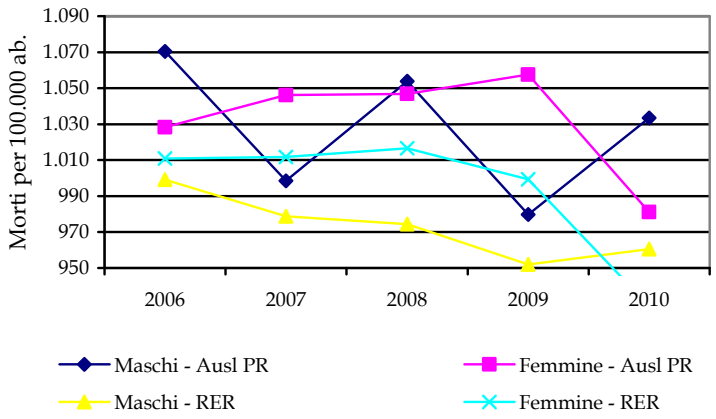
TABELLA 19 – MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE – ANNI 2006/2010

	Parma			Regione E-R		
	Maschi	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
2006	2.374	2.515	4.889	22.154	23.441	45.595
2007	2263	2.616	4.879	22.214	24.093	46.307
2008	2.432	2.661	5.093	22.666	24.793	47.459
2009	2.309	2.734	5.043	22.666	24.880	47.546
2010	2.347	2.717	5.064	22.674	24.589	47.263

Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Il tasso standardizzato, che permette di analizzare i dati di mortalità indipendentemente dalla struttura per età della popolazione, presenta un andamento sovrapponibile a quello regionale, su livelli sempre leggermente più alti.

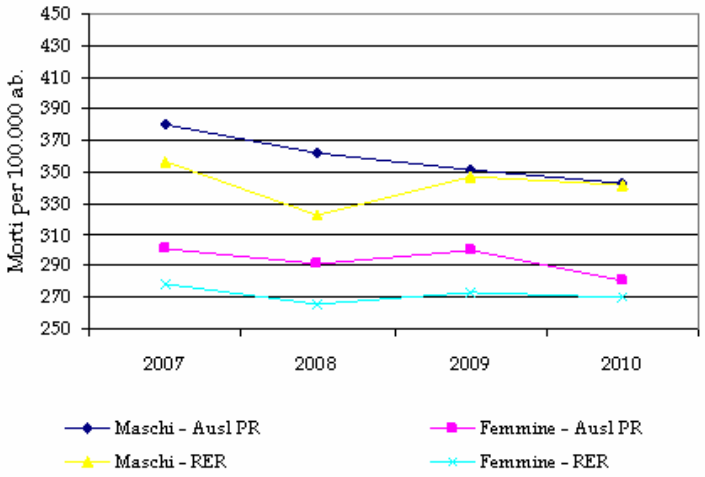
FIGURA 8 – TASSO MORTALITÀ STANDARDIZZATO (TUTTE LE CAUSE)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

La mortalità per tumore è in costante calo: l'aumento relativo che si osserva è dovuto all'invecchiamento della popolazione , dal momento che la patologia neoplastica è tipica dell'età medio avanzata. I tumori che causano la maggior parte dei decessi sono quelli del polmone, colon e stomaco: valutando la mortalità per sede tumorale, tranne alcune eccezioni (mesotelioma nei maschi, pancreas e polmone nelle femmine) si conferma la stabilità o la tendenza alla diminuzione nel corso degli anni. La sopravvivenza si mantiene a livelli elevati, tipici delle aree con sistemi sanitari avanzati: globalmente il 53% degli uomini e il 63% delle donne sopravvive ad almeno 5 anni dalla diagnosi.

FIGURA 9 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (TUMORI)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-Romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

I tassi standardizzati per tumore risultano, già da alcuni anni, superiori alla media regionale per entrambi i sessi.

Analizzando più in dettaglio i tumori oggetto di campagne di screening, si nota il livello di mortalità per tumore della mammella, che è tra i più alti della regione, riflesso di un'elevata incidenza, mentre il collo dell'utero si mantiene da sempre a livelli molto bassi .

TABELLA 20 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ COLON–RETTO

	2007		2008		2009		2010	
	AUSL	AUSL	AUSL	RER	RER	RER	AUSL	RER
Maschi	39,1	36,2	37,15	38,36	35,8	41,92	32,69	34,24
Femmine	31,9	32,8	27,38	27,79	31,9	34,49	30,19	29,76
Totale	35,5	34,6	32,37	33,26	34	38,16	31,67	32,85

Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

TABELLA 21 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ MAMMELLA DELLA DONNA

	2007		2008		2009		2010	
	RER	AUSL	RER	AUSL	RER	RER	AUSL	RER
Femmine	43,54	48,1	42,7	45,67	43,39	44,64	43,73	41,76

Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

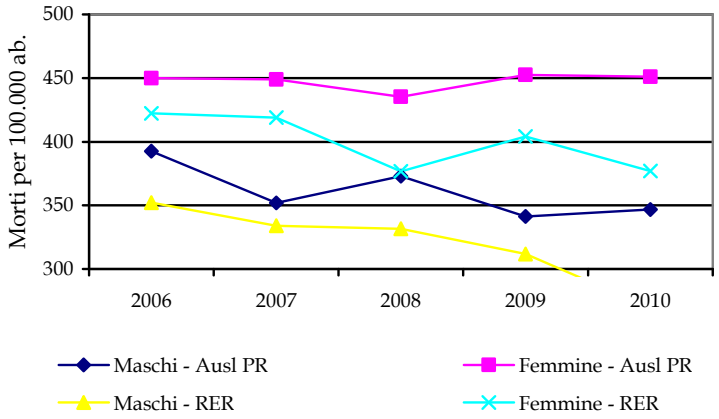
TABELLA 22 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ COLLO DELL'UTERO

	2007		2008		2009		2010	
	RER	AUSL	RER	RER	AUSL	AUSL	RER	AUSL
Totale	1,29	1,31	0,49	1,21	1,31	1,42	1,12	0,99

Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in entrambi i sessi, 36% maschi e 44% femmine: negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione della mortalità per Infarto Miocardico Acuto, anche se a Parma si registra il tasso più alto a livello regionale e ad un aumento delle cardiopatie ischemiche croniche.

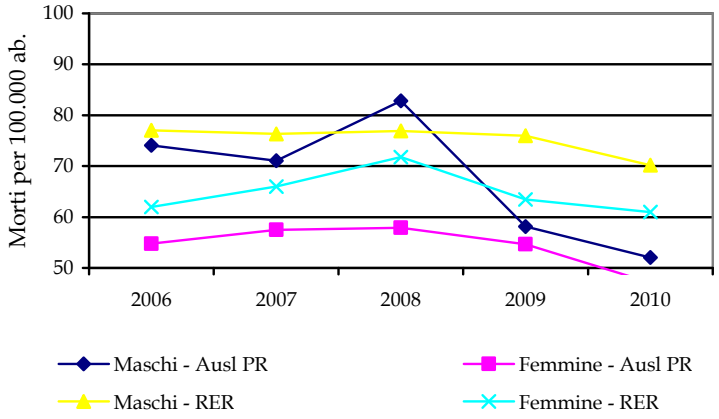
FIGURA 10 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-Romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Il tasso standardizzato è a Parma costantemente tra i più alti della regione, soprattutto tra i maschi. Le malattie dell'apparato respiratorio sono la terza causa di morti tra i grandi gruppi: sono costantemente più frequenti tra i maschi e tendono ad aumentare parallelamente all'età anagrafica.

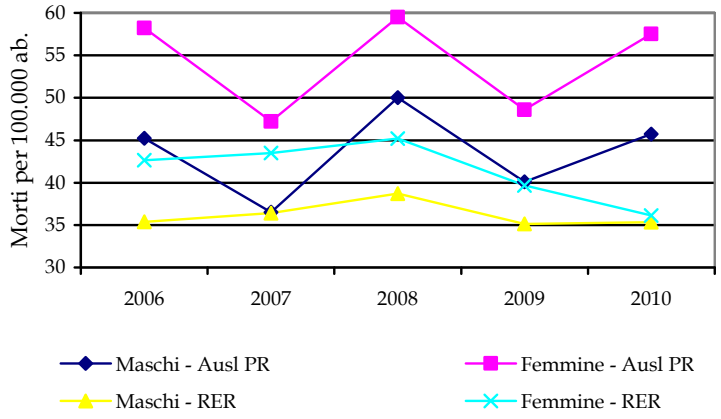
FIGURA 11 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-Romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Le malattie dell'apparato digerente sono nella nostra realtà più frequenti tra i maschi: in particolare, nella fascia di età 45 -54 anni più della metà dei decessi sono dovuti a cirrosi o a malattie croniche del fegato.

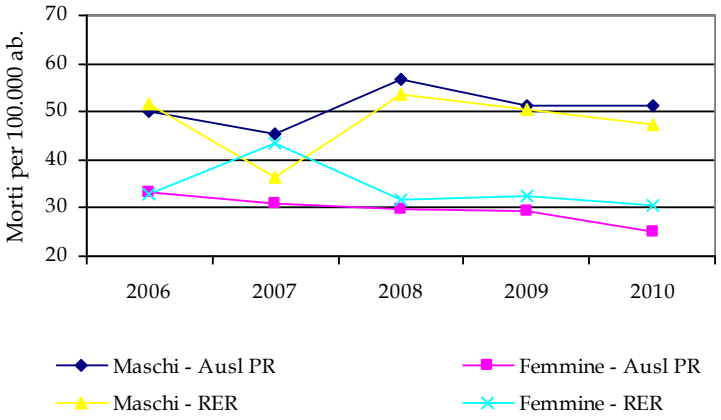
FIGURA 12– TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-Romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

I traumatismi, in particolar modo gli incidenti stradali, sono la prima causa di morte nella coorte 14 – 24 anni, soprattutto tra i maschi: le cadute accidentali sono invece maggiormente correlate all'età avanzata e al sesso femminile e a Parma presentano il tasso più alto di tutta la regione.

FIGURA 13 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI)



Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-Romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

La mortalità infantile è significativamente diminuita negli ultimi anni: i decessi sono dovuti prevalentemente a condizioni morbose perinatali legate alla prematurità.

Morbosità

AIDS

L'OMS stima che nel 2010 siano oltre 34 milioni le persone che vivono con infezione da HIV o AIDS conclamato e circa 1,8 milioni i deceduti dell'ultimo anno. Anche in Europa la situazione appare preoccupante, anche se si rileva una marcata differenza tra macroaree geografiche: nell'area Est infatti l'infezione è in netto aumento,legata principalmente all'uso degli stupefacenti per via parenterale. Nel confronto nazionale l'Emilia - Romagna nel 2010 risulta la terzo posto per tasso di incidenza dopo Lombardia e Lazio.

Nella Regione Emilia-Romagna , nonostante il trend in calo, sono circa 400 all'anno le persone cui viene diagnosticata la sieropositività analizzando il quadriennio 2006/2010 si sono avute 1.943 diagnosi di HIV,per un tasso di incidenza di 9,1 per 100.000 abitanti. I cittadini italiani sono il 70,6% del totale, con un tasso di incidenza di 7,0, mentre per i cittadini stranieri il tasso sale al 30,7.

TABELLA 23 – CASI CON NUOVA DIAGNOSI DI HIV E INCIDENZA, DISTINTI PER ANNO E PROVINCIA DI RESIDENZA. EMILIA–ROMAGNA, 2006–2010. (VALORI ASSOLUTI E INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI)

Provincia USL di residenza	2006		2007		2008		2009		2010		2006-2010*	
	N. casi	*Incid.*	N. casi	*Incid.*	N. casi	*Incid.*	N. casi	*Incid.*	N. casi	*Incid.*	N. casi	*Incid. annuale*
Piacenza	21	*7,6*	21	*7,5*	19	*6,7*	20	*7,0*	20	*6,9*	101	*7,2*
Parma	52	*12,5*	49	*11,7*	47	*11,0*	58	*13,4*	33	*7,5*	239	*11,2*
Reggio Emilia	41	*8,3*	55	*11,0*	57	*11,2*	43	*8,3*	44	*8,4*	240	*9,4*
Modena	63	*9,5*	56	*8,4*	53	*7,8*	56	*8,1*	58	*8,4*	286	*8,4*
Bologna	66	*7,0*	75	*7,9*	90	*9,3*	93	*9,5*	81	*8,2*	405	*8,4*
Ferrara	28	*8,0*	28	*7,9*	33	*9,3*	28	*7,8*	20	*5,6*	137	*7,7*
Ravenna	32	*8,7*	38	*10,2*	43	*11,3*	32	*8,3*	24	*6,2*	169	*8,9*
Forlì-Cesena	29	*7,7*	32	*8,5*	44	*11,5*	43	*11,1*	40	*10,2*	188	*9,8*
Rimini	26	*9,0*	26	*8,8*	35	*11,7*	42	*13,8*	49	*15,1*	178	*11,8*
Regione Emilia-Romagna	**358**	***8,5***	**380**	***9,0***	**421**	***9,8***	**415**	***9,6***	**369**	***8,4***	**1.943**	***9,1***

** incidenza media annuale calcolata sulla popolazione media del quinquennio.*

FONTE: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia Romagna" Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2010. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Sanità Pubblica.

A Parma, nel quinquennio considerato, i casi sono stati circa 265 all'anno, per un tasso complessivo di 12,2, per la maggiora parte di nazionalità straniera.

TABELLA 24 CASI DI NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV, PER PAESE DI NASCITA E PROVINCIA DI RESIDENZA. EMILIA–ROMAGNA, 2006– 2010. (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Provincia di residenza	Italiani		Stranieri		Totali	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
Piacenza	53	*52,5*	48	*47,5*	101	*100,0*
Parma	119	*49,8*	120	*50,2*	239	*100,0*
Reggio Emilia	145	*60,4*	95	*39,6*	240	*100,0*
Modena	177	*61,9*	109	*38,1*	286	*100,0*
Bologna	324	*80,0*	81	*20,0*	405	*100,0*
Ferrara	118	*86,1*	19	*13,9*	137	*100,0*
Ravenna	140	*82,8*	29	*17,2*	169	*100,0*
Forlì-Cesena	143	*76,1*	45	*23,9*	188	*100,0*
Rimini	153	*86,0*	25	*14,0*	178	*100,0*
Regione Emilia-Romagna	**1.372**	***70,6***	**571**	***29,4***	**1.943**	***100,0***

FONTE: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia Romagna" Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2010. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Sanità Pubblica.

Da un punto di vista demografico, si tratta in maggioranza di maschi adulti di età compresa tra i 30 e i 49 anni (64,5%), nelle donne l'età media è 20/39 anni e più del 20% di donne sieropositive ha scoperto di avere l'HIV in gravidanza.

La modalità di trasmissione ha subito una trasformazione nel corso degli anni: oltre il 55,1% dei casi si infetta attraverso contatti eterosessuali, il 28% tramite contatti bi- omosessuali e solo il 6% per uso di droghe per via parenterale.

TABELLA 25 DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS PER AZIENDA USL DI RESIDENZA: INCIDENZA NEL 2009-2010, PREVALENZA AL 31/12/2010. EMILIA-ROMAGNA. (PER 100.000 ABITANTI)

Azienda USL	Totale casi residenti 1984-2010	Incidenza AIDS			Prevalenza AIDS	
		Nuovi casi anno 2009	Nuovi casi anno 2010	Incidenza annuale, biennio 2009-2010*	Casi prevalenti al 31/12/2010	Prevalenza al 31/12/2010**
Piacenza	363	8	7	2,6	123	42,4
Parma	444	16	6	2,5	166	37,6
Reggio Emilia	474	5	7	1,1	144	27,1
Modena	720	19	5	1,7	250	35,7
Bologna	1.332	15	21	2,1	311	36,2
Imola	237	1	1	0,8	81	61,4
Prov. di Bologna	*1.569*	*16*	*22*	*1,9*	*392*	*39,5*
Ferrara	509	10	13	3,2	129	35,8
Ravenna	893	12	10	2,8	252	64,2
Forlì	334	3	6	2,4	111	59,1
Cesena	256	4	4	2,0	69	33,2
Prov. di Forlì-Cesena	*590*	*7*	*10*	*2,2*	*180*	*45,5*
Rimini	493	8	4	1,9	170	51,6
Emilia-Romagna	**6.055**	**101**	**84**	**2,1**	**1.806**	**40,7**

** popolazione di riferimento: media della popolazione degli anni 2010 e 2009 rilevate al 01/01*

*** popolazione di riferimento al 31/12/2010*

Fonte: Sistema di Sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna

Tubercolosi

La situazione epidemiologica in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza, dalla concentrazione dei casi in alcuni gruppi a rischio e dalla comparsa di ceppi multiresistenti.

Il tasso annuale di incidenza della TBC in Italia è di 7,5casi/100.000 ab. nel2007, quindi al di sotto del limite che definisce la classificazione di bassa prevalenza (10 casi/100.000 ab.). Per quello che riguarda la Regione Emilia Romagna e Parma, la situazione appare stabile, pur presentando una notevole variabilità distrettuale. Infatti se nel 2008 il tasso regionale è stato di 10.7 casi per 100.000 ab., i tassi distrettuali variano dal 22,7 di Guastalla allo 0 di Montecchio Emilia. Anche nella nostra provincia si verificano oscillazioni importanti.

TABELLA 26 – TBC POLMONARE: INCIDENZA

	Anno 2008	
	N. casi	**Tasso**
Parma	17	8.2
Fidenza	4	4,0
Valli TC	1	2.2
Sud Est	9	12,5
Tot. provincia	31	7,0

Più della metà dei casi riguarda persone tra 15 e 44 anni, negli ultimi anni l'incidenza tra gli ultra sessantacinquenni è in sensibile diminuzione; i maschi costituiscono il 60,8% del totale. I tassi di incidenza delle forme polmonari ed non hanno subito variazioni significative, attestandosi rispettivamente a 7 e 3,7 casi per 100.000 ab.

"***Conclusioni.*** *Il quadro epidemiologico che emerge denota un incremento del tasso di notifica al di sopra della soglia di definizione di paese a bassa endemia tubercolare (10 casi per 100.000 abitanti) e una sempre più alta percentuale di tubercolosi notificate in cittadini nati all'estero, aspetto questo ultimo che giustifica un progressivo cambiamento delle fasce di età maggiormente colpite (prevalenza di età giovane adulta). I cittadini nati all'estero tendono ad ammalarsi anche dopo 2 anni dall'arrivo in Italia e presentano una ridotta compliance alla terapia; questo fa sì che l'obiettivo dell'OMS dell'85% dei casi curati non venga attualmente raggiunto. Risulta necessario rafforzare la sorveglianza del trattamento nei cittadini immigrati per ridurre il numero di casi persi al follow up e mantenere alta la sorveglianza dei contatti a rischio, dal momento che l'essere stato contatto di un caso di tubercolosi risulta essere fattore di rischio importante*". Fonte – Epidemiologia della tubercolosi in Emilia – Romagna. Anno 2011. Regione Emilia – Romagna ASR

Studio PASSI – Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute [5]

Il campione provinciale. Descrizione

Nel periodo 2008/2011 nell'azienda USL di Parma il campione intervistato è stato di 1204 persone residenti di età compresa tra 18 – 69 anni. Il campione risulta equamente diviso tra uomini e donne. L'età media è di 44 anni.

La distribuzione delle classi di età nel campione intervistato risulta:
- 28% di età compresa tra 18 – 34 anni
- 36% di età compresa tra 35 – 49 anni
- 35% di età compresa tra 50 - 69 anni.

Il 64% del campione risulta in possesso di un elevato livello di istruzione.

Relativamente alle condizioni economiche il 60% degli intervistati ha dichiarato di non avere alcuna difficoltà, il 32% dichiara di avere qualche difficoltà mentre l'8% dichiara di avere molte difficoltà. Alta appare la % del campione che risulta regolarmente impiegata (69%).

STATO DI SALUTE
- Il 69% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute.
- Il 7% delle persone intervistate è classificabile come persona con sintomi di depressione.

SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ATTIVITA' FISICA
Il 3,7% delle persone intervistate è risultato sottopeso, il 52,3 normopeso, il 33,3% sovrappeso e il 10,7% obeso. IL 39,6% delle persone intervistate raggiunge un buon livello di attività fisica, il 40,4% svolge una moderata attività fisica mentre il restante 20% svolge poca o nessuna attività fisica. In particolare solo il 22% degli intervistati ha dichiarato di svolgere attività fisica intensa nel tempo libero secondo le linee guida (30 minuti per almeno 5 giorni alla settimana), mentre solo il 15% ha dichiarato di svolgere attività fisica per 20 minuti al giorno per almeno tre giorni alla settimana.

Il 32,5% degli intervistati, tra coloro che hanno dichiarato di essersi recato dal proprio medico negli ultimi 12 mesi, hanno ricevuto da questo il consiglio di svolgere regolarmente attività fisica.

ABITUDINE AL FUMO
Nell'Ausl di Parma il 50% dei residenti intervistati è risultato essere non fumatore, il 28% fumatore, il 22% ex fumatore. L'abitudine al fumo appare più frequente nei giovani maschi. In media vengono fumate 13 sigarette al giorno. Tra gli intervistati che hanno dichiarato di essere fumatori il 31% ha dichiarato di aver tentato di smettere nell'ultimo anno, inoltre il 54% dei fumatori (comprendendo solo chi si è recato dal medico) ha ricevuto il consiglio di smettere

[5] Fonte: Studio PASSI – ultimi dati disponibili

CONSUMO DI ALCOL
Il 28% degli intervistati può essere considerato un consumatore a rischio (forte bevitore e/o beve prevalentemente fuori pasto e/o è un bevitore binge). L'abitudine al consumo di alcol a rischio appare più frequente nei giovani maschi. Il 9% degli intervistati ha dichiarato di bere abitualmente fuori pasto.

Il 12% degli intervistati è risultato essere un bevitore "binge" cioè almeno una volta al mese ha bevuto in un'unica occasione 6 o più unità di bevande alcoliche: anche questa pericolosa modalità di consumo di alcol risulta più diffusa tra i giovani (5,5% dei soggetti di età compresa tra 18–34 rispetto al 4% e al 2,5% rispettivamente nelle classi 35–49 e 50–69) e nel sesso maschile (9,4% nei maschi rispetto al 2,4% delle donne).

Il 15% degli intervistati può essere considerato un forte bevitore (inteso come consumo di 3 o più unità al giorno per l'uomo e di 2 o più unità al giorno per la donna).

Il 15,5% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi (prima dell'intervista) si è recato dal proprio medico, ha riferito che gli è stato chiesto del proprio comportamento nei confronti dell'alcol.

SICUREZZA STRADALE
Il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato almeno una volta, nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. 11% degli intervistati hanno riferito di essere saliti con un guidatore che era sotto l'effetto dell'alcol. Il 92% degli intervistati ha dichiarato di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza, l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (25%). Il 98% ha dichiarato di usare sempre il casco

SICUREZZA DOMESTICA
Sebbene gli incidenti domestici siano riconosciuti ormai come un problema emergente di sanità pubblica, la sorveglianza PASSI evidenzia che il rischio di infortunio domestico è però considerato basso o assente dal 93% dei residenti intervistati.

SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO
L'85% delle donne intervistate di età compresa tra 25 – 64 anni ha riferito di aver effettuato un pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.

SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA
L'85% delle donne intervistate di età compresa tra 50 – 69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni o sintomi) nell'ultimo biennio come previsto dalle raccomandazioni.

SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO
Il 65% delle persone intervistate di età compresa tra 50 – 69 anni ha riferito di essersi sottoposto alla ricerca di sangue occulto preventiva nell'ultimo biennio in accordo alle linee guida.

Sicurezza

Incidenti stradali [6]

Gli incidenti stradali rappresentano in Emilia – Romagna la prima causa di morte tra le classi giovanili (14-29 anni) in entrambi i sessi, con una maggiore incidenza tra i maschi ed il loro costo sociale raggiunge il 2% del PIL regionale. Per contribuire alla riduzione dell'incidentalità stradale, obiettivo strategico nell'ambito delle politiche regionali, la Regione Emilia – Romagna ha avviato dal 2009 MistER per rilevare in maniera capillare i dati sugli incidenti, posizionandoli con precisione sulla cartografia, individuare eventuali collegamenti con le caratteristiche delle strade e programmare così gli interventi di miglioramento. Nel 2010 si sono verificati 20.147 incidenti, con 401 decessi e 27.995 feriti: sono dati

[6] Fonte: Progetto MistER, sistema statistico sull'incidentalità stradale

costantemente in diminuzione tanto che è stato raggiunto l'obiettivo fissato dalla Commissione Europea di dimezzare le vittime della strada dal 2001 al 2010 (infatti Emilia –Romagna i decessi nel 2001 erano stati n. 813).

Le categorie che hanno maggiormente contribuito al calo sono stati i ciclomotoristi (80% dei decessi in meno rispetto al 2001) e gli automobilisti (-65%). Resta molto pesante il tributo pagato dagli utenti cosiddetti "deboli" in particolare pedoni e ciclisti, che rappresentano ancora il 54% delle morti ed il 37% dei feriti.

La maggior parte degli incidenti avviene in ambito urbano, data la più alta densità di auto in circolazione, ma la gravità è maggiore in ambito extra urbano, a causa della velocità più elevata. Il tasso di mortalità più alto si registra di notte, con un picco massimo tra le 4 e le 6 del mattino; risulta ancora molto pesante al constatazione di stato di ebbrezza o di guida sotto effetto di stupefacenti.

Per quanto riguarda la nostra Provincia, nel 2010 si sono verificati 1.655 incidenti con 39 morti e 2.282 feriti, pari ad un tasso di 374,4 incidenti per 100.000 abitanti e di 8,8 decessi per 100.000 abitanti; in entrambi i casi i dati sono più bassi della media regionale, rispettivamente di 454,5 e di 9,0.

Infortuni sul lavoro

Il fenomeno infortunistico in provincia di Parma mantiene anche nel 2010 l'andamento registrato negli anni precedenti, allineandosi all'andamento ragionale e nazionale.

I dati qui esposti sono tratti dai Nuovi flussi informativi (NFI), che si basano su un accordo stipulato nel 2002 fra tre soggetti (INAIL-ISPESL-Regioni) con l'intento di sopperire a carenze informative evidenziate dal precedente sistema e rendere le elaborazioni più attinenti alla realtà del Paese.

Sono riportati i dati infortunistici elaborati in collaborazione con l'Osservatorio Regionale per l'Epidemiologia degli Infortuni sul Lavoro (OREIL), organismo regionale istituito presso il Dipartimento di sanità Pubblica dell'Azienda USL di Reggio Emilia.
E' riportato l'andamento degli infortuni nella serie storica dal 2000, integrata dall'ultimo aggiornamento disponibile relativo al 2010.
Nell'analisi sono considerati:

- l'andamento degli infortuni denunciati espressi in numeri assoluti;
- gli infortuni definiti espressi in termini di Indice di Incidenza (n. infortuni/n. addetti x 100) per gli infortuni complessivi;
- la gravità degli infortuni espressa come andamento degli infortuni permanenti in confronto all'andamento degli infortuni temporanei. Vengono inoltre evidenziati gli infortuni mortali degli anni 2009 e 2010.

Infortuni denunciati

Rispetto alle precedenti edizioni del Bilancio di Missione, nella figura 17 viene riportato l'andamento negli degli infortuni denunciati in tutte le Gestioni INAIL (comprensivo non solo di Industria e Servizi ma anche di Agricoltura e Conto Stato) e nella figura 18 della sola Gestione Agricoltura. Si evidenzia che viene mantenuto l'andamento in diminuzione del complesso degli infortuni, che è stato più marcato in agricoltura.

FIGURA 17 INFORTUNI DENUNCIATI A PARMA NEI SETTORI INDUSTRIA, COMMERCIO E SERVIZI, CONTO STATO E AGRICOLTURA (NFI)

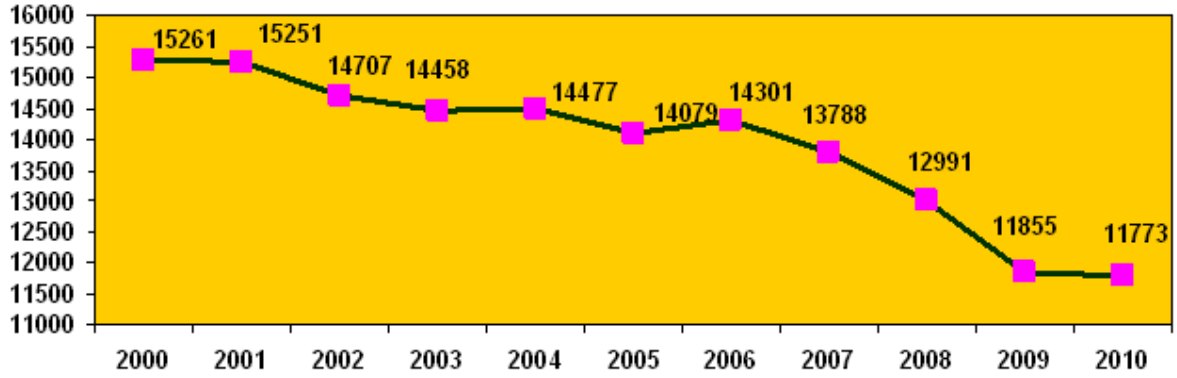
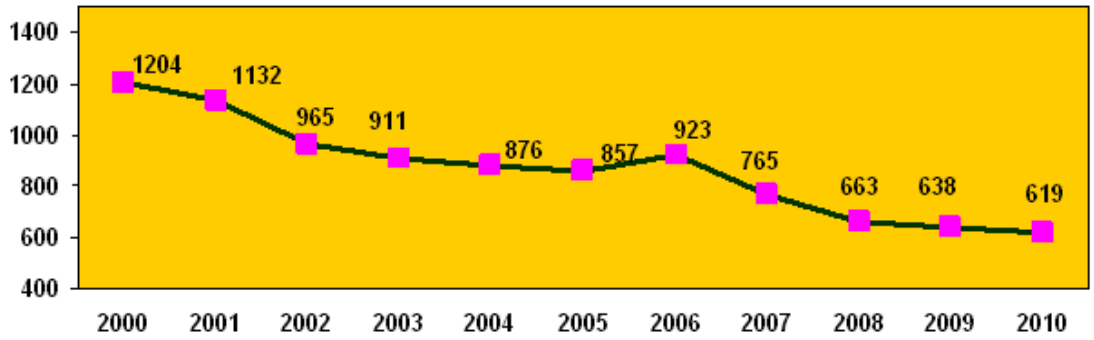


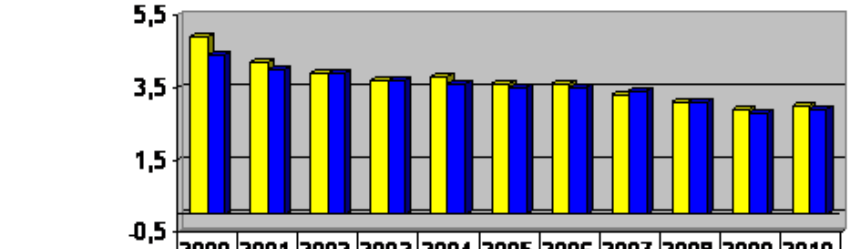
FIGURA 18 INFORTUNI DENUNCIATI A PARMA NEL SETTORE AGRICOLTURA (NFI)



Gli infortuni totali

Anche l'indice di incidenza degli infortuni complessivi (numero infortuni/numero addetti x 100) conferma la costante tendenza alla diminuzione, pur mantenendosi nel tempo sempre lievemente superiore al dato medio regionale.

FIGURA 19 INDICE DI INCIDENZA INFORTUNI COMPLESSIVI. CONFRONTO PROVINCIA DI PARMA E MEDIA REGIONALE (NFI)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Parma	4,9	4,2	3,9	3,7	3,8	3,6	3,60	3,3	3,1	2,9	3
Regione ER	4,4	4	3,9	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,1	2,8	2,9

La gravità degli infortuni

Un'indicazione indiretta della gravità degli infortuni è data dal confronto dell'andamento degli infortuni permanenti con quello dei temporanei. Nella nostra provincia, tra il 2001 e il 2010, gli infortuni temporanei definiti per le Gestioni Industria, Commercio e Servizi, Agricoltura e Conto Stato sono passati dai 9978 del 2001 ai 6757 del 2010. Gli infortuni permanenti definiti delle stesse Gestioni sono passati dai 369 del 2001 ai 422 del 2010 (con una punta di 520 nel 2006). E' tuttavia da considerare una tendenza alla diminuzione dei permanenti negli ultimi anni.

Gli infortuni mortali

Il Rapporto Annuale Regionale 2010 INAIL Emilia-Romagna riporta un totale di nove infortuni lavorativi mortali occorsi in provincia di Parma nel 2010, che confermano il dato di nove infortuni mortali del 2009. Il dato è però comprensivo degli eventi stradali, sia dovuti gli infortuni "in itinere", cioè avvenuti nel tragitto casa-lavoro, sia avvenuti nella "circolazione stradale" con automezzi di lavoro.

Se si scompongono i dati, su 9 infortuni mortali avvenuti a Parma nel 2010, 3 sono avvenuti in "ambiente di lavoro", cioè fabbrica o cantiere, 3 in itinere e 3 nella circolazione stradale. Quindi 6 su 9 (66,6 %) sono avvenuti sulla strada. Il dato conferma sostanzialmente il dato dell'anno 2009, durante il quale su 9 infortuni sul lavoro 5 sono avvenuti per strada e 4 in "ambiente di lavoro" (55,55 %)

Il controllo degli ambienti di lavoro

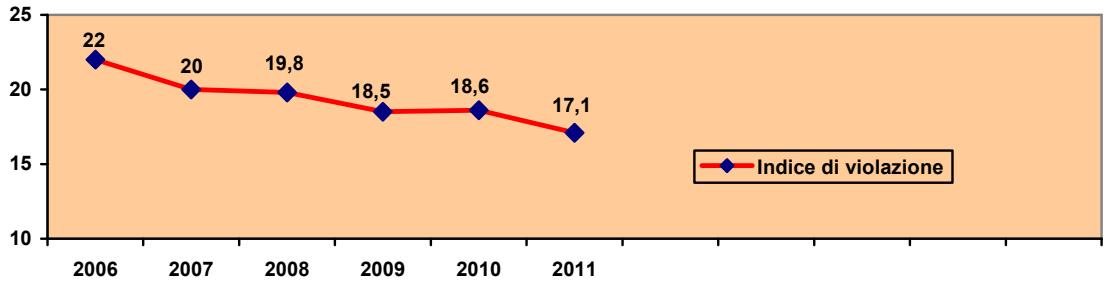
L'attività di controllo sulla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, esercitata dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, è misurata attraverso un indicatore di processo rappresentato dalla percentuale di aziende controllate sul totale delle Unità Locali (U.L.) insistenti sul territorio, definite dalle Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) dell'ultimo aggiornamento disponibile.

Per l'anno 2011 alla provincia di Parma sono attribuite 23919 PAT e, dalla programmazione regionale, un indice di copertura dei controlli pari al 9 %.

Nel 2011 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro hanno controllato 2239 imprese con un indice di copertura dei controlli pari a 9.36 %delle Unità Locali del territorio, superiore all'indicatore proposto.

Nelle aziende oggetto di controllo nel 2011 (2239) sono stati emanati 385 provvedimenti, che hanno portato ad un indice di violazione pari al 17.1 %.

FIGURA 20 INDICE DI VIOLAZIONE



I Distretti in cifre

Distretto di Parma								
	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
	Colorno	9.094	9,8	16,8	28,0	24,9	122,9	50,3
	Mezzani	3.449	8,7	15,0	23,6	21,9	105,6	51,7
	Parma	186.690	11,4	14,1	20,5	22,7	174,0	53,1
	Sorbolo	9.648	9,6	8,8	13,0	13,1	131,3	51,1
	Torrile	7.804	6,6	12,2	17,5	17,0	87,8	42,3
	totale	216.685	11,1	14,0	20,5	22,1	164,2	52,5
Popolazione maschile **103.706-** Popolazione femminile **112.979**								
Nazionalità più rappresentate: **Moldavia 16%, Albania 10,0%, Tunisia e Romania 8%**								

Distretto di Fidenza								
	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
	Busseto	7.052	13,2	13,4	26,1	22,1	192,1	59,0
	Fidenza	26.196	12,7	11,8	20,5	19,5	181,0	56,9
	Fontanellato	7.080	11,6	11,7	20,0	17,0	158,5	53,5
	Fontevivo	5.572	8,8	14,1	25,1	20,2	131,3	47,1
	Noceto	12.724	9,7	11,7	20,1	17,5	135,7	50,1
	Polesine P.se	1.522	11,8	14,5	29,8	23,7	169,5	53,6

	Roccabianca	3.109	13,1	10,8	20,4	17,4	185,1	58,4
	SalsomaggioreT	20.051	13,0	12,0	19,4	20,2	192,7	59,0
	S.secondoP.se	5.648	11,7	11,6	19,5	17,9	150,2	53,5
	Sissa	4.311	12,9	12,1	19,8	19,0	150,3	59,4
	Soragna	4.883	10,4	12,4	25,2	18,4	143,0	50,8
	Trecasali	3.679	8,9	9,5	14,9	12,5	133,7	47,1
	Zibello	1.863	15,0	9,8	18,3	16,9	272,5	60,7
	totale	103.690	11,8	12,0	20,9	18,9	168,0	55,1
Popolazione maschile **50.742** - Popolazione femminile:**52.948**								
Nazionalità più rappresentate: **Albania Marocco India 13%**								

Distretto Valli Taro e Ceno								
	Comuni	**Popolazione residente**					**Indice di Vecchiaia**	**Indice di Dipendenza Totale**
		Complessiva	**% ≥ 75 anni**	**% stranieri su complessiva**	**% 0-9 anni stranieri**	**% 25-44 anni stranieri**		
	Albareto	2.201	17,2	3,6	2,2	6,9	329,8	66,7
	Bardi	2.382	20,9	7,3	22,3	15,7	446,4	80,2
	Bedonia	3.701	15,7	7,4	30,5	14,7	301,6	67,7
	Berceto	2.198	18,7	7,1	16,4	14,2	465,2	66,3
	Bore	800	24,8	3,0	5,9	7,9	670,4	108,3
	Borgotaro	7.319	14,8	8,2	14,3	13,1	221,5	66,2
	Compiano	1.131	14,8	5,2	8,2	8,2	234,1	66,3
	Fornovo	6.294	12,4	16,5	31,3	26,4	166,6	61,3
	Medesano	10.749	10,4	11,7	22,1	17,4	132,7	52,9
	Pellegrino P.se	1.096	20,5	4,6	4,4	10,1	416,8	81,2
	Solignano	1.857	13,2	9,6	20,4	14,0	198,7	55,9
	Terenzo	1.239	17,5	10,0	21,1	21,6	360,7	66,1
	Tornolo	1.145	20,4	2,7	0,0	5,4	495,2	75,6
	Valmozzola	585	23,9	4,3	4,2	8,5	763,3	79,4
	Varano m.	2.704	10,5	8,4	16,3	11,2	135,7	56,0
	Varsi	1.300	24,1	4,9	9,6	11,2	594,0	81,3
	totale	46.701	14,7	9,3	19,2	15,8	227,1	63,6
popolazione maschile **23.098** **popolazione femminile 23.603**								
Nazionalità più rappresentate: **Marocco 20,0% Romania 14,0% Albania 12,0%**								

Distretto Sud Est								
	Comuni	**Popolazione residente**					**Indice di Vecchiaia**	**Indice di Dipendenza Totale**
		Complessiva	**% ≥ 75 anni**	**% stranieri su complessiva**	**% 0-9 anni stranieri**	**% 25-44 anni stranieri**		
	Calestano	**2.126**	14,4	18,0	30,9	31,3	200,0	56,9
	Collecchio	14.120	10,3	9,0	13,8	13,2	146,7	52,4
	Corniglio	2.070	21,2	4,7	4,7	9,8	494,7	75,7
	Felino	8.546	10,2	8,9	11,6	14,0	141,4	52,3
	Langhirano	9.842	10,1	16,7	27,6	26,0	139,5	51,6
	Lesignano B	4.793	7,8	8,2	9,8	11,9	108,2	45,6
	Monchio d/C	1.024	22,8	2,9	7,5	8,0	715,8	83,2
	Montechiarugolo	10.626	9,9	9,4	13,4	13,6	149,8	52,0
	Neviano A.	3.749	17,5	9,8	19,3	17,6	284,6	70,5
	Palanzano	1.203	21,6	8,2	22,2	19,3	578,5	80,4
	Sala Baganza	5.395	9,6	10,4	12,9	15,8	134,7	51,0
	Tizzano V.P.	2.161	17,5	12,0	23,1	22,7	281,0	68,7
	Traversetolo	9.339	10,3	12,5	18,2	18,0	131,5	52,6
	totale	74.994	11,3	10,7	16,4	16,7	161,4	54,4
Popolazione maschile **37.063 popolazione femminile 37.931**								
Nazionalità più rappresentate: **Albania 19%Marocco 15% Romania 11%**								

Sezione 2

PROFILO AZIENDALE

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Impatto sul contesto territoriale

Livelli Essenziali di Assistenza

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Assistenza distrettuale

Assistenza ospedaliera

Qualità dell'assistenza

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità Economica

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La sostenibilità economica, in larga parte rappresentata attraverso indici, permette di analizzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo, valutare il grado di incidenza dei costi connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi ed infine investigare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

L'Azienda USL di Parma ha chiuso l'esercizio 2011 con un risultato pari a – 0,852 milioni di €; a fronte di incremento dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a 7,606 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a 1,383 milioni di € (+ 0,2 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 6,315 milioni di € (+ 0,8%). Sull'incremento dei costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per acquisto di beni.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE – 2008–2011

	2008	2009	2010	2011
Totale ricavi	759.370	794.000	813.276	820.883
Totale costi	750.594	788.018	805.180	811.495
Finanziamento regionale	683.537	712.744	727.377	728.760
Incremento finanziamento regionale	4,91	4,27	2,05	0,2

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali

Negli ultimi quattro anni il risultato netto d'esercizio conseguito dall'Azienda può pertanto essere così rappresentato:

TABELLA 2 RISULTATO D'ESERCIZIO

2008	2009	2010	2011
- 1.988	- 3.698	- 1.750	- 852

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali

L'andamento dei risultati d'esercizio di esercizio del periodo, rappresentati nella tabella, attestano il consolidamento della situazione di equilibrio economico – finanziario raggiunta dall'Azienda.

Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica

Se si considerano in dettaglio le informazioni derivate dal conto economico è possibile esaminare le cause che hanno determinato il risultato d'esercizio. In particolare è possibile riclassificare il conto economico per costruire indici in grado di agevolare l'analisi del bilancio aziendale e, soprattutto, per ottenere gruppi omogenei di costo in quanto, sebbene tutti i costi e i ricavi determinino un risultato finale, essi hanno origine diversa.

La prima ripartizione che occorre effettuare riguarda la gestione caratteristica e quella non caratteristica. La gestione caratteristica comprende i ricavi e i costi della gestione tipica dell'azienda ovvero ricavi per vendite o prestazioni di servizi, ai quali vanno sottratti i costi di produzione e le spese commerciali, amministrative e generali. Nel caso di una Azienda sanitaria questa aggregazione comprende le risorse attribuite dalla Regione (contributi in conto esercizio), al netto dei costi per mobilità passiva, acquisto di prestazioni di degenza, di specialistica ambulatoriale e di assistenza termale acquisiti da soggetti privati. A questi ricavi vanno aggiunte le ulteriori entrate derivanti dalla produzione (mobilità attiva, compartecipazione alla spesa sanitaria, altri proventi e ricavi tipici), per arrivare ai complessivi ricavi disponibili. Il risultato operativo caratteristico viene pertanto ottenuto sottraendo ai ricavi disponibili tutti i costi derivanti dalla gestione caratteristica (consumo di beni, acquisto di servizi sanitari e non sanitari, godimento beni di terzi, costi amministrativi, ammortamenti netti, accantonamenti tipici e costo del lavoro).

Diversamente all'interno della gestione non caratteristica vengono ricompresi tutti i costi e i ricavi non collegati direttamente all'attività specifica dell'azienda: proventi e oneri finanziari (interessi attivi e passivi su conti correnti, oscillazione cambi, spese e commissioni bancarie) e proventi e oneri straordinari (sopravvenienze attive e passive, plusvalenze o minusvalenze per la cessione di cespiti o la messa in fuori uso di attrezzature, offerte e donazioni).

È evidente che l'analisi di questi dati permette di avere una prima indicazione circa l'incidenza dei costi connessi all'attività specifica dell'Azienda e di quelli conseguenti alla gestione non caratteristica.

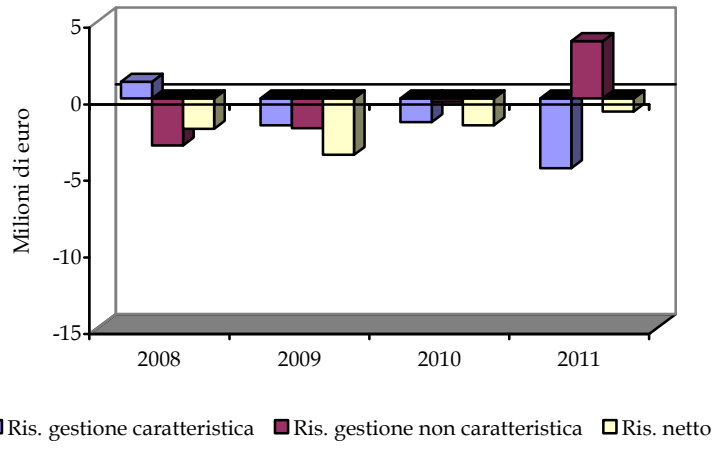
La Tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2008-2011 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2008	2009	2010	2011
1.085	- 1.751	- 1.542	- 4.578

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: Regione Emilia Romagna

FIGURA 1 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



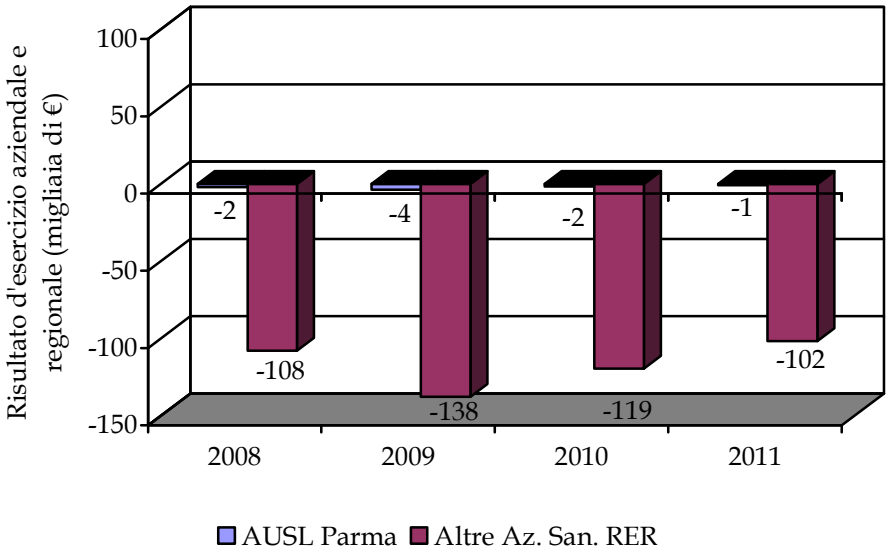
Fonte: Regione Emilia Romagna

Il valore positivo relativo alla gestione non caratteristica relativa all'anno 2011 deriva dal saldo fra sopravvenienze attive e passive.

Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

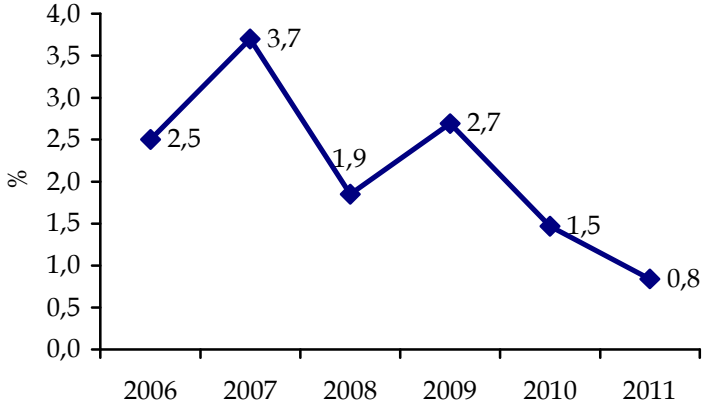
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale: per il 2011 il "peso" della performance aziendale su quella regionale è pari al 0,8% per il 2010 il "peso" era pari al 1,5%, per l'anno 2009 il "peso" era pari al 3%, mentre per il 2008 era pari al 2% circa.

FIGURA 2 CONFRONTO RISULTATI D'ESERCIZIO CON RISULTATI REGIONE EMILIA–ROMAGNA



Fonte: Regione Emilia Romagna

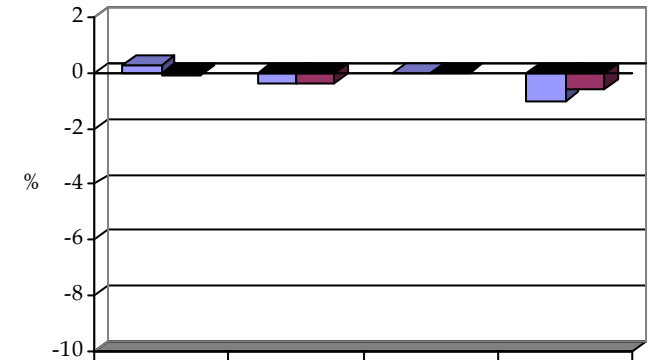
FIGURA 3 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



Trend della performance e della gestione caratteristica

La riclassificazione del conto economico permette anche di valutare in quale misura i ricavi disponibili (ricavi totali al netto dei costi per mobilità passiva e per acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati) riescono a coprire i costi della gestione caratteristica. L'indicatore è rappresentato dal rapporto tra risultato operativo caratteristico e ricavi disponibili. Minore il valore dell'indicatore, minore la capacità dei ricavi disponibili di coprire i costi per la gestione caratteristica.

FIGURA 4 INCIDENZA DELLA GESTIONE CARATTERISTICA SUI RICAVI DISPONIBILI



	2008	2009	2010	2011
ASL	0,3	-0,4	0	-1
RER	-0,1	-0,4	-0,01	-0,6

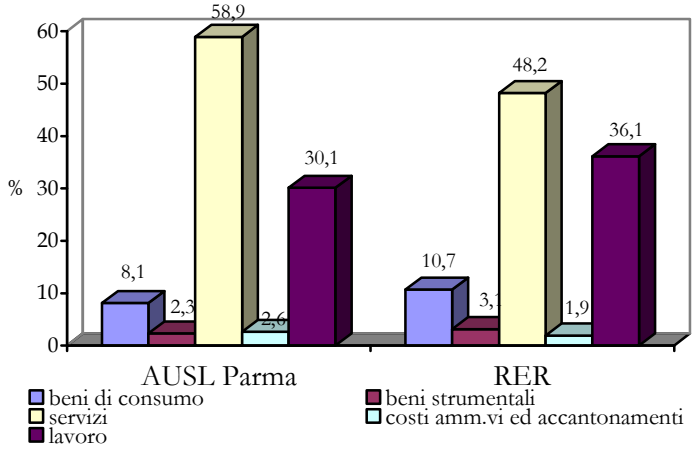
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2011 i ricavi disponibili non coprono la gestione caratteristica, nel 2010 invece i ricavi disponibili coprono la gestione caratteristica, nel 2009 i ricavi disponibili non coprono la gestione caratteristica, mentre per l'esercizio 2008 l'indicatore evidenzia l'equilibrio della gestione caratteristica, grazie ad un aumento dei ricavi più che proporzionale rispetto all'aumento dei costi.

Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori

E' possibile verificare come i ricavi disponibili vengono assorbiti dai principali fattori produttivi, vale a dire beni di consumo, beni strumentali, servizi, costi amministrativi ed accantonamenti, costo del lavoro. Di seguito vengono elaborati i dati dell'ultimo quadriennio disponibile forniti dalla Regione Emilia Romagna. Il confronto è stato effettuato con la media delle altre Aziende USL nel cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera. Anche se con valori diversi, per tutte le Aziende le voci a maggior incidenza sono rappresentate dal costo del lavoro, pari mediamente al 36% dei ricavi disponibili e dal costo dell'acquisizione di servizi sanitari con il 48%.

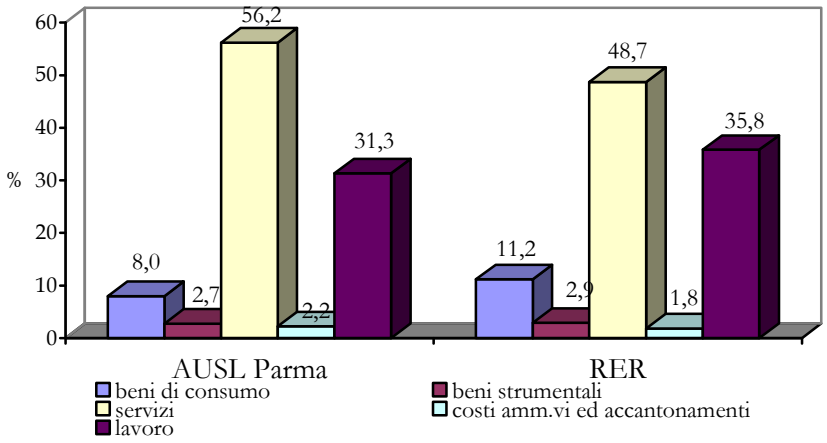
FIGURA 5 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2008



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2008 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (59,9 %) e per il totale Regionale (48,2 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 6,0%) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

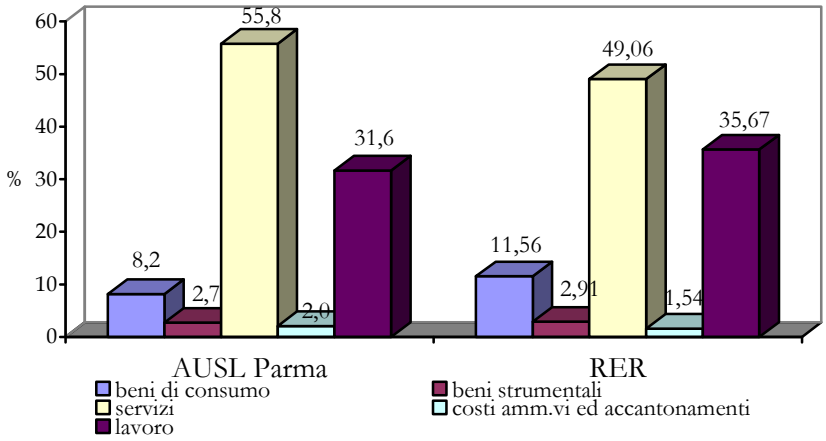
FIGURA 6 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2009



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2009 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (56,2 %) e per il totale Regionale (48,7 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 4,5 %) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

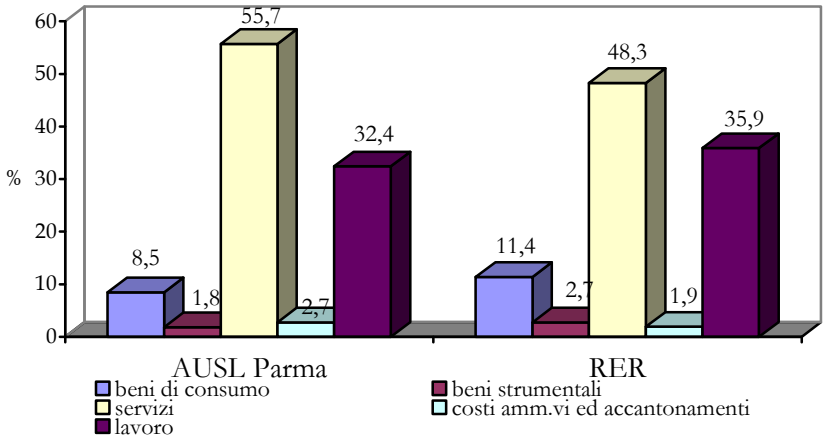
FIGURA 7 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2010 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55,8 %) e per il totale Regionale (49,1 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 4,04 %) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

FIGURA 8 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2011



Nel 2011 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (56%) e per il totale Regionale (48%), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 3,5%) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

Struttura dei costi aziendali

Nel corso del periodo di riferimento la composizione dei costi d'esercizio è rimasta sostanzialmente inalterata.

TABELLA 4 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DEI COSTI D'ESERCIZIO AUSL PARMA

	2008	2009	2010	2011
Consumo beni	8,0%	8,0%	8,2%	8,4%
Servizi sanitari	49,8%	50,0%	49,4%	48,9%
Servizi non sanitari	5,0%	4,8%	5%	5,1%
Beni strumentali	2,8%	2,6%	2,7%	1,9%
Manutenzioni	1,1%	1,1%	1,2%	1,1%
Costi amministrativi	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%
Accantonamenti	1,1%	1,2%	0,9%	1,4%
Costo del lavoro	31,0%	31,2%	31,5%	32%

Fonte: Regione Emilia Romagna

Grado di attrazione delle strutture aziendali

Un dato significativo che evidenzia la capacità dell'Azienda di attrarre utenti da altre zone geografiche è il rapporto tra la mobilità attiva e la mobilità passiva. I flussi di mobilità attiva o passiva vengono quantificati economicamente facendo riferimento alle tariffe, definite a livello regionale e/o nazionale, che le Aziende Sanitarie applicano alle prestazioni sanitarie rese a persone non residenti nell'ambito provinciale di riferimento, e le cui voci principali sono riconducibili a ricoveri nelle strutture pubbliche, specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, sia convenzionata sia in somministrazione diretta. L'addebito avviene da parte di chi eroga il servizio nei confronti dell'Azienda USL di residenza dell'assistito e che è titolare del finanziamento. Maggiore il valore della mobilità passiva maggiore la capacità delle strutture sanitarie dell'Azienda di attrarre pazienti da altre province e Regioni.

TABELLA 5 MOBILITÀ ATTIVA E MOBILITÀ PASSIVA

	2008	2009	2010	2011
Mobilità attiva	33.176	35.023	36.454	37.137
Mobilità passiva	250.072	262.894	268.700	268.181
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,3	13,3	13,6	13,8

Fonte: Regione Emilia Romagna

Il grado di attrazione dell'Azienda USL di Parma è rimasto sostanzialmente inalterato nel periodo di riferimento.

Poiché nel territorio si trova l'Azienda Ospedaliera Universitaria che è polo di attrazione per la popolazione residente, soprattutto per i cittadini del capoluogo, diviene significativo scorporare dalla totalità della mobilità passiva quella frutto di apposito accordo di fornitura con l'AOSP di Parma.

TABELLA 6 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

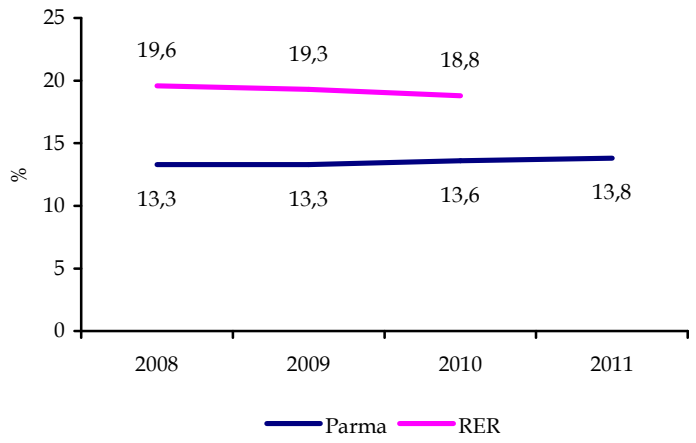
	2008	2009	2010	2011
Mobilità passiva totale	250.072	262.894	268.700	268.180
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	206.210	217.514	222.294	221.789
Mobilità passiva AOSP Parma/ mobilità passiva totale x 100	82,5	82,7	82,7	82,7

Fonte: Regione Emilia Romagna e accordi di fornitura annuali con Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

I residenti del territorio che si rivolgono ad altre strutture per la quasi totalità si indirizzano all'Azienda Ospedaliera di Parma (+ 83%).

Rispetto alla capacità di attrazione media delle Aziende del gruppo omogeneo l'Azienda USL di Parma evidenzia una capacità media inferiore come si evince dal grafico seguente:

FIGURA 9 MOBILITÀ ATTIVA/PASSIVA AUSL PARMA ED ALTRE AZIENDE USL DELLA RER



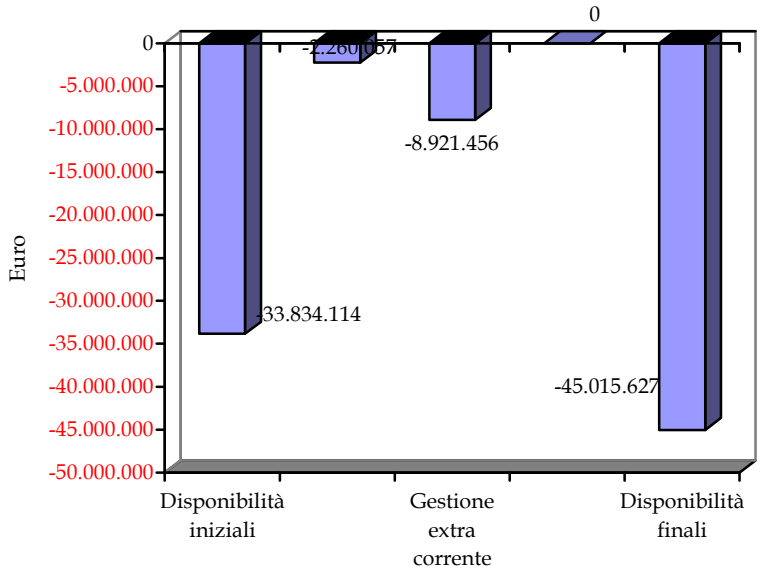
Sostenibilità finanziaria

La sostenibilità finanziaria consente di verificare la solvibilità dei nuovi investimenti, cioè a controllare che il flusso monetario previsto in entrata sia in grado, nell'ammontare e nella distribuzione nel tempo, di coprire i flussi monetari in uscita. In particolare risulta di importanza fondamentale la cadenza delle entrate e delle uscite di fondi.

Dinamica dei flussi monetari

L'analisi dei flussi di denaro in entrata ed uscita a livello aziendale può essere analizzata mediante il rendiconto di liquidità: il prospetto rappresenta i cambiamenti intervenuti nella situazione finanziaria dell'Azienda. Il fondo di riferimento analizzato è costituito dalle disponibilità liquide, e cioè, l'insieme dei valori di cassa, c/c postale ed Istituto Tesoriere, di inizio e fine anno.

FIGURA 10 RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITÀ (FONTI – IMPIEGHI CONDENSATO) – 2011



La gestione extracorrente ha ridotto il fabbisogno finanziario di circa 2,8 milioni di €.

Durata media dell'esposizione verso fornitori

La durata media dell'esposizione viene valutata quantificando, in giorni, il tempo che mediamente intercorre tra il sorgere dei debiti ed il loro effettivo pagamento. L'indicatore è costruito come rapporto tra i debiti medi per forniture e i costi per beni e servizi diviso per 360.

Per l'Azienda USL di Parma la durata media di esposizione verso i fornitori per l'anno 2011 è stata di 156 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, peggiorativa rispetto allo stesso dato del 2010, pari a 145 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
215.006.370	226.947.012	514.611.233

Fonte: Bilancio aziendale anno 2011

Sostenibilità patrimoniale

La sostenibilità patrimoniale consente di verificare l'assetto delle attività e delle passività, per procedere alla verifica della fattibilità di nuovi investimenti e relativi impatti sul bilancio aziendale.

La sostenibilità patrimoniale viene indagata attraverso una rappresentazione grafica dello stato patrimoniale, idonea a evidenziare la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, nonché alcune relazioni fra questi intercorrenti; inoltre viene analizzata attraverso indici e valori volti a informare sulle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti e al grado di obsolescenza degli stessi.

Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale anno 2011 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

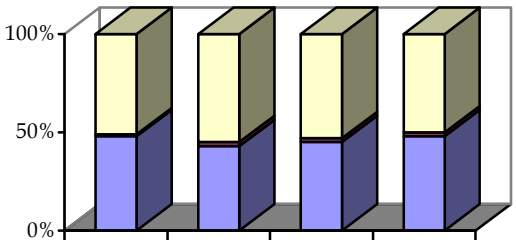
TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2011

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	48 %	86 %	Finanziamenti a breve
Scorte	2 %	2 %	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	50 %	12 %	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2009

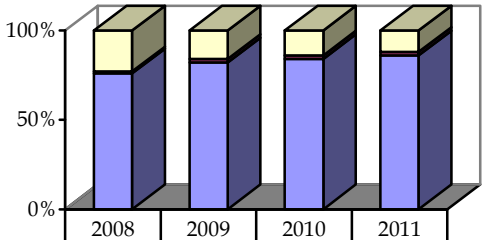
La lettura dei grafici negli anni evidenzia come nell'ultimo esercizio siano aumentati gli investimenti a breve termine mentre si sono ridotti i crediti a lungo (dal 53% al 50%). Le passività invece sono costituite in maniera assolutamente maggioritaria da finanziamenti di terzi piuttosto che dal patrimonio netto aziendale. Si tratta di debiti verso la Regione, aziende sanitarie, istituto tesoriere ma soprattutto di debiti verso fornitori di beni e servizi, con scadenze a breve termine.

FIGURA 11 STATO PATRIMONIALE 2008–2011 ATTIVITÀ



	2008	2009	2010	2011
Immobilizzazioni	51	55	53	50
scorte	1	2	2	2
Liquidità immediate e differite	48	43	45	48

FIGURA 12 STATO PATRIMONIALE 2008–2011 PASSIVITÀ



	2008	2009	2010	2011
Patrimonio netto	23	16	14	12
Finanaziamenti a medio lungo termine	1	2	2	2
Finanziamenti a breve	76	82	84	86

Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2008-2011 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2008	2009	2010	2011
Terreni	0	0	0	4.400
Fabbricati	8.599.191	2.404.209	4.730.523	4.160.543
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741
Automezzi	90.460	368.205	127.853	98.237
Altri beni	493.182	895.762	810.397	615.266
Totale	11.960.740	5.488.111	11.011.309	8.246.367

Fonte: Bilanci aziendali

Nel 2008 gli interventi più significativi hanno riguardato la realizzazione della nuova sede del Sert per il Distretto di Parma, la riqualificazione dei Poliambulatori di Via Pintor, la realizzazione della nuova sede dei Poliambulatori di Fornovo e la realizzazione del Nido-Scuola Materna in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel 2009 è stato acquisito un immobile a Medesano da destinare ai poliambulatori. Nel 2010 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della residenza primo Maggio e del Centro Autismo, di adeguamento ex legge 626, i lavori di costruzione della centrale termica a cippato inoltre sono stati acquistati gli immobili destinati al Polo odontoiatrico di Medesano e al Poliambulatorio di Monchio delle Corti. L'Azienda ha inoltre acquistato grandi tecnologie per diverse sedi aziendali. Nel 2011 sono terminati i lavori di realizzazione della sede del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed sono state completate le opere relative al parcheggio e all'elisuperficie adiacente all'ospedale di Borgotaro.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

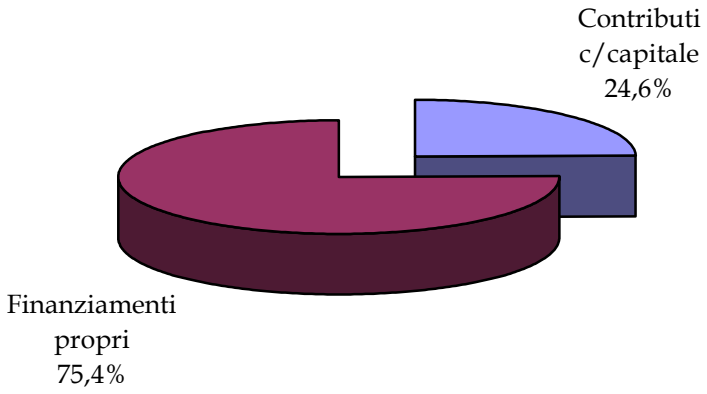
Contributi	2008	2009	2010	2011
Totale	6.844.034	72.866	1.613.408	499.399

Fonte: Bilanci aziendali

I contributi dell'anno 2008 sono relativi alla realizzazione d'elisuperficie e del parcheggio dell'Ospedale di Borgotaro, all'acquisizione di apparecchiature radiologiche e alla realizzazione del Polo Pediatrico di Parma (6.438.911). I contributi dell'anno 2009 sono relativi a diversi progetti vincolati. I contributi anno 2010 sono relativi a donazioni vincolate ad investimenti, al contributo dalla Provincia di Parma per la realizzazione della caldaia a cippato e ai contributi per il trasferimento del patrimonio mobiliare degli Istituti Penitenziari. I contributi anno 2011 sono relativi a donazioni vincolate ad investimenti.

Dal grafico seguente si evince in quale misura il finanziamento degli investimenti materiali è rimasto a carico della gestione aziendale:

FIGURA 13 FINANZIAMENTO IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI COMPLESSIVI NEL QUADRIENNIO



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio

Nella tabella seguente è riportato un maggior dettaglio degli investimenti effettuati dall'Azienda:

TABELLA 11 INVESTIMENTI AZIENDALI NETTI

Investimenti	2008	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	1.344.689	980.797	1.306.252	796.209
Fabbricati strumentali	8.006.551	2.290.241	4.532.870	3.447.757
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741
Altri beni	1.176.282	1.009.731	938.250	713.503
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	2.212.090	2.642.219	3.934.231	2.655.997
Totale	15.517.519	8.742.923	16.054.139	10.981.387

Fonte: Bilanci aziendali

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

I nuovi investimenti nel periodo di riferimento rapportati al totale del patrimonio aziendale, immobiliare e mobiliare, mettono in evidenza il grado di rinnovo del patrimonio stesso. Maggiore il valore dell'indicatore, maggiore il grado di rinnovo del patrimonio. Nella tabella seguente è possibile verificare il grado di rinnovo del patrimonio aziendale.

TABELLA 12 INVESTIMENTI E PATRIMONIO

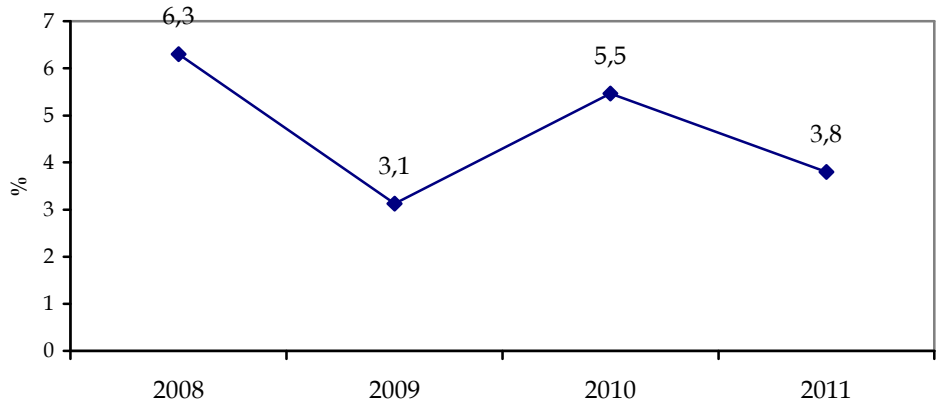
	2008	2009	2010	2011
Investimenti	12.489.176	6.333.440	12.119.908	8.324.391
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	6,3	3,3	5,7	3,8

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso.

Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

FIGURA 14 GRADO DI RINNOVO DEL PATRIMONIO AZIENDALE: RAPPORTO TRA INVESTIMENTI E PATRIMONIO



Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

Un indicatore significativo della obsolescenza del patrimonio aziendale è il rapporto tra il valore da ammortizzare e il totale del patrimonio stesso, anche in questo caso al netto delle immobilizzazioni in corso.

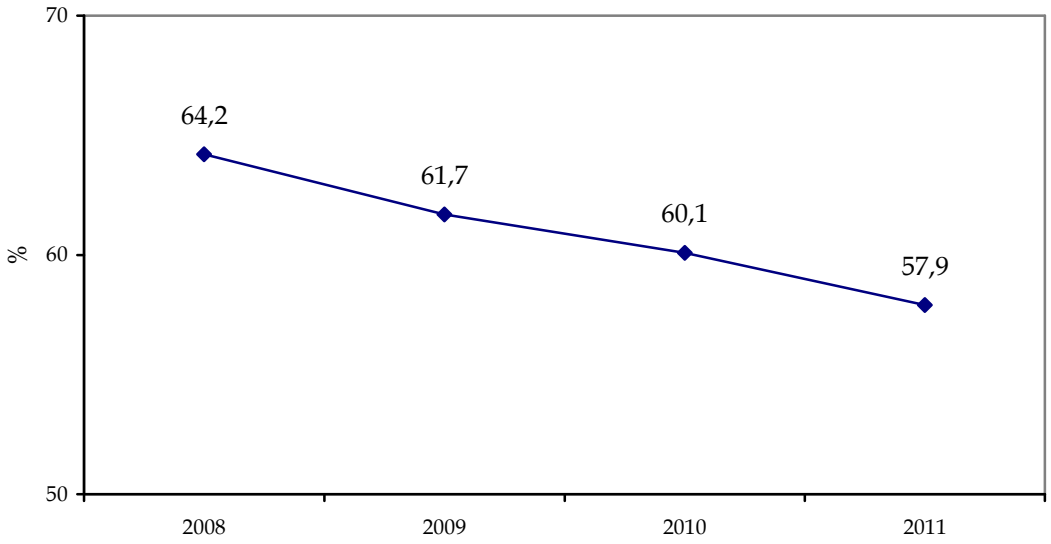
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2008	2009	2010	2011
Residuo da ammortizzare	127.493.287	124.747.221	127.257.835	126.288.776
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	64,2	61,7	60,1	57,9

Fonte: Bilanci aziendali

Si può affermare che l'azienda ha globalmente un patrimonio relativamente "giovane" con una vita utile ancora sufficientemente lunga.

FIGURA 15 GRADO DI OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO AZIENDALE: RAPPORTO TRA RESIDUO ED IMMOBILIZZAZIONI



Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico

L'Azienda USL di Parma, anche grazie al numero rilevante di soggetti da essa direttamente occupati, produce un effetto economico significativo sul territorio della Provincia di Parma: con i suoi 2.638 dipendenti, pari all'1,4% della intera popolazione lavorativa provinciale, l'Azienda USL è anche una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti; un numero che è andato stabilmente crescendo negli ultimi ed è passato dai 2.305 del 2002 ai 2.638 del 2011 (+14,4 %).

L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (69,3%), mentre la restante quota si suddivide tra i ruoli tecnici ed amministrativi. Allo stesso tempo, nell'ambito del ruolo sanitario, il personale del comparto costituisce la maggior parte dei lavoratori (80,0%).

A questi occorre poi aggiungere 611 professionisti titolari di contratti a tempo determinato e soprattutto di convenzioni per la medicina generale e la pediatria di libera scelta.

La somma dei dirigenti medici e sanitari dipendenti dall'Azienda e di quelli convenzionati con essa porta ad un totale di n. 1.170 pari a 2,5 medici per 1.000 residenti.

All'impatto economico diretto occorre poi aggiungere l'effetto "indiretto" derivante dalla complessa rete di relazioni esterne che l'Azienda intreccia con la realtà economica provinciale al fine di poter erogare i servizi sanitari: rapporti di fornitura di beni sanitari e non sanitari, rapporti per la fornitura di servizi tecnici (manutenzioni, pulizie, ristorazione, ecc.), convenzioni per l'erogazione di servizi socio-sanitari (assistenza residenziale e semi-residenziale).

TABELLA 14 NUMERO DIPENDENTI TOTALE SUDDIVISI PER RUOLO

Ruolo	Contratto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sanitario	Medici e veterinari	397	406	416	430	430	430
Sanitario	Dirigenti sanitari	58	55	53	55	63	63
Professionale	Dirig. Professionale	7	8	8	8	8	8
Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	4	4	4	6
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	18	19	20	22	19	20
	DIRIGENTI	**484**	**492**	**501**	**519**	**524**	**527**
Sanitario	Comparto sanitario	1.241	1.243	1.262	1.293	1.307	1.333
Tecnico	Comparto tecnico	356	376	387	399	420	426
Amministrativo	Comparto amministrativo	330	339	339	339	345	352
	COMPARTO	**1.927**	**1.958**	**1.988**	**2.031**	**2.072**	**2.111**
	TOTALE	**2.411**	**2.450**	**2.489**	**2.550**	**2.596**	**2.638**

TABELLA 15 NUMERO MMG, PLS E MEDICI AMBULATORIALI

Anni	Specialisti Titolari Sostituti	Incarichi a tempo determinato	Medici di Medicina Generale	Pediatri Libera Scelta	Medici di Guardia Medica	Medicina dei Servizi *
2005	117	12	318	54	153	-
2006	120	5	310	56	137	-
2007	113	7	309	53	144	-
2008	114	3	298	55	111	-
2009	137	8	303	56	113	-
2010	124	7	300	59	121	13
2011	117	10	298	58	143	17

* Sono inseriti i medici operanti negli istituti penitenziari e i medici di medicina dei servizi territoriali.

TABELLA 16 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personale dipendente	102.076	109.621	110.695	116.642	121.507	125.632	126.287
Personale convenziona-	40.880	44.360	46.974	49.820	53.684	56.197	58.049
MMG e pediatri	*33.260*	*36.701*	*39.085*	*41.945*	*45.439*	*48.126*	*49.117*
Specialisti interni	*4.503*	*4.436*	*4.699*	*4.619*	*4.801*	*4.847*	*5.013*
Guardia medica	*3.117*	*3.223*	*3.190*	*3.256*	*3.444*	*3.224*	*3.303*
Medicina dei Servizi	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*570*	*616*
Totale	**142.956**	**153.981**	**157.669**	**166.642**	**175.191**	**181.829**	**242.385**

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

TABELLA 17 LASCITI E DONAZIONI DA CITTADINI E DA ALTRI

	2007	2008	2009	2010	2011
Da cittadini	11.602,00	90.500,00	34.071,97	584.063,89	37.468,00
Da fondazioni bancarie	-	2.390.000,00	-	0	100.000,00
Da altri	409.282,02	190.000,00	228.429,09	772.627,70	200.879,60
Totale	420.884,02	2.670.500,00	262.501,06	1.356.691,59	338.347,60

Impatto culturale

Il patrimonio storico artistico di questa Azienda è costituito principalmente da:

Ospedale Ugolino da Neviano: fondato da Ugolino da Neviano poco dopo la sua morte avvenuta intorno al 1335, svolse la propria funzione di ospedale dei poveri, degli infermi di qualunque malattia e degli incurabili fino ai primi decenni del 1900. L'edificio conserva ancora il sistema strutturale a volte nel piano terreno. I prospetti interni del fabbricato principale hanno visibile il loggiato tamponato al primo piano su tre lati ai piani terra e primo sul lato dell'accesso principale. Il fabbricato ospita oggi la sede legale ed amministrativa dell'Azienda.

Chiesa di Santa Maria del Quartiere: costruita su disegno di Gian Battista Magnani (1571-1653) tra il 1604 ed il 1619 è detta del "Quartiere" perché eretta vicino ad un quartiere militare. È di forma ottagonale con due cappelle, giunta posteriore dietro l'altare maggiore e cupola poligonale. All'interno sono presenti affreschi eseguiti da Giulio Orlandini nel 1628 (tribuna e coro). La cupola conserva invece un affresco considerato dai critici il capolavoro di Pier Antonio Bernabei che rappresentò il Paradiso in maniera del Correggio, ritraendo una gloria con la Vergine, gli Apostoli, i Profeti, i Santi e una moltitudine di Angeli.

A fronte dei fenomeni di dissesto e ammaloramento della cupola, da cui sono derivate estese infiltrazioni di acqua piovana e conseguenti danni agli affreschi sottostanti, l'Azienda ha sottoscritto, con la Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e il Dipartimento di Ingegneria Civile, Ambiente, Territorio e Architettura dell'Università degli Studi di Parma, un Protocollo d'Intesa per svolgere attività di ricerca, rilievo architettonico e valutazione della situazione statica e di degrado della Chiesa, attività che ha consentito, nel corso del 2010, di redigere il progetto per gli interventi di consolidamento della cupola e di rifacimento della soprastante copertura. I lavori, affidati mediante procedura pubblica, sono iniziati il 19 gennaio 2011 e, in stretta collaborazione con i tecnici dell'Università di Parma e con i funzionari della Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici di Parma, sono proseguiti con regolarità e sono stati ultimati nel dicembre dello stesso anno; le opere sono state interamente finanziate con contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza. Nel corso del 2011, grazie ad un ulteriore contributo della medesima Fondazione, è stato possibile eseguire nuovi interventi tesi al recupero ed al risanamento conservativo delle facciate del monumento, interventi che, attraverso operazioni di pulizia, stilatura, sigillatura e consolidamento degli elementi architettonici esterni, hanno consentito di arrestare il degrado delle superfici esterne della Chiesa e di conservare le porzioni di stucchi e di coloriture originali.

Tutte le lavorazioni sono state monitorate dal gruppo di lavoro formato dai tecnici progettisti e coordinato dal Prof. Carlo Blasi dell'Università di Parma, che ha effettuato sopralluoghi periodici di controllo, e sono realizzate sotto la supervisione dell'Arch. Borellini della Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici di Parma.

FIGURA 16 CHIESA DI SANTA MARIA DEL QUARTIERE – LA FACCIATA DOPO I RESTAURI

Mobilità aziendale

Il tema della Mobilità coinvolge vari ambiti: da quello del sociale (dare a tutti la possibilità di fruire di beni e servizi variamente dislocati sul territorio e di riappropriarsi di spazi progressivamente sottratti ai cittadini) a quello ambientale sino ad arrivare all'ambito sanitario.

Gli interventi del mobility manager sviluppati a livello aziendale nel corso del 2011 sono stati:

1. Aggiornamento annuale del Piano spostamenti casa lavoro approvato dal Comune di Parma che ha consentito di mantenere, per i dipendenti Ausl, gli abbonamenti al trasporto pubblico locale a tassi agevolati e 15 permessi di sosta per le righe blu con forti sconti.
2. L'ufficio del Mobility Manager ha collaborato e sviluppato con il Comune di Parma, Ufficio Scolastico Provinciale, Infomobility, 21 scuole, la TEP, i medici pediatri convenzionati e altri enti, uno specifico protocollo triennale sui percorsi casa-scuola. Il protocollo è stato adottato con deliberazione del DG n. 368 del 31.05.2010 ed è proseguito nel 2011. Il Protocollo d'Intesa per una mobilità sicura, sostenibile e autonoma, ha l'obiettivo di coinvolgere diversi soggetti su un piano comune in cui siano condivisi le linee di azione, gli impegni ed i progetti che si andranno ad implementare. Il protocollo si propone di responsabilizzare socialmente i soggetti istituzionali coinvolti, diffondere comportamenti sostenibili nei confronti dell'aria e dell'ambiente e della propria salute rafforzando, a partire dai più giovani, la consapevolezza che, anche iniziando da scelte e comportamenti individuali (stili di vita), è possibile migliorare l'ambiente e promuovere il benessere.
3. Il Mobility Manager e l'Ufficio Comunicazione Aziendale hanno sviluppato un apposito sito nell'Intranet Aziendale in cui vengono illustrati i principali progetti e le azioni svolte sul tema della mobilità sostenibile. Tale strumento viene utilizzato per garantire anche le informazioni sulla viabilità cittadina.

4. Alla fine dell'anno 2010 l'Azienda USL di Parma aveva aderito al progetto ZEC, acronimo di Zero Emission City, lanciato dal Comune di Parma con Infomobility e IREN Ambiente e con la partecipazione di aziende pubbliche e private che riguarda la mobilità elettrica e affianca le buone pratiche adottate sia a livello normativo che progettuale dalla Regione Emilia-Romagna.
   In pratica il progetto è continuato nel 2011 con la definizione delle sedi e degli spazi da adibire a zone di ricarica per i veicoli elettrici .
   Il progetto ZEC è stato sviluppato in una specifica iniziativa sulla mobilità elettrica aziendale che è stata presentata il 29.11.2011 dal Direttore Generale alla Direzione Generale Sanità e politiche sociali della regione e ai competenti Assessorati.

5. Nel corso del 2011 in collaborazione con il RIT aziendale è stato informatizzato il questionario degli spostamenti casa lavoro che ha consentito il completo superamento del modello cartaceo utilizzato fino al 2010 con notevole risparmio sui tempi di raccolta dei dati e di analisi. Il modello è stato sviluppato sulla base delle indicazioni fornite dal gruppo dei mobility manager regionali nel quale l'azienda è parte attiva e propositiva.
   Secondo le previsioni della delibera regionale l'Azienda USL di Parma ha partecipato tramite il proprio mobility manager alle attività del gruppo di lavoro regionale ed ha fornito i flussi informativi richiesti nel 2011, risultando tra le 7 aziende sanitarie regionali che hanno raggiunto tutti gli obiettivi.

Sviluppo sostenibile

La Legge Regionale n° 26 /2004 affronta la complessità dei temi che confluiscono nella "questione energetica" ed inquadra all'interno di una programmazione gli interventi di competenza della Regione e degli Enti Locali.

L'Azienda USL di Parma al fine di contribuire agli obiettivi regionali si è impegnata, con l'approvazione del Piano Energetico Aziendale, ad affrontare i seguenti ambiti:

- USO RAZIONALE DELL'ENERGIA: Interventi a costo zero che consentono una riduzione dei consumi a favore di una migliore organizzazione e utilizzo degli spazi fruibili. Oltre alle azioni svolte negli anni scorsi, è stato previsto lo spegnimento degli impianti di alcuni reparti dell'ospedale di Vaio nei fine settimana e durante la notte (studi medici). Inoltre per la sala riunione dell'ospedale di Vaio, gli impianti sono normalmente spenti e vengono accesi solo quando la stessa risulta prenotata.
- RISPARMIO ENERGETICO: E' stato effettuato il monitoraggio dei consumi energetici delle strutture aziendali ed è stata effettuata l'analisi qualitativa dei consumi con conseguenti azioni mirate alla diminuzione degli stessi. Uno degli interventi è stato quello di sostituire i gruppi frigoriferi della struttura di via Pintor. Inoltre per l'Ospedale di Vaio sono stati effettuati degli interventi sulle Pompe di circolazione mediante adozione di Inverter e per limitare al minimo il consumo di energia elettrica.
- FONTI RINNOVABILI: Interventi di realizzazione di impianti fotovoltaici per la produzione di energia e di impianti termici alimentati da biomasse in alcune strutture dell'Azienda. In questo ambito, è stata progettata la centrale a Biomasse (cippato) presso la struttura residenziale psichiatrica protetta "la Fattoria" con potenzialità di 220 kW. Tale intervento, dal costo complessivo di € 430.000,00, ha beneficiato di un finanziamento a fondo perduto della Comunità Europea pari a € 298.000,00. A Parma e a Fidenza, per la realizzazione rispettivamente del Polo Pediatrico e dell'ampliamento dell'Ospedale di Vaio sono stati progettati contestualmente due impianti fotovoltaici di tipo integrato con una potenza di picco rispettivamente di 65 e 50 kW_p.
- DIAGNOSI ENERGETICHE: Al fine di riqualificare dal punto di vista energetico gli edifici di proprietà dell'Azienda USL, sono stati elaborati tutti gli A.C.E. per i fabbricati di proprietà in cui è prevista la fornitura di combustibile, redatti secondo le modalità previste dal Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 192, dal D. Lgs. n. 311/06 e dalla Delibera della Regione Emilia Romagna 156/2008 e s.m.i."Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici".

Livelli essenziali di assistenza

I livelli essenziali di assistenza (LEA) rappresentando le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o attraverso una quota di partecipazione, si configurano come centrali nell'analisi dell'attività aziendale. Le grandezze illustrate in questa sezione derivano da un processo di analisi dei dati aziendali compiuto attraverso metodologie di contabilità analitica, di riclassificazione e di omogeneizzazione per permettere confronti tra le diverse aziende sanitarie regionali.

Costi e finanziamento

Centrale nell'analisi delle risorse impiegate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione è l'indicatore *costo pro capite* calcolato come rapporto tra il costo per livello assistenza e la popolazione di riferimento. L'analisi del costo pro capite permette di quantificare l'entità delle risorse impiegate per il singolo residente, sia a livello complessivo che di singola funzione nell'ambito di una regione, di un'azienda USL e di un distretto sanitario.

Come riportato di seguito si conferma per tutti gli anni considerati, dall'anno 2006 all'anno 2010, una spesa procapite dell'Azienda di Parma leggermente al di sotto di quella regionale; osservando la serie storica si nota come nell'anno 2010 questo differenziale negativo si attesta al 4,48%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 17,6% e del costo per assistito pari al 13,2%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,9%. Le variazioni nel tempo delle variabili in oggetto sono in linea con quelle registrate a livello regionale per quanto concerne i costi nominali, mentre sono sensibilmente superiori nel costo pro capite anche a causa di una minore crescita della popolazione.

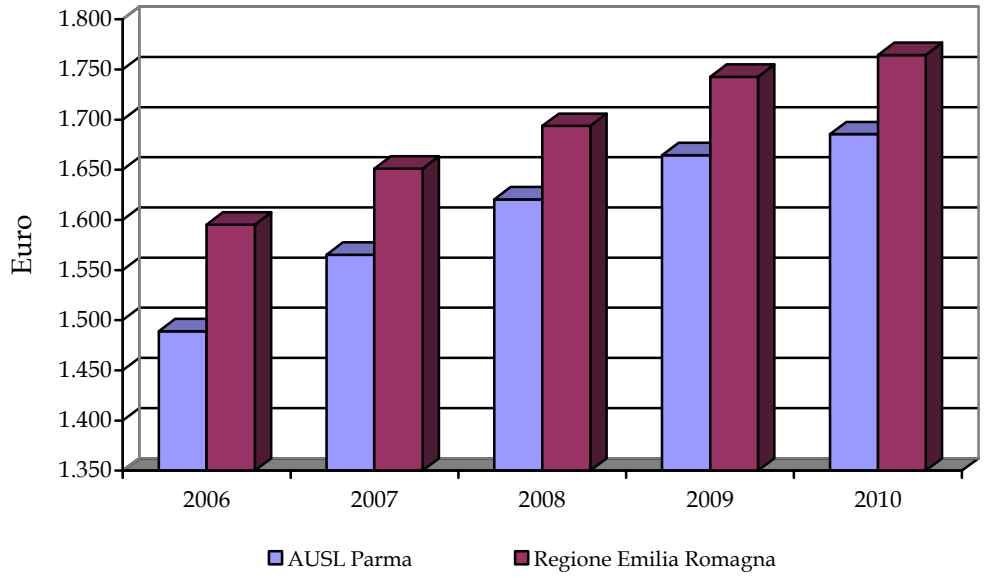
TABELLA 18 COSTI PER ASSISTITO – ANNI 2006–2010

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna				
	Costi	**Popolazione°**	**Procapite**	**Costi**	**Popolazione**	**Procapite**	**Scostamento % PR vs RER**	**Scostamento Economico PR vs RER**
2006	634.444	426.140	1.488,82	6.680.245	4.187.544	1.595,27	-6,67	-106,45
2007	671.918	429.256	1.565,31	6.972.808	4.223.585	1.650,92	-5,19	-85,62
2008	702.766	433.687	1.620,44	7.242.534	4.275.843	1.693,83	-4,33	-73,38
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,31
2010	746.108	442.666	1.685,49	7.755.923	4.395.606	1.764,47	-4,48	-78,98
Scostamento% A. 2006-2010	17,60%	3,88%	13,21%	16,10%	4,97%	10,61%		

° Si rimarca come sia in questa che nelle seguenti tabelle la popolazione sia stata pesata per tenere conto della struttura per età e sesso ai fini di un calcolo corretto degli indicatori di interesse.

Il grafico seguente mette in evidenza i differenziali nel costo pro capite aziendale e regionale.

FIGURA 17 COSTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALI – ANNI 2006–2010



Declinando l'analisi dei costi pro capite nelle Aree dei livelli di assistenza si rileva l'aumento nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 15,2%, e nell'assistenza ospedaliera, che aumenta del 12,9%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione dell'8,4%, salto interamente ascrivibile alla diminuzione del costo pro capite tra l'anno 2009 e l'anno 2010.

TABELLA 19 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2006–2010

	Sanità Pubblica		**Assistenza Distrettuale**		**Assistenza Ospedaliera**	
	AUSL	**RER**	**AUSL**	**RER**	**AUSL**	**RER**
2006	57,38	57,35	807,54	884,57	625,27	653,45
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62
2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,40	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	52,53	57,87	930,46	1.019,03	706,24	687,58
Scostamento % 2006-2010	*-8,45%*	*0,90%*	*15,22%*	*15,20%*	*12,95%*	*5,22%*

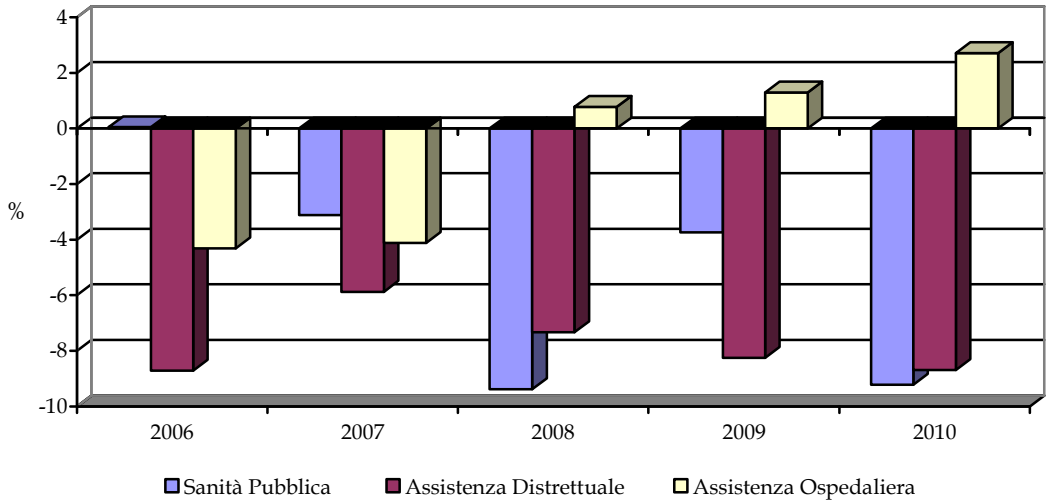
I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale fanno risaltare come, anche disarticolando la variabile *costo pro capite* per livello di assistenza, i costi pro capite aziendali si mantengono al di sotto della media regionale, con l'eccezione dell'Assistenza Ospedaliera per gli anni 2008, 2009 e 2010.

TABELLA 20 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2006–2010

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
2006	0,05%	0,03	-8,71%	-77,03	-4,31%	-28,18
2007	-3,11%	-1,82	-5,88%	-54,14	-4,12%	-27,64
2008	-9,38%	-5,74	-7,33%	-70,26	0,78%	5,28
2009	-3,74%	-2,19	-8,25%	-82,22	1,30%	8,93
2010	-9,22%	-5,34	-8,69%	-88,57	2,71%	18,66

Di seguito si illustrano gli scarti percentuali tra i costi pro capite per livello di assistenza tra la dimensione aziendale e quella regionale.

FIGURA 18 – SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA – AUSL – RER – ANNI 2006–2010



Se si passa ad analizzare la composizione percentuale della spesa pro capite per singola Area di livello di assistenza si nota come questa si mantenga piuttosto stabile nel periodo considerato, con la Sanità Pubblica a diminuire leggermente (dal 3,85% nell'anno 2006 al 3,11% nell'anno 2010) e l'Assistenza Distrettuale ad aumentare dal 54,19% e il 55,08%; il peso dell'Assistenza Ospedaliera rimane pressoché inalterato. A livello regionale, invece, si assiste ad un movimento più marcato, sia come livello che come *trend*, di perdita di peso del dell'Assistenza Ospedaliera a vantaggio di quella Distrettuale.

TABELLA 21 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA, AUSL RER, ANNI 2006–2010

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2006	3,85	3,59	54,19	55,45	41,96	40,96
2007	3,62	3,55	55,29	55,77	41,09	40,68
2008	3,42	3,61	54,73	56,59	41,86	39,80
2009	3,38	3,36	54,87	57,21	41,75	39,43
2010	3,11	3,28	55,08	57,75	41,81	38,97

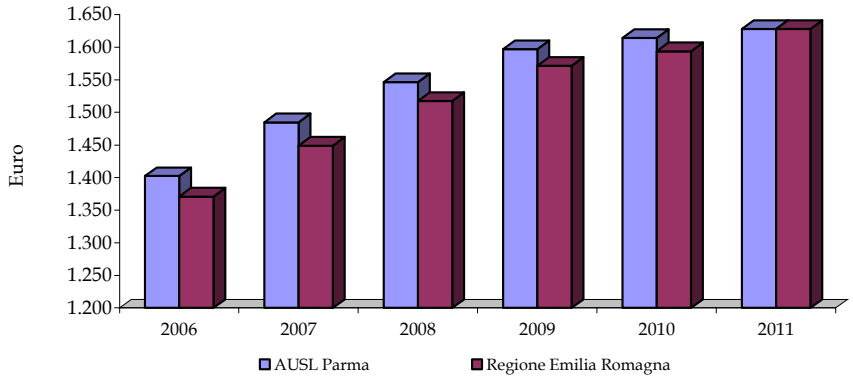
Sul versante del finanziamento dei livelli di assistenza, si rileva come nel periodo di riferimento (per quanto concerne i finanziamenti, a differenza dei costi, si è già in possesso dei dati relativi all'anno 2011) per l'Azienda USL di Parma esso sia aumentato del 23,1%, crescita leggermente inferiore a quella regionale, pari al 25,7%. Il finanziamento per assistito (indicatore ottenuto dal rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma e la popolazione aziendale di riferimento) è aumentato negli anni considerati del 16,1%, misura sensibilmente minore a quanto registrato a livello regionale (18,8%).

TABELLA 22 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO, ANNI 2006–2011

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2006	584.532.663	416.832	1.402,32	5.740.000.000	4.187.544	1.370,73	2,30%	31,59
2007	623.731.672	420.056	1.484,88	6.120.820.000	4.223.585	1.449,20	2,46%	35,68
2008	658.347.119	425.690	1.546,54	6.489.089.856	4.275.843	1.517,62	1,91%	28,92
2009	691.717.416	433.096	1.597,15	6.816.420.639	4.337.966	1.571,34	1,64%	25,81
2010	705.866.508	437.308	1.614,12	7.005.511.324	4.395.606	1.593,75	1,28%	20,36
2011	719.654.836	44.2070	1.627,92	7.215.61.1066	4.432.439	1.627,91	0,00%	0,01
Scostamento % 2006-2011	*23,12%*	*6,05%*	*16,09%*	*25,71%*	*5,85%*	*18,76%*		

Sempre attraverso la lettura della tabella si rimarca come, su base annua, il confronto tra il livello pro capite di finanziamento Aziendale e quello della media regionale mostri una differenza positiva che tende a decrescere nel corso del tempo, andandosi ad annullare nell'anno 2011
La figura successiva pone l'enfasi sulle differenze in termini assoluti nei livelli di finanziamento pro capite aziendale e regionale nel corso del periodo oggetto di analisi.

FIGURA 19 FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2006–2011



Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening

I tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono alcuni dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. In particolare, il tumore della mammella è responsabile di circa ¼ dei nuovi casi annuali della popolazione femminile ed è in lieve ma costante aumento: la mortalità, all'opposto, è in diminuzione per l'effetto combinato della diagnosi precoce e dei progressi terapeutici degli ultimi anni.

Il tumore del colon è in aumento costante dagli anni '90 e, considerati i due sessi congiunti, risulta il tumore in assoluto più frequente.

Dal 1997 sono stati attivati su tutto il territorio regionale due importanti progetti di prevenzione secondaria, gli screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella, cui si è aggiunto, dal 2005, quello per i tumori del colon retto.

Come è noto, un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace e di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale,con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow up.

Il presupposto fondamentale è la partecipazione dei cittadini interessati e per ottenere una compliance adeguata, occorre l'azione sinergica di tutti i soggetti interessati, non solo in campo sanitario, ma anche sociale, sia istituzionale che di volontariato.

I programmi di screening si configurano quindi come un vero e proprio "profilo complesso di assistenza" sia sul piano organizzativo che della partecipazione e valutazione di qualità; per attuarli in modo efficace bisogna costruire un percorso comune con tutti i soggetti interessati, ma è altresì fondamentale che siano inseriti all'interno dell'offerta complessiva di prevenzione del sistema sanitario provinciale.

Con l'ampliamento dell'offerta, annuale alle donne tra 45 e 49 anni e biennale per la fascia di età 70/74 dello screening della mammella, i tre programmi coinvolgono più del 45% della popolazione provinciale, sia residente che domiciliata, pari a oltre 200.000 persone: oltre 50.000 donne ricevono tutti e tre gli inviti.

TABELLA 23 CARATTERISTICHE SCREENING

Caratteristiche screening				
	Popolazione interessata	*Cadenza*	*Tipo di test*	*Popolazione interessata*
Mammella	Donne 45/49 anni	Annuale	Mammografia a doppia	17.520
	Donne 50/74 anni	Biennale	proiezione	67.450
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap –test	124.076
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	105.984

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi all'anno 2011.

TABELLA 24 SCREENING MAMMOGRAFICO ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne 45/49 anni	50,9	61,9
Donne 50/69 anni	64,0	67,4
Donne 70/74 anni	60,9	64,2

TABELLA 25 SCREENING COLLO UTERO – ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne 25/64 anni	65,2	58,9

TABELLA 26 SCREENING DEL COLON– RETTO – ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne e Uomini 50/69 anni	55,2	55,0

Copertura vaccinale nei bambini

Le vaccinazioni rappresentano ancora oggi uno dei più efficaci strumenti di prevenzione: raggiungere e mantenere elevati livelli di copertura significa eliminare o ridurre drasticamente l'incidenza di molte malattie infettive. In Emilia Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte d'Italia; più in particolare, per le vaccinazioni obbligatorie la copertura raggiunta nel 2010 è del 96,8% a 12 mesi di età e del 96,5% a 24 mesi.

Per quanto riguarda la nostra provincia, si mantiene a livello superiore della media regionale sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate.

TABELLA 27 COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI – ADESIONE ANNO 2010

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	98,4	96,5
HiB 24° mese	98,1	96,0
Morbillo 24° mese	93,8	92,9
Rosolia 13 anni (M+F)	96,6	95,4

Analizzando i dati per distretto, si conferma la tendenza già evidenziata negli anni precedenti ad una buona omogeneità, con tassi per tutti e quattro i Distretti costantemente superiori alla media regionale.

Morbillo

TABELLA 28 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1891	92,9
Fidenza	978	931	95,2
Valli Taro e Ceno	394	372	94,4
Sud Est	729	688	94,4
AUSL PR	4137	3882	93,9

Continua l'azione di recupero dei suscettibili, come previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, anche se nel corso del 2008 si è assistito ad una lieve flessione delle percentuali. Sia a 7 anni che a 13 anni le percentuali sono buone, superiori alle medie regionali: nella provincia di Parma i vaccinati con 2 dosi a 7 anni sono l'88,9% e a 13 anni il 81,4%.

Pertosse

TABELLA 29 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1986	97,5
Fidenza	978	967	98,9
Valli Taro e Ceno	394	389	98,7
Sud Est	729	716	98,2
AUSL PR	4137	4058	98,1

La copertura vaccinale contro la pertosse a 24 mesi ha superato il 95% fin dal 1998 e presenta valori omogenei tra tute le Aziende USL: anche a Parma il dato è confermato con poca differenza tra i Distretti.

HIB

Per questa vaccinazione si è assistito ad un progressivo e costante incremento, che ha superato il 95% fin dal 2002: la copertura è praticamente sovrapponibile a quella di difto-tetano-polio-pertosse-epatite B, visto l'uso ormai ubiquitario del vaccino esavalente.

TABELLA 30 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1992	97,8
Fidenza	978	963	98,5
Valli Taro e Ceno	394	388	98,5
Sud Est	729	716	98,2
AUSL PR	4137	4059	98,1

Poliomielite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 98,4% per la vaccinazione anti poliomielite a 24 mesi, contro una media regionale di 96,7%. Anche la copertura a 7 anni è costantemente superiore alla media regionale, 97,9% vs 96,8%.

TABELLA 31 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1996	98,0
Fidenza	978	971	99,3
Valli Taro e Ceno	394	389	98,7
Sud Est	729	716	98,2
TOTALE	4137	4072	98,4

Rosolia

L'aumento registrato negli ultimi anni ha permesso di raggiungere l'obiettivo fissato dalla regione (85%), ma, così come previsto dal "Per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita", per la prevenzione della rosolia congenita bisogna anche raggiungere e vaccinare le donne in età fertile. E' perciò necessario intensificare gli sforzi per offrire la vaccinazione alle donne che non hanno evidenza sierologica di immunizzazione.

TABELLA 32 COPERTURA VACCINALE ROSOLIA A 13 ANNI, MASCHI E FEMMINE PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.797	1.687	93,9
Fidenza	895	878	98,1
Valli Taro e Ceno	355	351	98,9
Sud Est	615	592	96,3
AUSL PR	3.662	3.508	95,8

Nei vaccinati vengono conteggiati sia coloro che hanno ricevuto una sola dose, che quelli che ne hanno ricevute 2, perché considerati comunque immuni.

Pneumococco

Dal 2006 è iniziata l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro lo pneumococco ai nuovi nati.

Le coperture raggiunte nel 2010 fanno riferimento alla coorte di bambini nati nel 2008 e vaccinati con tre dosi.

TABELLA 33 COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.036	1961	96,3
Fidenza	978	959	98,1
Valli Taro e Ceno	394	387	98,2
Sud Est	729	708	97,1
Totale	4.137	4.015	97,1

Naturalmente, a fianco dell'offerta ai nuovi nati, rimane l'impegno di raggiungere i bambini a rischio per patologia a qualunque fascia di età.

HPV

Questa vaccinazione presenta alcune importanti differenze rispetto alle altre vaccinazioni previste dal calendario. Infatti, l'obiettivo non è tanto prevenire l'infezione in sé, quanto piuttosto evitare le possibili conseguenze a lungo termine, ossia la trasformazione delle cellule epiteliali del collo dell'utero in cellule neoplastiche. Si tratta quindi di un risultato che andrà verificato nel tempo.

TABELLA 34 COPERTURA VACCINALE HPV COORTE DI NASCITA ANNO 1999 (RISULTATI AL 30 GIUGNO 2011)

Parma	%
%vaccinati con almeno una dose	67,6
%vaccinati con tre dosi	48,5

Si tratta di risultati costantemente più bassi della media regionale, di 72% e 52,4%, denotando ampi margini di miglioramento.

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno a livello regionale è aumentato in maniera costante ma modesta dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 1,7%), con particolare interessamento per l'Azienda USL di Rimini, che risente della presenza di un movimento antivaccinale molto attivo, dove si arriva a superare anche il 7%. A Parma nel 2010 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 59 per la coorte di nascita 2009 , 40 dei quali (67,8%) residenti nel Distretto di Parma.

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Il confronto dei dati dal 2000 fino al 2010 permette di evidenziare una quota di soggetti vaccinati più che raddoppiata: si passa infatti dai 43.703 della campagna 2000/01 ai 91.117 del 2008/2009, per una variazione del 108.5%, aumento tra i più alti a livello regionale. Nell'ultimo anno si è però assistito ad una diminuzione di almeno 10 punti percentuali in tutta la regione ed anche a Parma.

TABELLA 35 TASSO DI COPERTURA VACCINALE PER INFLUENZA NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI

Anni	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Parma	66,5	66,0	68,3	52,7
Regione	73,1	73,1	73,0	63,3

Controllo sugli ambienti di lavoro

L'attività di controllo sulla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro è misurata attraverso un indicatore di processo rappresentato dalla percentuale di aziende controllate sul totale delle Unità Produttive insistenti sul territorio, queste determinate sulla base del Censimento Istat Ermes 2001 .

Nel 2011 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro della provincia di Parma hanno controllato il 6,5% delle Aziende del territorio, collocandosi abbondantemente al di sopra della media regionale (5,7%) .

Nelle aziende oggetto di controllo nel 2011 sono stati emanati 307 provvedimenti prescrittivi su 2.541 aziende controllate che hanno portato ad un indice di violazione pari al 12,1.

Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

TABELLA 36 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

Anno	Parma	RER
2007	31,9	31,3
2008	32,9	29,5
2009	33,4	30,4
2010	32,6	32,0
2011	27,9	31,0

TABELLA 37 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	46,6	28,0
2008	52,3	31,8
2009	63,2	31,9
2010	68,5	39,4
2011	58,8	37,6

Nel campo delle aziende di ristorazione si nota una progressione diminuzione del dato, essendo la vigilanza operante da anni sulla base di ben codificate valutazioni del rischio, che per le aziende di ristorazione non viene classificato come elevato. Pertanto il livello di controllo non si discosta dalle medie regionali, mentre l'attività sanzionatoria aumenta rispetta agli anni precedenti, anche in ragione delle dimensioni mediamente più piccole delle aziende di ristorazione, nelle quali il cambiamento di un solo addetto o responsabile può alterare in modo significativo i percorsi aziendali e le modalità effettive di autocontrollo.

TABELLA 38 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

Anno	Parma	RER
2007	25,6	32,0
2008	20,2	30,8
2009	15,6	27,7
2010	14,0	24,5
2011	18,7	26,4

TABELLA 39 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	47,8	28,6
2008	56,4	32,8
2009	64,1	27,5
2010	72,9	30,4
2011	53,1	34,3

Per quanto riguarda il controllo sugli allevamenti si ricorda che la Provincia di Parma è la realtà più importante a livello regionale per numero di bovini allevati. Ma la gestione della sicurezza alimentare risulta estremamente impegnativa sia per la dimensione dell'apparato produttivo (principale sede di industria agroalimentare in Italia), sia per le attività di controllo da assicurare. Infatti, dalla nostra AUSL vi è un imponente flusso di esportazioni di prodotti alimentari dall'Italia verso i paesi comunitari ed extracomunitari.

TABELLA 40 NUMERO MEDIO DI SOPRALLUOGHI PER ALLEVAMENTO. ANNI 2006–2010

Anno	Parma	RER
2006	6,29	4,86
2007	6,34	4,70
2008	6,09	4,33
2009	6,08	4,36
2010	6,05	4,41

L'incremento di attività sugli allevamenti deve essere ricondotto alla emergenza aflatossine, che ha comportato un aumento di presenze presso gli allevamenti da latte: inoltre sono aumentati i controlli presso gli allevamenti bovini, collegati alla movimentazione degli animali, rispetto al nuovo sistema regionale di profilassi per la tubercolosi e brucellosi bovina.

Assistenza distrettuale

Assetto organizzativo

L'Assistenza distrettuale in ambito aziendale trova una sua distribuzione in tutto il territorio attraverso strutture gestite direttamente dall'Azienda Usl, strutture dell'Azienda Ospedaliera e strutture private con le quali l'Azienda USL ha stipulato accordi di fornitura o convenzioni. La rete dell'offerta vede una forte polarizzazione su Parma in cui sono presenti oltre alle strutture dell'AUSL anche l'Azienda Ospedaliera e gran parte delle strutture private. Gli altri bacini di gravitazione sono incentrati su sedi in cui c'è un presidio ospedaliero: Fidenza, San Secondo e Borgo Val di Taro nonché strutture poliambulatoriali rilevanti (Fornovo, Langhirano). Per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche, è presente un polo significativo per Distretto, affiancato da altre sedi importanti a Fornovo (Bassa Valtaro) e Colorno (Zona rivierasca del Po). Le attività del Dipartimento di Salute Mentale sono invece garantite da una significativa presenza in tutti i Distretti e comprende strutture residenziali, semiresidenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali.

In provincia sono infine presenti 136 punti di accesso alla prenotazione distribuiti capillarmente in tutti i comuni del territorio: si tratta di strutture dell'Azienda Usl, punti di Accoglienza dell'Azienda Ospedaliera e punti esterni istituiti presso Farmacie, Comuni, Associazioni e Medici di Medicina Generale. I punti di accesso comprendono anche 16 punti di Sportello Unico Distrettuale che consentono all'utenza di poter accedere alla principali funzioni delle Cure Primarie (Iscrizione al SSN, Scelta e revoca del medico, Esenzioni, Assistenza all'estero, Prenotazioni, Ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa).

FIGURA 20 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI PARMA

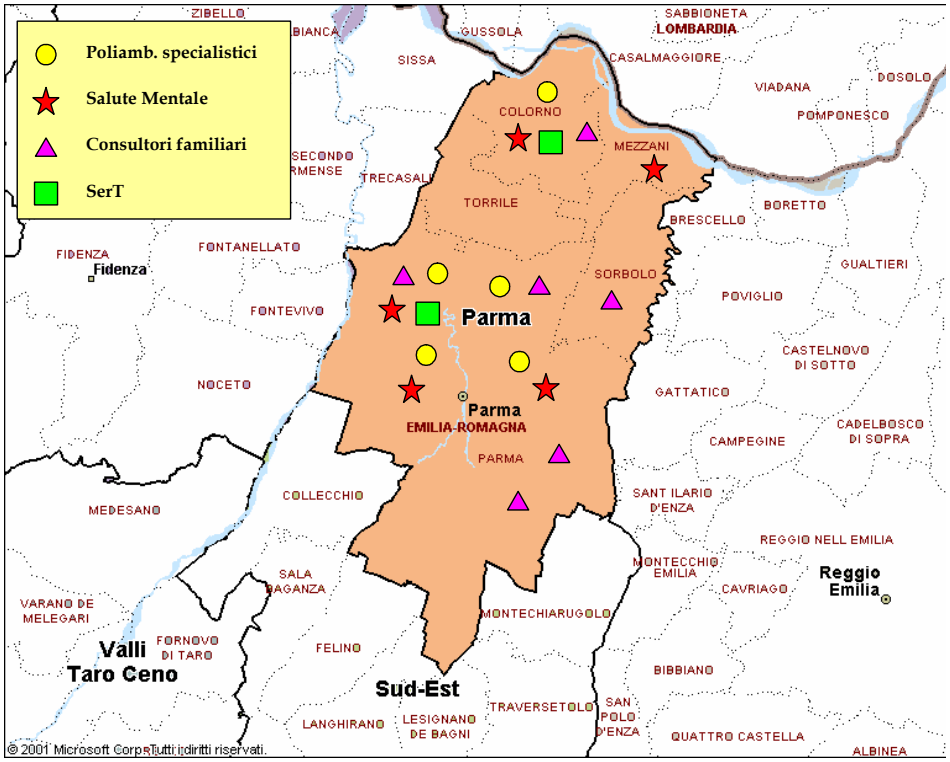


FIGURA 21 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI FIDENZA

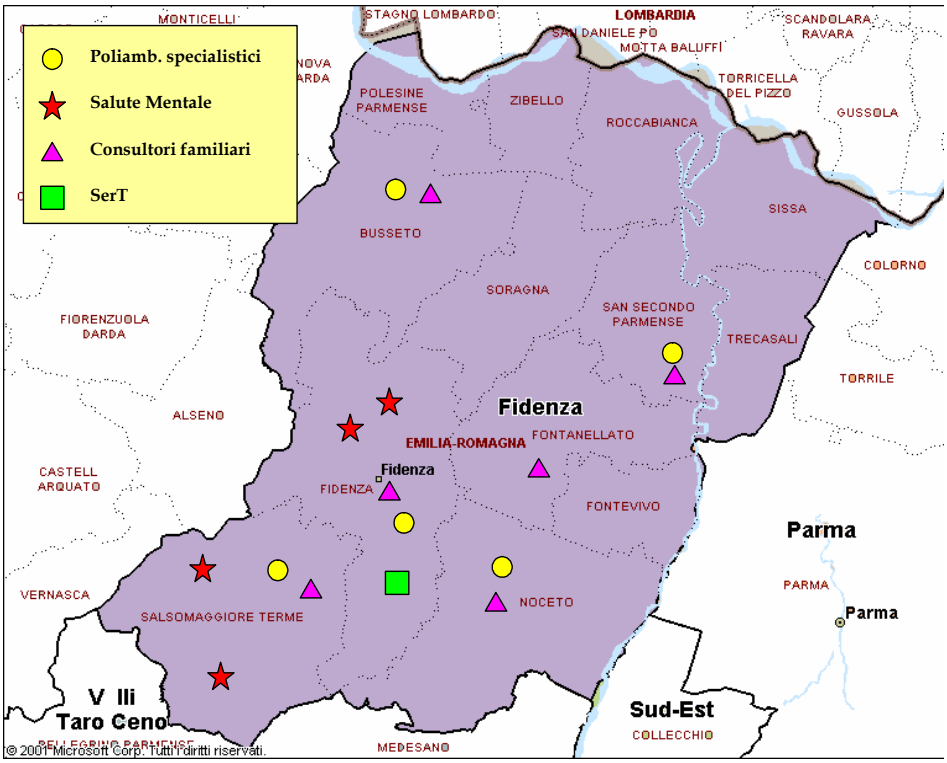


FIGURA 22 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD–EST

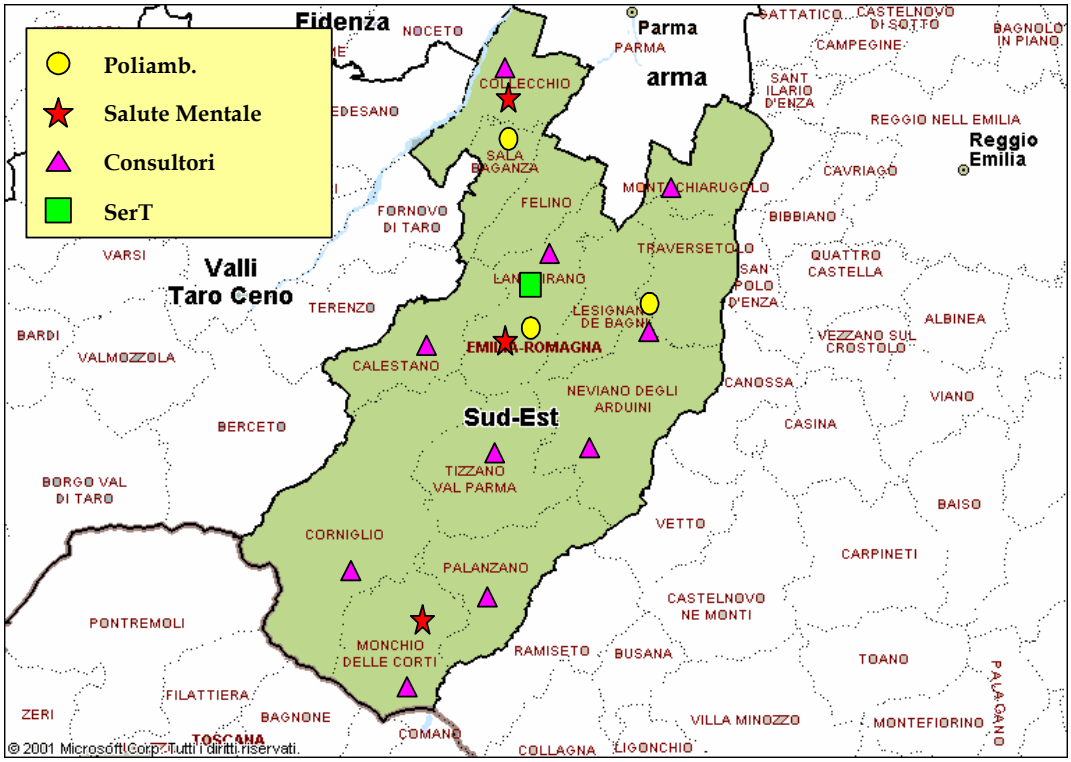
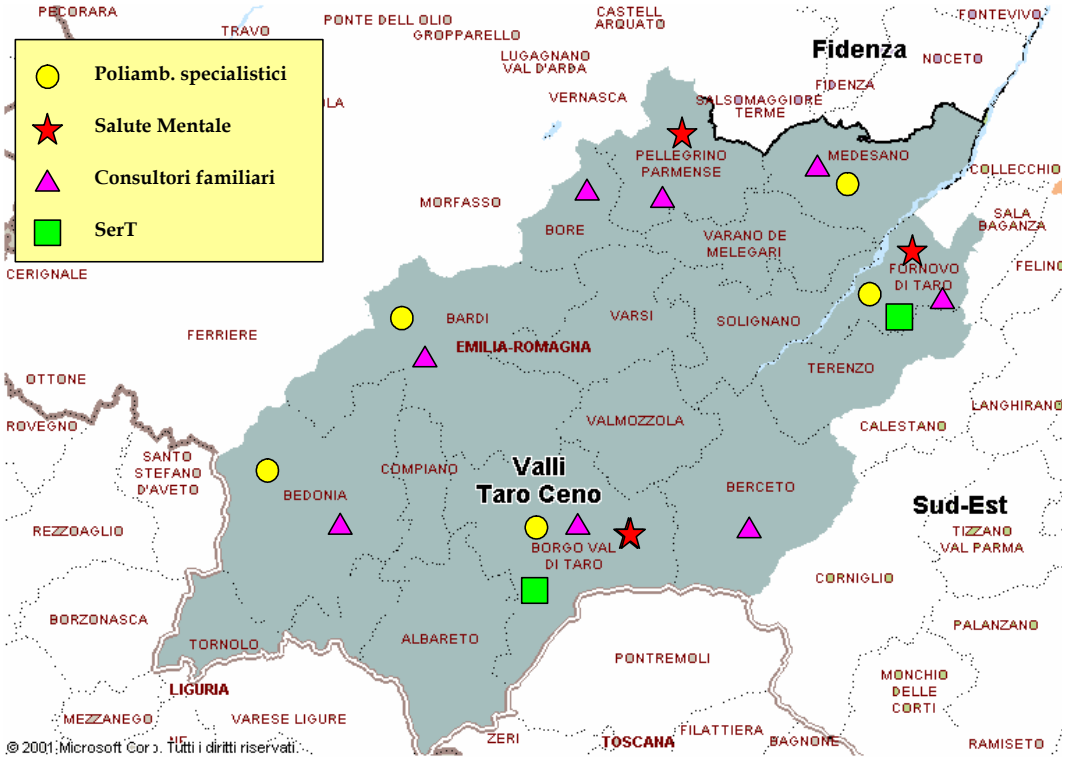


FIGURA 23 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



Lo sviluppo del modello assistenziale "Casa della Salute" nell'Azienda USL di Parma

Da alcuni anni la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso di ridefinizione dei servizi territoriali mirato a garantire la presa in carico delle persone, la prossimità delle cure, la continuità assistenziale e risposte globali al bisogno di salute espresso.

A tal fine sono stati costituiti, in tutte le Aziende USL, i Dipartimenti delle Cure Primarie articolati in Nuclei di Cure Primarie, reti cliniche territoriali che rappresentano le unità operative fondamentali per l'erogazione delle cure primarie. L'erogazione delle cure si realizza attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali.

Per portare a compimento il sistema delle cure primarie, la RER intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture sanitarie e sociosanitarie, definite "Case della Salute" (DGR 291/10) che siano punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, ma anche la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Sulla base di tali indicazioni l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica, formalizzata alla RER con nota protocollo n. 71220 del 27/08/10 (ricognizione aziendale relativa alle progettualità avviate nei distretti relative alle Case della Salute) che vede in previsione complessivamente 26 Case della Salute individuate e classificate secondo le tipologie previste dalla DGR 291/10.

Le caratteristiche orogeografiche del territorio dell'Azienda USL di Parma sono tali per cui, nelle zone montane e della pianura, a bassa densità abitativa, è difficile trovare le condizioni per poter percorrere soluzioni che si configurino come "Case della Salute" secondo i requisiti della DGR 291/10. La necessità di dover comunque garantire anche in queste zone la continuità assistenziale senza dover costringere gli assistiti a inutili spostamenti, vede l'Azienda USL di Parma impegnata a strutturare sedi che si potranno configurare come sede secondaria del Nucleo di Cure Primarie a cui afferiscono, contribuendo a garantire la continuità assistenziale H12 (anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali tra i MMG, i PLS ed i MCA che li costituiscono).

Lo sviluppo del sistema Case della Salute in provincia di Parma pone alla sua base il concetto di "*patient centred primary care*", fondamentale linea di indirizzo per l'innovazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Su tale concetto, in ciascuna delle realtà progettate, verranno perseguiti i seguenti principi:

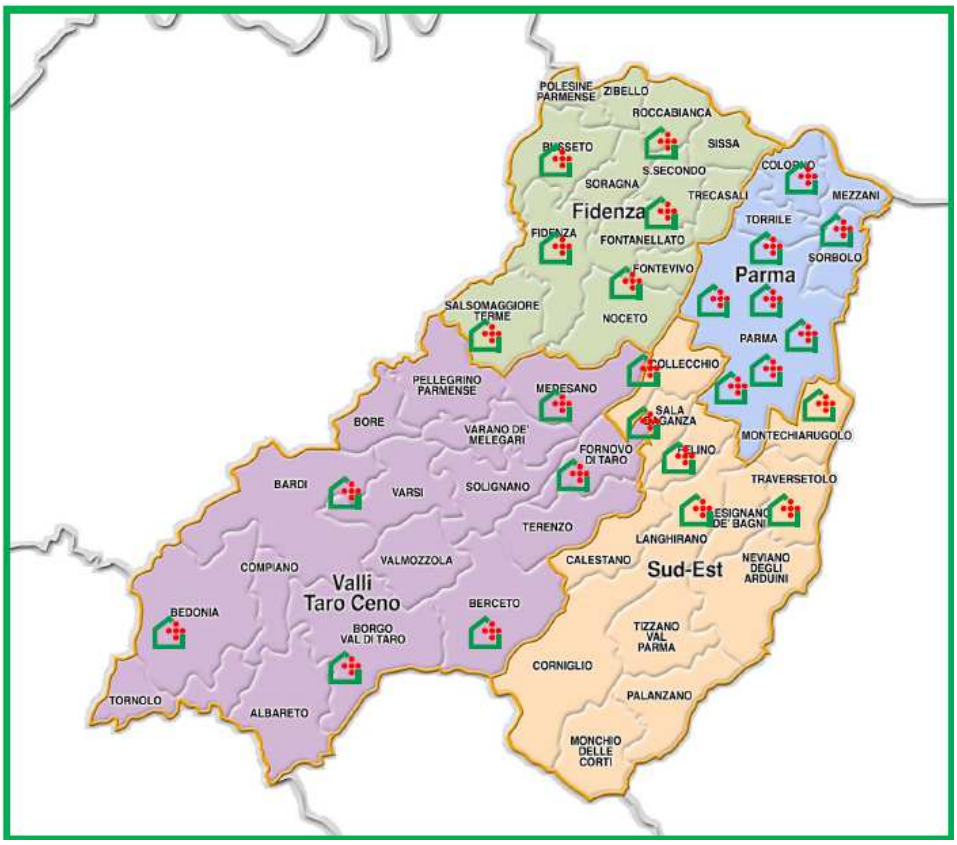
- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);
- il *coordinamento delle cure* (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali;

In ognuna delle Case della Salute opererà un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

Nelle Case della Salute la continuità delle cure verrà garantita attraverso "percorsi di cura ed assistenza", in cui sarà definita la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi sotto diversi aspetti (complessità sanitaria, complessità socio-assistenziale, complessità familiare) e che saranno erogati da professionisti che, pur appartenendo ad aree differenti (sanitaria, sociale, servizi educativi, ecc.), si troveranno ad operare nel medesimo contesto di Casa della Salute.

Al fine di favorire il cambiamento culturale necessario per realizzare il complesso sistema di integrazione, aspetto cruciale del sistema "Casa della Salute", è stato progettato ed avviato nel 2011 uno specifico percorso formativo rivolto ai professionisti dei diversi contesti.

FIGURA 24 LA MAPPA DELLE CASE DELLA SALUTE NEL TERRITORIO PROVINCIALE



La Programmazione ed i tempi di realizzazione nei Distretti

Distretto di Parma

Comprende i Comuni di Parma, Colorno, Mezzani, Sorbolo e Torrile, con una popolazione complessiva pari a 214.054 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 168,14, un indice di invecchiamento >= 65 pari a 21,65, ed un indice di invecchiamento = 75 pari a 11,02. E' suddiviso in 8 NCP; i 6 NCP della città hanno come ambito di riferimento 1 o 2 quartieri.
Nel Distretto di Parma sono attivi 3 punti di continuità assistenziale: Parma Città, Sorbolo e Colorno; i MCA che operano nei punti aziendali sono 17.
E' prevista la realizzazione di 8 "Case della Salute", che coincidono con l'articolazione territoriale delle Cure Primarie nei suoi 8 Nuclei di Cure Primarie.

TABELLA 41 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO DI PARMA

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Lubiana-San Lazzaro	Parma	Casa della Salute "Lubiana-San Lazzaro"	Media	Struttura da realizzare	In relazione ai tempi per la realizzazione del progetto concordato con il comune di Parma
Cittadella-Montanara	Parma	Casa della Salute "Cittadella-Montanara"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	In relazione ai tempi per la realizzazione del Polo Pediatrico Dicembre 2014
Molinetto	Parma	Casa della Salute "Pintor"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013
Pablo	Parma	Casa della Salute "Pablo"	Piccola	Struttura da realizzare	In relazione ai tempi per la realizzazione del Polo Pediatrico Dicembre 2014
Centro	Parma	Casa della Salute "Parma Centro"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2012
San Leonardo	Parma	Casa della Salute "San Leonardo"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013
Colorno-Torrile	**Colorno**	**Casa della Salute "Colorno-Torrile"**	**Grande**	**Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10**	**Attivata**
Sorbolo-Mezzani	Sorbolo	Casa della Salute "Sorbolo-Mezzani"	Piccola	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale

Distretto di Fidenza

Comprende i Comuni di Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Polesine, Roccabianca, Salsomaggiore, San Secondo, Sissa, Soragna, Trecasali, Zibello, con una popolazione complessiva pari a 102.667 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 172,91, un indice di invecchiamento >= 65 pari a 22,62, ed un indice di invecchiamento = 75 pari a 11,83. Nel Distretto sono presenti 6 NCP; 3 NCP hanno come ambito di riferimento 1 comune e 3 hanno come ambito di riferimento 3 o 4 comuni.
E' prevista la realizzazione di 6 "Case della Salute", che coincidono con l'articolazione territoriale delle Cure Primarie nei suoi 6 Nuclei di Cure Primarie.

TABELLA 42 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO DI FIDENZA

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Fidenza	Fidenza	Casa della Salute "Fidenza"	Piccola	Struttura da realizzare	Dicembre 2013
Salsomaggiore	Salsomaggiore	Casa della Salute "Salsomaggiore"	Grande	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
San Secondo P.se	**San Secondo P.se**	**Casa della Salute "San Secondo"**	**Grande**	**Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10**	**Attivata**
Busseto	**Busseto**	**Casa della Salute "Busseto"**	**Media**	**Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10**	**Attivata**
Fontanellato	Fontanellato	Casa della Salute "Fontanellato"	Piccola	Struttura da realizzare	Giugno 2013
Noceto	Noceto	Casa della Salute "Noceto"	Progetto da definire	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013

Distretto Sud-Est

Comprende i Comuni di Calestano, Collecchio, Corniglio, Felino, Langhirano, Lesignano, Monchio, Montechiarugolo, Neviano, Palanzano, Sala Baganza, Traversetolo, con una popolazione complessiva pari a 73.935 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 166, un indice di invecchiamento >= 65 pari a 22,4 ed un indice di invecchiamento = 75 pari a 11,39.

I 3 NCP in cui è articolato il Distretto hanno come ambito di riferimento 3 o più comuni e, in considerazione della vastità del territorio, i NCP sono stati suddivisi in sub-aree, complessivamente 6.
Sono state programmate 6 Case della Salute, 3 coincidono con le sedi dei 3 NCP (Collecchio, Langhirano, Traversetolo) e 3 coincidono con le sedi secondarie individuate per i NCP di Collecchio (Sala Baganza e Felino) e Traversetolo (Monticelli).

TABELLA 43 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO SUD–EST

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Collecchio	Collecchio	Casa della Salute "Collecchio"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Entro il 2012
Collecchio,	Sala Baganza	Casa della Salute "Sala Baganza"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Collecchio,	Felino	Casa della Salute "Felino"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Langhirano	**Langhirano**	**Casa della Salute "Langhirano"**	**Grande**	**Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10**	**Attivata**
Traversetolo	Traversetolo	Casa della Salute "Traversetolo"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Marzo 2012
Traversetolo	**Monticelli**	**Casa della Salute "Monticelli"**	**Piccola**	**Struttura realizzata**	**Attivata**

Distretto Valli Taro e Ceno

Comprende i Comuni di Albareto, Bardi, Bedonia, Berceto, Bore, Borgo Val di Taro, Compiano, Fornovo, Medesano, Pellegrino P.se, Solignano, Terenzo, Tornolo, Valmozzola, Varano Melegari, Varsi con una popolazione complessiva pari a 46.652 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 229,54, un indice di invecchiamento >= 65 pari a 27,20, ed un indice di invecchiamento = 75 pari a 14,53. E' suddiviso in 4 NCP che hanno come ambito di riferimento più comuni e, in considerazione della vastità del territorio, sono state individuate anche 2 sub-aree.
Sono state programmate 6 Case della Salute, 4 coincidono con le sedi dei 4 NCP (Borgotaro, Fornovo, Medesano, Varsi) e 2 coincidono con le sedi secondarie individuate per i NCP Alta Val Taro (Bedonia) e Bassa Val Taro (Berceto).

TABELLA 44 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO VALLI TARO E CENO

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Medesano	**Medesano**	**Casa della Salute "Medesano"**	**Media**	**Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10**	**Attivata**
Alta Val Taro	Borgo Val di Taro	Casa della Salute "Borgo Val di Taro"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2013
Alta Val Taro	Bedonia	Casa della Salute "Bedonia"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Bassa Val Taro	Fornovo	Casa della Salute "Fornovo"	Grande	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
Bassa Val Taro	Berceto	Casa della Salute "Berceto"	Media	Struttura da realizzare	Dicembre 2012
Val Ceno	Varsi	Casa della Salute "Varsi"	Piccola	Struttura da realizzare	Giugno 2014

Le strutture attivate nel corso del 2011

Sono complessivamente 6 le strutture attivate nel corso del 2011: una nel Distretto di Parma (Colorno-Torrile), due nel Distretto di Fidenza (San Secondo, Busseto), due nel Distretto Sud Est (Langhirano e Monticelli), una nel Distretto Valli Taro e Ceno (Medesano). Di seguito verranno specificati i servizi presenti in ognuna di queste sei Case della Salute

Distretto di Parma

Casa della Salute Colorno-Torrile (Grande)

In fase di progettazione, era stata individuata come sede il Polo Sanitario di Colorno, di proprietà dell'Azienda: questa, che deriva dalla riconversione di un ex ospedale, funzionava già come luogo di integrazione professionale (incontri e riunioni) ed era anche sede di attività distrettuali (ambulatorio prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, postazioni di sportello unico, Presidio di Medicina Riabilitativa, Centro Dialisi ad Assistenza Limitata, poliambulatorio specialistico, attività di day service, ambulatori del consultorio familiare, ambulatori della pediatria di comunità, ambulatori del SIP, sede del CSM, ambulatori SERT, ambulatori NPIA).

Nella sede esisteva inoltre una medicina di gruppo di 6 MMG (60% dei medici del NCP) coinvolti in percorsi assistenziali quali TAO e diabete; inoltre i medici della medicina di gruppo esercitavano attività assistenziale nei confronti dei posti letto ad alta valenza sanitaria ubicati presso l'ASP Bassa Est "San Mauro Abate", contigua alla struttura, e degli ospiti della Casa Protetta (76 posti convenzionati).

In questo contesto il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" è stato sviluppato come di seguito specificato:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
    a. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Osservazione/Terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
    b. *Servizi Sanitari* : Punto Prelievi (+ Screening Colon), Poliambulatorio, Diagnostica per immagini, Ambulatori Specialistici, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Palestra, CSM, Neuropsichiatria, Consultorio Familiare , Pediatria di Comunità (nel Polo Pediatrico),
    c. *Servizi Socio-Sanitari* : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
    d. *Prevenzione*: Vaccinazioni
    e. *Servizi Sociali*: Uffici (in sede contigua).
3. **Area di Staff:** Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente.

Distretto di Fidenza

Casa della Salute San Secondo (Grande)

La sede individuata in fase di progettazione era inserita in un contesto che derivava dalla riconversione di un ospedale per acuti, funzionava come luogo di integrazione professionale (incontri e riunioni) ed era anche sede di attività distrettuali (centro prelievi, assistenza domiciliare, cup, poliambulatorio specialistico, consultorio, day service, sportello unico, DSM, SIP, Servizio Veterinario, NPI, Centro Riabilitazione Infanzia e Adulti, Servizio Sociale Delegato).
Nella sede esisteva inoltre una medicina di gruppo di 5 MMG (50% dei medici del NCP) ed erano presenti anche 2 PLS.

In questa situazione il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute", è stato sviluppato coinvolgendo nella continuità assistenziale e nei percorsi specialistici gli altri medici del nucleo. Sono stati implementati o sono in via di implementazione percorsi di integrazione, strutturati oltre che solo funzionali, per la presa in carico di tutta la popolazione assistita che ha come riferimento il nucleo di San Secondo e di realizzare i collegamenti informatici anche con il punto di continuità assistenziale.

Di seguito sono descritti i servizi e le attività che trovano collocazione nella Casa della Salute:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
    a. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Osservazione/Terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
    b. *Servizi Sanitari* : Punto Prelievi (+ Screening Colon), Ambulatori Specialistici, CSM, Ambulatori SIP, Consultorio Familiare , Pediatria di Comunità ,
    c. *Servizi Socio-Sanitari* : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
    d. *Prevenzione*: Vaccinazioni, Screening PAP-test
    e. *Servizi Sociali*: Uffici (in sede contigua).
3. **Area di Staff:** Uffici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente.

Casa della Salute Busseto (Media)

Nella sede individuata in fase di progettazione esisteva già una medicina di gruppo formata da 5 MMG (62,5% dei medici del NCP) ed era presente 1 PLS.

In questa situazione il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute", è stato sviluppato coinvolgendo nella continuità assistenziale e nei percorsi specialistici gli altri 3 medici del nucleo, che operavano già in rete. E' stata inoltre messa in atto una riorganizzazione logistica della struttura e sono stati implementati o sono in fase di implementazione percorsi di integrazione, strutturati oltre che solo funzionali, per la presa in carico di tutta la popolazione assistita che ha come riferimento il nucleo di Busseto, oltre che è stato realizzato un collegamento informatico con la medicina di rete presente nel Nucleo delle Cure Primarie e con la sede della C.A.

Di seguito sono descritti i servizi e le attività collocati nella Casa della Salute:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
    a. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
    b. *Servizi Sanitari* : Punto Prelievi, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici
    c. *Servizi Socio-Sanitari* : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
    d. *Prevenzione*: Vaccinazioni, Screening PAP-test
    e. *Servizi Sociali*: Uffici
3. **Area di Staff:** Sala Riunioni

Distretto Sud-Est

Casa della Salute Langhirano (Grande)

In fase di progettazione, era stata individuata come sede Il Polo Socio Sanitario di Via Roma 42/1 di Langhirano, di proprietà dell'Azienda USL, la quale, oltre a rappresentare la sede principale del Distretto era anche la sede del NCP. Erano compresenti le articolazioni distrettuali di tutti i servizi alla persona, la Direzione del Distretto, la Direzione del Dipartimento Cure Primarie e tutti gli uffici amministrativi di staff.

Il Polo Socio Sanitario era sede di tutte le attività distrettuali (ambulatori prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, postazioni di Sportello Unico, ambulatori della pediatria di comunità, ambulatori del consultorio familiare, ambulatori specialistici, punto prelievi, Servizi di Prevenzione e Pediatria di Comunità) ed ospita anche una Medicina di Gruppo con 5 medici e, di recente, la Pediatria di Gruppo con 3 pediatri.

In questo contesto è stato possibile sviluppare il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" di tipologia grande, con i servizi e le attività di seguito descritti:

1. **Area Pubblica**: Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
    a. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
    b. *Servizi Sanitari*: Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP e SPSAL per le attività di Medicina del Lavoro, ambulatori CSM, Palestra, Ambulatori NPIA, SERT, Screening Mammografico,
    c. *Servizi Socio-Sanitari*: Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani e Disabili, RSA-Struttura Protetta in sede adiacente, Struttura Residenziale in sede contigua con 10 p.l. Hospice e 10 p.l. per GRACER/GRADA
    d. *Prevenzione*: Vaccinazioni, Screening PAP-test, Commissione Invalidità Civile, Certificazioni Monocratiche
    e. *Servizi Sociali*: Uffici (in sede contigua)
3. **Area di Staff:** Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente

Casa della Salute Monticelli (Piccola)

In coerenza con quanto previsto dal Preliminare di Intesa siglato nel 2005 tra AUSL, Amministrazione Comunale e medici di medicina generale, si è completata la realizzazione di una nuova sede. Nella struttura, identificata anche quale sede secondaria del NCP "Traversetolo" si sono insediati i medici di medicina generale, che hanno costituito una medicina di gruppo distribuita su 2 sedi di attività (la sede di Monticelli per n. 3 mmg, la sede di Basilicanova per n. 2 mmg), e il pediatra di libera scelta convenzionato.

Oltre alla medicina di gruppo ed al pediatra di libera scelta, nella nuova struttura sono confluiti l'ambulatorio prelievi, l'assistenza infermieristica domiciliare e le funzioni di PUA, l'ambulatorio infermieristico, l'ambulatorio della pediatria di comunità, ambulatori del consultorio familiare, Servizi di Prevenzione, sala riunioni.

In tale contesto si è configurato il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" di tipologia piccola, con presenza di servizi e attività che erano già presenti nel territorio comunale ma dislocati in sedi diverse:

1. **Area Pubblica**: Accoglienza Accettazione, Sala Attesa
2. **Area Clinica**:
    f. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
    g. *Servizi Sanitari*: Punto Prelievi, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori SIP
    h. *Prevenzione*: Vaccinazioni, Screening PAP-test, certificazioni monocratiche
    i. *Servizi Sociali*: Uffici (in sede contigua)

Area di Staff: Funzioni di coordinamento e referenza di struttura

Distretto Valli Taro e Ceno

Casa della Salute Medesano (Media)

La sede individuata in fase di progettazione, Il Polo Sanitario di Medesano, in Piazza Rastelli n.2, di proprietà dell'AUSL, rappresentava il luogo di erogazione delle cure e dell'assistenza del Nucleo Cure Primarie "Medesano" che comprende tutti i MMG del nucleo stesso associati nella Medicina di Gruppo "Pettenati" di Medesano (n. 6 MMG) e 1 PLS.

La sede era stata recentemente ampliata con un intervento di ristrutturazione di locali adiacenti raggiungendo una superficie di 482 mq. Funzionava come luogo di attività dei MMG e del PLS, di integrazione professionale (incontri e riunioni) e come sede di attività distrettuali quali centro prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, sportello unico, distribuzione assistenza integrativa, pediatria di comunità, consultorio familiare, specialistica ambulatoriale (chirurgia, urologia), attività DSM, attività igiene pubblica, veterinaria.

In tale contesto è stato sviluppato il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" di tipologia media, con i servizi e le attività di seguito descritti:

1. **Area Pubblica**: Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
    j. *Assistenza Primaria NCP*: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico–PUA, CA H12, Ambulatorio Osservazione/terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)

k. *Servizi Sanitari*: Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP, ambulatori CSM;
l. *Servizi Socio-Sanitari*: Coordinamento Assistenza Domiciliare;
m. *Prevenzione*: Vaccinazioni, Screening PAP-test;
n. *Servizi Sociali*: Uffici (in sede contigua)

3. **Area di Staff:** Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente (in sede contigua)

Percorso Formativo

Lo sviluppo del modello assistenziale "Casa della Salute", per la sua piena realizzazione, presuppone un cambiamento culturale nei professionisti che in esse si troveranno ad operare.
Questo cambiamento culturale è necessario per un efficace sviluppo delle reti organizzative attraverso:

- l'integrazione sia professionale (lavoro di equipe, sviluppo dei percorsi, ecc.) che gestionale (lavoro per obiettivi);
- la valorizzazione delle autonomie e delle competenze,
- gli strumenti del governo clinico

Per favorire questo processo è stato avviato un percorso formativo che ha coinvolto progressivamente il personale di tutte le Case della Salute programmate, a partire dalle 6 che sono state attivate nel corso del 2011.
La formazione è mirata alla definizione di un background comune per i diversi team distrettuali che consentirà di implementare e consolidare i processi di integrazione, nelle specifiche realtà locali, utilizzando un omogeneo linguaggio interpretativo
Il percorso è stato avviato a giugno 2011 e si è concluso a dicembre 2011 (complessivamente previsti 13 eventi di 4 ore ciascuno).
A giugno 2012 è prevista una riedizione del corso rivolta ai facilitatori delle Case della Salute che si andranno ad attivare nel 2012 ma sono anche previsti momenti di approfondimento specifici (es. modulo integrazione sociosanitaria) da effettuare congiuntamente ai facilitatori già formati.
Di seguito la scheda del percorso formativo.

TABELLA 45 LA PROGRAMMAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

Titolo:	Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute
Problema sotteso	Accompagnare lo sviluppo strutturale ed organizzativo delle Case della Salute attraverso un percorso formativo in grado di qualificare le competenze per la concreta realizzazione dei percorsi
Obiettivo generale	Sviluppare competenze manageriali e relazionali per la gestione dei percorsi integrati all'interno delle Case della Salute
Obiettivi specifici	Sviluppare competenze specifiche per la gestione dei percorsi integrati
	Migliorare la qualità della programmazione integrata
	Migliorare le competenze relazionali nell'ambito dell'integrazione professionale
	Sviluppare capacità di gestione di gruppi di miglioramento e audit
Destinatari dell'intervento: tipologia di attori coinvolti	1. Individuazione di 3-5 facilitatori per Casa della Salute (start-up)
	2. Rappresentanti di tutte le Aree coinvolte (NCP, MMG, Specialistica, Sportello Unico, DAISM-DP, DSP) – (Fase di avvio)
	3. Coinvolgimento degli altri professionisti (Diffusione)
Sviluppo del progetto	In relazione alla complessità e alla necessità di omogeneizzazione il progetto verrà articolato in 2 macrofasi:
Start-up - Formazione facilitatori	1. Formazione rivolta ad un gruppo di facilitatori delle 5 Case della Salute mirata alla definizione di un background comune e delle priorità di integrazione (specifiche dei vari contesti)
	In questa fase si ritiene prioritario lo sviluppo di un linguaggio comune e la costituzione di un team distrettuale in grado di implementare e consolidare in forma omogenea i processi di integrazione.
Avvio operativo	2. Avvio della formazione operativa nelle Case della Salute coinvolgendo prioritariamente rappresentanti dei professionisti coinvolti nei processi prioritari di integrazione
	Questa seconda fase prevede che all'interno di ogni Casa della Salute vengano sviluppate azioni formative ad alto contenuto operativo (Formazione sul Campo, Formazione interattiva) mirate alla costruzione dei percorsi integrati e alla loro verifica
Aspettative rispetto alle competenze dei professionisti	• Sviluppo di competenze organizzative e manageriali per lo sviluppo dei percorsi integrati a. *Management*: Analisi organizzativa, Gestione per processi, Utilizzo di strumenti di problem solving. b. *Progettazione*: Progettazione organizzativa (gestione di progetti), Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari c. *Valutazione*: Analisi della domanda, Analisi dell'attività, Utilizzo di strumenti di assessment
	• Sviluppo di competenze relazionali per la valorizzazione dei processi relazionali a. Integrazione professionale, Relazione con rete non professionale, Gestione conflitti b. Lavorare in gruppo, Coordinare gruppi
	• Sviluppo di competenze di miglioramento continuo a. Gruppi di miglioramento b. Audit
Impatto atteso sui processi organizzativi	1. Condivisione e costruzione di percorsi organizzativi
	2. Definizione di protocolli e procedure (Accreditamento)
	3. Programmazione integrata delle attività fra gli attori della Casa della Salute
	4. Valutazione: Strutturazione di audit clinici e organizzativi, valutazione dei processi e delle attività
	5. Miglioramento della cultura organizzativa e delle relazioni
Metodologie formative	La prima fase di condivisione dei linguaggi e delle metodologie in forma interattiva (coordinata dal Gruppo di progetto aziendale) prevede
Prima fase	1. Formazione residenziale interattiva sui temi specifici
	2. Confronto su problemi organizzativi (case study, problem solving, PBL)
	3. Lavori di gruppo (gestioni relazioni / compiti)
	4. Autoformazione
Seconda fase	La seconda fase è mirata alla costruzione operativa dei percorsi sia sotto il profilo organizzativo sia sotto l'aspetto relazionale attraverso
	1. Una ripresa dei contenuti formativi sviluppati nella prima fase
	2. L'avvio operativo dei lavori di gruppo
	3. La valorizzazione dei facilitatori e degli altri attori nel processo di verifica
Team docenti / facilitatori	Docenti interni ed esterni

Titolo:	**Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute**
Tutoring	Da individuare all'interno delle specifiche Case della Salute con riferimento ai Dipartimenti coinvolti
Referente del progetto Referenti distrettuali	Direzione Aziendale Direttori di Distretto (Committenti)
Tempogramma	Condivisione del progetto con Direzione strategica e Collegio di Direzione
	Costituzione del gruppo di progetto
	Individuazione dei facilitatori con condivisione di contenuti e metodologie (processo di sperimentazione)
	Avvio percorso sperimentale
	Valutazione in itinere
	Valutazione di apprendimento e gradimento
	Verifica e definizione delle priorità per ogni Casa della Salute
Sperimentazione e avvio	Avvio del progetto con coinvolgimento altri professionisti Avvio su gruppo di facilitatori
	Diffusione omogenea agli altri professionisti

E' stata adottata una metodologia didattica costruttivista fatta sia di momenti d'aula (lezioni frontali integrata con analisi dei casi) ma anche attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica.
Sviluppare il percorso formativo in ottica costruttivista significa porre l'attenzione sulla capacità dei professionisti di descrivere la realtà attraverso l'esperienza e di partecipare alla costruzione ed interpretazione della stessa.
Il progetto FORAVEN-Portale e-learning rappresenta un valore aggiunto nell'innovazione dei processi formativi, consente un elevato rendimento organizzativo ottimizzando le risorse, offrendo tutte le possibilità rappresentate dalla documentazione multimediale, ed inoltre permette di registrare o trasmettere in diretta eventi formativi, oltre che a mettere a disposizione un forum per impostare discussioni e scambi informativi.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anziani

Dopo il consistente incremento dei posti residenziali convenzionati, realizzato con l'avvio del FRNA nel Distretto di Parma e in misura minore nel Distretto Sud-Est, nell'anno 2011 il numero di posti residenziali accreditati/convenzionati si è mantenuto immutato in tutto il territorio provinciale.
Il rapporto dei posti letto sulla popolazione ultrasettantacinquenne subisce una diminuzione rispetto al parametro minimo definito dalla programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria negli anni precedenti e si attesta sul valore di 32,7 per 1.000 abitanti presenti al 01.01.11. Permane la disomogeneità nella distribuzione dei posti, con una percentuale minima nel Distretto Sud-Est ed una massima nel Distretto Valli Taro e Ceno.

Nel territorio provinciale sono presenti 43 Case Protette e 4 RSA accreditate/convenzionate, distribuite in 32 Comuni con un indice di diffusione pari al 66%.

TABELLA 46 POSTI LETTO RESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

	2009			2010			2011		
Distretti	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**
Parma	761	23.296	32,6	773	23.581	32,8	773	23.952	32,3
Fidenza	397	12.074	32,9	397	12.141	32,7	397	12.290	32,3
Sud-Est	268	8.346	32,1	268	8.421	31,8	268	8.495	31,5
Valli T.e C.	251	6.792	37,0	251	6.778	37,0	251	6.874	36,5
AUSL	**1.677**	**50.508**	**33,2**	**1.689**	**50.921**	**33,2**	**1.689**	**51.611**	**32,7**

Progetti assistenziali individualizzati c/o Appartamenti Protetti e Comunità Alloggio

La D.G.R. 1206/07, modificando il punto 5 della D.G.R. n. 1378/99, ha introdotto il sostegno di piani individualizzati di assistenza per anziani non autosufficienti in strutture residenziali non accreditate/convenzionate o in alloggi con servizi o tipologie abitative simili, riconoscendo quote a rilievo sanitario analoghe a quelle delle Case Protette.

In tale ambito si è mantenuto l'obiettivo programmatico della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di sostenere nel territorio i progetti individualizzati presso gli Appartamenti Protetti dei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno e presso le Comunità Alloggio nelle zone montane, prive di strutture residenziali protette, al fine di consentire agli anziani non autosufficienti la permanenza nel proprio ambiente di vita, favorendo loro anche la possibilità di trascorrere in ambiente protetto solo i mesi invernali. Nel 2011, sono stati finanziati 51 progetti con una diminuzione, rispetto all'anno precedente, di 4 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno.

TABELLA 47 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2011

Distretti	**Popolazione => 75 anni 01/01/2011**	**Progetti al 31.12.2011 con rimborso FRNA**
Parma	23.952	
Fidenza	12.290	11
Sud-Est	8.495	34
Valli Taro e Ceno	6.874	6
TOTALE	**51.611**	**51**

L'assistenza semiresidenziale

A partire dall'anno 2007, nell'ambito degli obiettivi di sviluppo della rete dei servizi a sostegno della domiciliarità, è stata potenziata in misura significativa l'offerta di posti presso i centri diurni con un aumento del 25% ed un parametro raggiunto decisamente superiore a quello medio regionale.

Nel corso dell'anno 2011 sono stati potenziati i posti accreditati di Centro Diurno nel Distretto di Parma per un totale di 3 posti mentre si registra una diminuzione di 3 posti nel Distretto di Fidenza e di 10 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno, con un decremento complessivo a livello provinciale pari a 10 posti. La diminuzione dell'offerta nel Distretto Valli Taro e Ceno, che ha interessato due strutture del territorio, trova la sua ragione nella scarsa o nulla occupazione dei posti nelle due strutture interessate.

Nella realtà provinciale sono presenti 38 Centri Diurni, distribuiti in 28 Comuni, con un indice di diffusione del 59%.

TABELLA 48 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

	2009			2010			2011		
Distretti	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**	**N° Posti**	**Pop.**	**P.L. per 1000 ab.**
Parma	232	23.296	10,0	233	23.581	9,9	236	23.952	9,9
Fidenza	140	12.074	11,6	140	12.141	11,5	137	12.290	11,1
Sud-Est	83	8.346	9,9	85	8.421	10,1	85	8.495	10
Valli T.e C.	62	6.792	9,1	62	6.778	9,1	52	6.874	7,5
AUSL	**517**	**50.508**	**10,2**	**520**	**50.921**	**10,1**	**510**	**51.611**	**9,9**

Il numero di posti semi-residenziali, stabilmente superiore al valore regionale è il risultato di una scelta di investimento in questa modalità di sostegno alla domiciliarità per persone non autosufficienti che risale agli anni '80 e che all'epoca risultava essere peculiare a livello regionale.

Assistenza domiciliare

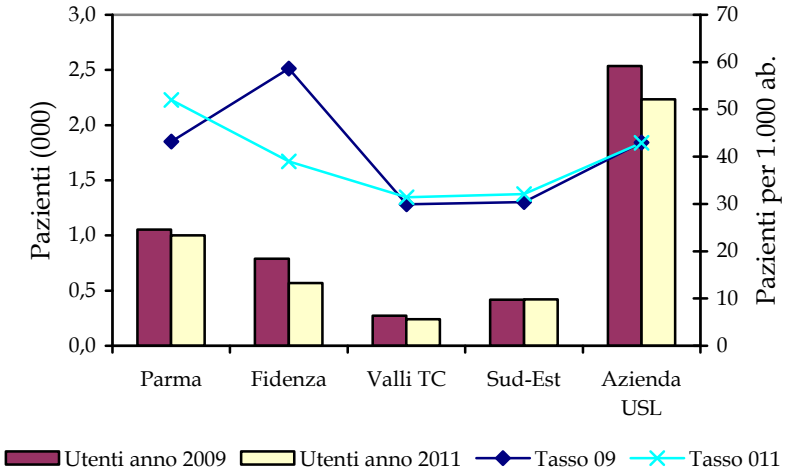
Dal 2008, primo anno di reale sperimentazione delle innovazioni introdotte dalla Direttiva regionale attuativa del FRNA, si è avviato in tutti i territori un processo di cambiamento nella rete socio sanitaria in termini di consolidamento, articolazione e flessibilizzazione dei servizi e degli interventi che sostengono il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti.

In tutti i Distretti è stata introdotta una nuova logica di progettualità rivolta non solo alla cura della persona, ma anche alla sua vita relazionale, al sostegno della famiglia e all'assistente familiare. Tali progetti possono prevedere inoltre il rimborso di servizi accessori quali il pasto, i trasporti ed i servizi di teleassistenza.

Nel corso dell'anno 2011, nel territorio provinciale, sono stati assistiti a domicilio, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, 2.234 anziani per un rapporto di 43 utenti ogni 1.000 abitanti con età =>75 anni. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un decremento dei destinatari del servizio nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno ed una sostanziale continuità negli altri due territori.

Il servizio opera in 46 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

FIGURA 25 UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI – 2009–2011



Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2011 si registra una diminuzione in tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto Sud-Est, degli interventi di accoglienza temporanea di sollievo, innovazione introdotta dalla D.G.R. 1206/07 quale sostegno indiretto alla domiciliarità. Il decremento è stato determinato non tanto dalla diminuzione della domanda ma dalla riduzione delle risorse assegnate a tale progettualità.

E' infatti un intervento che risponde alle esigenze di supporto alle famiglie impegnate in modo gravoso nell'assistenza al proprio congiunto, consentendo un periodo di vacanza al *caregiver*, momenti di sollievo per i familiari di anziani affetti da demenza con problemi comportamentali, ma anche di sopperire all'assenza dell'assistente familiare o di permettere, dopo una dimissione ospedaliera, la predisposizione degli interventi necessari a domicilio.

TABELLA 49 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2009–2011

Distretto	2009	2010	2011	Variaz. % 2011-2010
Parma	170	195	118	-39,5
Fidenza	67	57	43	-24,5
Sud Est	104	127	144	13,4
Valli Taro e Ceno	60	71	58	-18,3
TOTALE	401	450	363	-19,3

Assegno di cura

In linea con l'obiettivo prioritario di favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, l'assegno di cura, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza. Nell'ambito della progettualità esplicitata e condivisa con i caregiver per la cura dell'anziano, il contributo economico rappresenta di fatto una concreta presa in carico all'interno della rete dei servizi oltre a costituire un sostegno economico alla famiglia che spesso deve fronteggiare spese assistenziali onerose.

Nell'anno 2011, in tutti i Distretti, si è registrata una diminuzione dei destinatari di assegno di cura determinata dal decremento delle risorse assegnate a tale intervento.

L' aumento delle risorse complessive del FRNA assegnate nel 2011 rispetto all'anno 2010, non ha consentito di mantenere lo stesso trend d'offerta degli interventi più flessibili, dovendo sostenere i costi incrementati dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. E' stata comunque garantita l'erogazione dell'assegno nelle situazioni di maggior gravità e complessità assistenziale definite prioritarie attraverso indicatori sanitari e sociali.

TABELLA 50 DESTINATARI DI ASSEGNO DI CURA 2009–2011

Distretto	2009	2010	2011	Variaz. % '2011-2010
Parma	1.276	1.179	1.036	-12,1
Fidenza	494	441	396	-10,2
Sud Est	370	411	320	-22,1
Valli Taro e Ceno	576	264	145	-45,0
TOTALE	2.716	2.295	1.897	-17,3

Si mantiene tuttavia crescente la domanda, in tutto il territorio provinciale, in particolare da parte di anziani in gravi condizioni sanitarie o affetti da demenza con gravi disturbi comportamentali. La stragrande maggioranza dei casi è titolare di assegno di accompagnamento a conferma della severità del livello di non autosufficienza.

Contributo integrativo per assistenti familiari

Con l'avvio del FRNA, nell'anno 2007 sono stati attivati i contributi integrativi (€ 160 mensili) previsti dalla DGR 1206/07, a favore degli anziani titolari di assegno di cura, che si avvalgono di assistenti domiciliari con regolare contratto di lavoro e con un ISEE non superiore a 20.000 €. L'intervento ha l'obiettivo di supportare le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

TABELLA 51 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2009 – 2011

Distretti	Persone 2009	Persone 2010	Persone 2011	Var. % 2011-2010
Parma	367	435	382	-12,2
Fidenza	47	65	74	13,8
Sud-Est	111	165	139	-15,7
Valli T. e C.	42	33	50	51,5
Azienda	**567**	**698**	**654**	-6,3

Nell'anno 2011, rispetto all'anno precedente, si è registrato un decremento di tale intervento nei Distretti di Parma e Sud-Est , mentre nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno si assiste ad un aumento dei destinatari. In tutti i Distretti si è scelto, comunque , di sostenere l'impegno delle famiglie nelle situazioni di cura più gravose ed onerose anche dal punto d vista economico. Il contributo economico complessivo, infatti, (assegno di cura e contributo integrativo) rappresenta una effettiva integrazione alle spese sostenute e quindi un reale supporto al mantenimento a domicilio della persona gravemente non autosufficiente.

Gravissime disabilità acquisite in età adulta

Con l'approvazione delle delibere 2068/2004 e 840/2008 la Regione Emilia-Romagna ha identificato, tra gli obiettivi da perseguire, la continuità assistenziale e l'adeguatezza degli interventi sia in ambito domiciliare che residenziale a favore dei pazienti con diagnosi di gravissima disabilità acquisita (Gra.D.A.).
In quest'ottica, l'Azienda U.S.L. ha ulteriormente rafforzato l'integrazione tra le quattro Commissioni distrettuali Gra.D.A. e, per sostenere tale processo, sono stati organizzati momenti mirati di confronto tra la Commissione aziendale e quelle distrettuali (costituite da personale dell'Azienda U.S.L. e dei Comuni) con la finalità di perseguire, su tutto il territorio aziendale, l'omogeneità nei criteri di accesso e nelle modalità di gestione dei casi.
Tra le diverse attività svolte nel corso del 2011 in questo ambito, merita di essere citata l'approvazione a livello aziendale del "*Regolamento per la formulazione della graduatoria per l'inserimento in strutture residenziali di pazienti affetti da grave disabilità acquisita (Gra.D.A.)*".

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per quanto concerne l'area delle gravissime disabilità acquisite in età adulta, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) ha trovato piena attuazione da un punto di vista normativo con l'approvazione della delibera di Giunta Regionale 1206/2007, Allegato 6 che, tra l'altro, prevede l'attivazione di interventi di carattere residenziale, domiciliare ed il riconoscimento di un assegno di cura per i pazienti seguiti a domicilio.
La Regione, inoltre, con la delibera 840/2008 ha definito che gli interventi di carattere domiciliare ed il riconoscimento dell'assegno di cura possono essere erogati anche ai minori di anni 18 in presenza di *deficit* e situazioni funzionali del tutto assimilabili a quelli già individuati con la D.G.R. 2068/2004.
Come nei precedenti anni, anche nel 2011 l'Azienda U.S.L. ha contribuito ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del F.R.N.A., con particolare riguardo al monitoraggio delle attività, delle risorse ed alla ripartizione del finanziamento regionale tra i Distretti.
Per l'anno 2011 la Regione ha riconosciuto alla Provincia di Parma per l'area delle gravissime disabilità acquisite la somma complessiva di Euro 1.735.567,00, somma determinata sulla base del numero dei casi censiti, che ha visto un incremento rispetto al 2010 di Euro 320.000,00.
Nonostante l'incremento del Fondo Regionale per Non Autosufficienza, la quota assegnata dalla Regione non è stata sufficiente a coprire il 45% della spesa complessiva per l'assistenza residenziale per le gravissime disabilità acquisite (percentuale a carico del F.R.N.A. prevista dalla delibera regionale 1206/2007, Allegato 6). La differenza, pari a Euro 1.712.264,84, è stata sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale all'interno della propria programmazione il che ha portato la percentuale del Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.) non al 55% bensì al 60,28%.

Pazienti in carico

Nel corso del 2011 i pazienti con diagnosi di gravissima disabilità acquisita inseriti nel programma sono stati complessivamente 145, con una contrazione di 4 pazienti rispetto al 2010.

TABELLA 52 PAZIENTI IN CARICO PER TIPOLOGIA DI DEFICIT E PER DISTRETTO. ANNI 2010– 2011

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						Totale Pazienti		Di cui DECEDUTI durante l'anno	
	GRAVISSIMA CEREBROLESIONE		GRAVISSIMA MIELOLESIONE		PATOLOGIA NEUROLOGICA					
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti	
Tot. AUSL	74	71	14	16	61	58	149	145	24	20
Tot. RER	643	657	96	115	499	540	1.238	1.312	162	163

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad.

La gravissima cerebrolesione rimane la tipologia di *deficit* predominante, seguita dalle patologie neurologiche e dalla gravissima mielolesione.
A livello regionale è stato registrato un considerevole aumento del numero di pazienti affetti da patologie neurologiche, tendenza che al contrario non è stata registrata a livello aziendale.
In ambito aziendale la classe di età più rappresentata è quella "45-64 anni" (63 utenti), con lo stesso numero di utenti seguono le fasce "18-44" e "65-74" (30 utenti), a seguire la fascia di età superiore ai 75 anni (19 casi) ed infine i minori di anni 18 (3 casi).

Assistenza residenziale

A livello aziendale, nel corso del 2011, il numero di pazienti ricoverati in strutture residenziali si riduce di 5 unità.
La tipologia di struttura che ha visto il maggior numero di pazienti ricoverati è la "struttura residenziale dedicata" (23 pazienti), seguita dal "nucleo dedicato presso casa protetta o RSA" (12 pazienti).
E' importante sottolineare che il flusso GRAD nel 2011 ha aggiunto la "voce" "Posto dedicato presso centro socio-riabilitativo residenziale" (non compresa nel flusso del 2010): per omogeneizzare i dati alla voce "Altro" sono stati ricompresi anche 6 pazienti ricoverati in posto dedicato.

Tabella 53 Pazienti Gra.D.A. ricoverati in strutture residenziali. Anni 2010-2011

Distretto di presa in carico	Tipologia di Struttura Residenziale										Totale Pazienti Assistiti	
	STRUTTURA RESIDENZIALE DEDICATA		NUCLEO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		NUCLEO DEDICATO c/o CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE		POSTO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		ALTRO			
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Totale Azienda U.S.L.	30	23	12	12	4	2	1	1	35	32	62	57
Totale Regione	98	86	144	153	65	33	104	121	119	121	466	470

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD.

A livello provinciale, la tipologia più frequente di ricoveri è stato del tipo "residenziale a lungo termine" (59 ricoveri), nettamente inferiore è invece il numero di ricoveri di sollievo e/o con finalità educative di addestramento (11 di cui 7 nel Distretto di Parma).

Assegni di Cura

L'assegno di cura è finalizzato a facilitare la permanenza al proprio domicilio delle persone con gravissime disabilità acquisite.
L'importo giornaliero dell'assegno di cura è di Euro 23,00 e per poterne usufruire è necessario che il valore I.S.E.E. del nucleo familiare del soggetto beneficiario non sia superiore a Euro 34.000,00.

Tabella 54 Assegni di cura Gra.D.A. Anni 2010-2011

Distretto di presa in carico	Pazienti		Contratti attivi	
	2010	2011	2010	2011
Parma	29	23	30	26
Fidenza	15	15	15	15
Valli Taro e Ceno	8	9	8	9
Sud-Est	11	8	11	8
Totale Azienda U.S.L.	63	55	64	58
Totale Regione	560	587	606	612

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD

Nel corso del 2011 complessivamente 55 pazienti hanno beneficiato dell'assegno di cura: rispetto al 2010 si è verificata una contrazione del numero di beneficiari pari a 8 persone. In particolare, i Distretti in cui si è registrata dal 2010 al 2011 una contrazione del numero di pazienti e di contratti attivi sono stati Parma e Valli Taro e Ceno.
Tra le motivazioni di tale contrazione vi è il decesso di alcuni pazienti che beneficiavano del contributo.
Il numero di contratti attivati durante l'anno può non corrispondere con il numero di pazienti, in quanto una persona può risultare beneficiaria nel corso dell'anno di più di un contratto a seguito, ad esempio, di ricovero ospedaliero o presso una struttura residenziale per un periodo superiore ai 30 giorni: in questo caso il contratto che legittima l'erogazione dell'assegno di cura viene chiuso e può essere riattivato, con un nuovo documento, una volta che la persona è rientrata al proprio domicilio.

Assistenza Domiciliare

Gli atti regionali hanno più volte sottolineato l'importanza di favorire il rientro presso il proprio domicilio dei pazienti con gravissima disabilità acquisita.
Gli interventi di assistenza domiciliare, svolti cioè al domicilio del paziente, si differenziano in base al progetto di vita e di cure che viene elaborato dal responsabile del caso.

TABELLA 55 PAZIENTI IN CARICO CON ASSISTENZA DOMICILIARE. ANNI 2010- 2011

AUSL di presa in carico	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Socile/Volontariato		TOTALE PAZIENTI		TOTALE EPISODI DI CURA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Totale Azienda U.S.L.	30	42	28	32	0	0	58	74	81	96
Totale Regione	383	521	162	177	7	1	552	712	831	926

Nota regionale: Ricerca effettuata nella Banca dati regionale ADI.
Fonte: Banche dati GRAD e ADI, Regione Emilia Romagna.

La tabella indica, sia a livello aziendale che regionale, un significativo aumento del numero totale di pazienti assistiti a livello domiciliare (+ 16) e, conseguentemente, un maggiore numero di episodi di cura (+15).
Le motivazioni, di varia natura, potrebbero includere l'elaborazione di progetti di vita e di cure calibrati sulle reali necessità del paziente e del nucleo familiare, tali per cui il paziente, anche se con esiti di disabilità veramente importanti, riesce comunque a rimanere al proprio domicilio e rimandare o addirittura non attivare la richiesta di inserimenti in strutture residenziali.

Area Disabili

Nel corso del 2011 l'Azienda U.S.L., in merito all'area della disabilità, ha mantenuto in essere quanto già avviato nelle precedenti annualità, in particolare:

- mantenimento di un ruolo di supporto nella fase di elaborazione dei piani attuativi e dei piani per la non autosufficienza, partecipando attraverso i propri professionisti sia al tavolo dell'Ufficio di Piano sia al tavolo tematico dell'area della disabilità, per favorire la realizzazione di percorsi comuni nell'accesso ai servizi per disabili;
- partecipazione alla realizzazione del processo di accreditamento dei servizi socio-assistenziali per disabili (centri socio-riabilitativi residenziali e diurni), nel rispetto delle indicazioni e dei termini temporali indicati dalla Regione;
- prosecuzione del progetto di Area Vasta AVEN "*La presa in carico sociosanitaria nell'arco della disabilità. Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord*" finalizzato a rilevare ed analizzare il percorso di accesso, valutazione e presa in carico, nella rete integrata socio sanitaria, degli utenti disabili della fascia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2011 la Regione ha riconosciuto all'Azienda U.S.L. di Parma quale quota di Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) per l'area della disabilità (15-64 anni) la quota di Euro 9.539.294,00, quota incrementata rispetto al 2010 di Euro 140.975,00.
Come per l'area delle gravissime disabilità acquisite, anche per il settore della disabilità nel corso del 2011 l'Azienda U.S.L. ha contribuito ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del F.R.N.A., puntando in particolare al monitoraggio delle attività, delle risorse ed alla ripartizione del finanziamento regionale tra i Distretti.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'Azienda U.S.L., unitamente ai soggetti gestori, ha presentato domanda di accreditamento per le tipologie di servizio per le quali la Regione ha previsto questo percorso, in particolare: centri socio-riabilitativi residenziali, semiresidenziali ed assistenza domiciliare.
Gli ultimi dati attualmente disponibili in merito ai posti residenziali e semiresidenziali si riferiscono al 2010.

TABELLA 56 POSTI RESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
Anno	**Posti**	**Pop. Tot**	**PL per 1.000 ab.**	**Posti**	**Pop. Tot**	**PL per 1.000 ab.**
2009	153	437.308	0,35	1.915	4.377.473	0,44
2010	153	442.070	0,35	2.090	4.432.439	0,47

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

TABELLA 57 POSTI SEMIRESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
Anno	**Posti**	**Pop. Tot**	**PL per 1.000 ab.**	**Posti**	**Pop. Tot**	**PL per 1.000 ab.**
2009	314	437.308	0,72	3.885	4.377.473	0,89
2010	314	442.070	0.71	3.991	4.432.439	0.90

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Dalla rilevazione dei dati effettuata dalla Regione, nel biennio 2009-2010 a fronte di un aumento dei posti residenziali e semiresidenziali per disabili a livello regionale, a livello aziendale non si è registrata alcuna variazione.

Assegno di cura

L'assegno di cura è uno strumento di intervento che integra e non sostituisce gli altri servizi territoriali domiciliari e semi-residenziali della rete dei servizi.
L'entità del contributo è da prevedersi in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza e non autonomia della persona disabile, alle sue necessità assistenziali ed alle attività di assistenza garantite direttamente dalla famiglia. Il contributo giornaliero è fissato in Euro 15,49 giornaliero (alta intensità assistenziale) o Euro 10,33 (media intensità assistenziale o fruizione di altri servizi o interventi presenti nella rete).
La tabella seguente evidenzia a livello aziendale un aumento del numero di beneficiari nel biennio 2010-2011 (+10), con una prevalenza del livello assistenziale "medio" rispetto a quello "alto", a differenza dell'ambito regionale che ha registrato il fenomeno contrario.
I Distretti che hanno registrato complessivamente un aumento del numero di assegni di cura sono stati Valli Taro e Ceno e Sud-Est, mentre i Distretti di Parma e Fidenza hanno registrato una variazione negativa, in parte collegata anche all'elevato numero di potenziali fruitori in rapporto a risorse economiche limitate.

TABELLA 58 ASSEGNI DI CURA. BENEFICIARI PER LIVELLO ASSISTENZIALE. ANNI 2010 – 2011

	Livello assistenziale			Livello assistenziale		
	Alto	**Medio**	**Totale**	**Alto**	**Medio**	**Totale**
	2010			**2011**		
Parma	46	36	82	45	31	76
Fidenza	0	63	63	0	57	57
Valli Taro e Ceno	5	38	43	0	50	50
Sud-Est	9	11	20	17	18	35
TOTALE A.U.S.L.	60	148	208	62	156	218
TOTALE REGIONE	916	847	1.763	785	771	1.556

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna.

Assistenza domiciliare

L'attivazione del F.R.N.A. ha favorito l'incentivazione di servizi domiciliari rivolti alla popolazione disabile di età compresa tra i 18 ed i 64 anni: sono gestiti prevalentemente in ambito sociale con l'integrazione del settore sanitario, laddove il progetto di vita e di cure della persona lo richiede.
Fra gli interventi a sostegno della domiciliarità, oltre all'assegno di cura, sono contemplati anche i ricoveri di sollievo, ossia periodi limitati di ricovero in centri adeguati finalizzati a consentire alla famiglia di usufruire di momenti di riposo. E' un bisogno sempre più presente, tenuto conto che la maggior parte dei disabili inseriti nei centri semiresidenziali e in assistenza domiciliare hanno genitori anziani che con sempre maggiore fatica riescono a provvedere al loro accudimento.

Psichiatria

L'offerta residenziale del DAISM DP si compone di un'ampia tipologia, prevedendo Strutture a gestione diretta e realtà convenzionate.

Da segnalare l'attivazione di posti dedicati a Disturbi del comportamento alimentare, alla Doppia diagnosi e alla Psicogeriatria.

Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono diverse tipologie di risposte residenziali (come i 48 posti disponibili nei 34 appartamenti assistiti) allo scopo di fornire all'utenza una vastissima gamma di possibilità in base ai bisogni espressi e alle esigenze di cura.

TABELLA 59 DETTAGLIO OFFERTA RESIDENZIALE

	Gestione diretta	In convenzione	Totale
Posti in Residenze sanitarie a trattamento intensivo	40	27	67
Posti in Residenze Sanitarie a Trattamento Protratto	13	8	21
Posti in Residenze sanitarie a trattamento Socio Riabilitativo	16	20	36
Posti in Comunità e Gruppi Appartamento	12	126	138
Totale	81	181	262

Nella precedente tabella non vengono riportati i complessivi 39 posti dell'offerta residenziale di tipo ospedaliero (SPDC, Clinica Psichiatrica e SPOI convenzionato).

Per ciò che riguarda l'offerta semiresidenziale, attualmente i posti accreditati sono 25 presso il Centro diurno Santi, ai quali si aggiungono n° 6 posti di frequenza diurna presso la Residenza a Trattamento Intensivo "PRP" di Fidenza e 2 posti presso lo SPOI a direzione universitaria.

Si è conclusa la trasformazione del Centro Diurno "Le Viole" in un programma a più ampio respiro teso a sviluppare percorsi riabilitativi individualizzati forti, realizzati prevalentemente nel territorio, mirati al mantenimento/recupero delle abilità degli utenti nelle fasi iniziali della malattia.

Assistenza Domiciliare

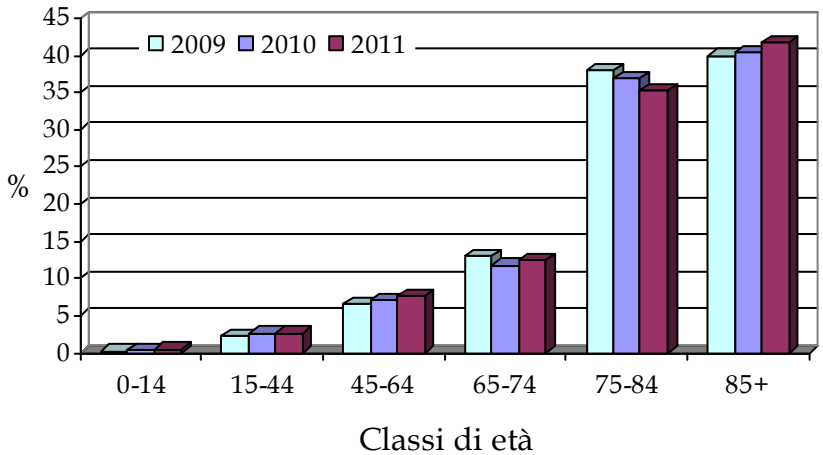
L'assistenza a domicilio è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. E' rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto grave, ad ammalati con patologie croniche, a bambini con malattie croniche , a persone con gravi disabilità. E' in rete con gli altri servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali per garantire la continuità delle cure. Il servizio è garantito da equipes composte da diversi operatori: medici, infermieri, assistenti sociali, che collaborano con il medico di famiglia. Può coinvolgere anche operatori delle associazioni di volontariato. Prevede piani personalizzati di cura adeguati alle singole esigenze. L'assistenza a domicilio, quando necessario, prevede anche servizi di aiuto alla persona e alla cura dell'abitazione.

L'assistenza si differenzia in tre livelli:

- **assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria (I livello)** caratterizzata da una prevalenza di bisogni cui tendenzialmente si da risposta tramite interventi socio-assistenziali che sono principalmente erogati dalle equipes infermieristiche e dagli assistenti sociali con un ruolo di verifica e controllo da parte del MMG che rimane, anche negli altri livelli di intensità, il responsabile terapeutico del caso;
- **assistenza domiciliare a media intensità sanitaria (II livello)** in questo caso i bisogni degli utenti hanno una caratterizzazione prettamente sanitaria (malattie cronico degenerative di lunga durata o riacutizzazioni di malattie croniche che richiedono un incremento dell'intensità assistenziale per brevi periodi) e l'assistenza viene erogata principalmente tramite una integrazione tra il MMG e le equipes infermieristiche;
- **assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria (III livello)**: il bisogno degli utenti è rappresentato dalla cura di eventi patologici particolarmente intensi ma comunque tali da poter essere ancora gestiti a domicilio o da situazioni nelle quali si debba far fronte alle problematiche della terminalità, anche non neoplastica, tramite molteplici interventi di equipes domiciliari e pluriprofessionali che rappresentano il valore aggiunto del percorso assistenziale.

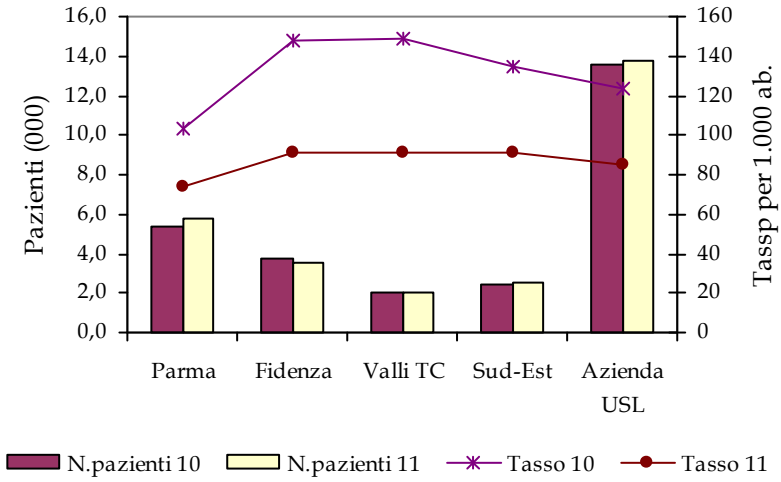
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2011 evidenzia che sono ormai stabili nella distribuzione per età i numeri di pazienti seguiti e che le variazioni registrate non sono significative di modifiche nelle strategie aziendali di gestione del servizio di assistenza domiciliare. Gli aumenti in valori assoluti sono imputabili al costante incremento della qualità e capillarità della rilevazione. Il numero dei casi incrementa rispetto all'anno precedente proprio per questa ragione: si conferma, dunque, la capillarità del servizio che mantiene livelli estremamente soddisfacenti (anche in confronto al dato regionale).

FIGURA 26 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA A. 2009–2011



Utile segnalare come il servizio tenda, anche dal punto di vista delle fasce di età seguite, a stabilizzarsi rivolgendosi a soggetti molto anziani con ridotta attività nei confronti delle fasce più giovani della popolazione con una incidenza di prese in carico/interventi che arriva a 124,8 per mille.

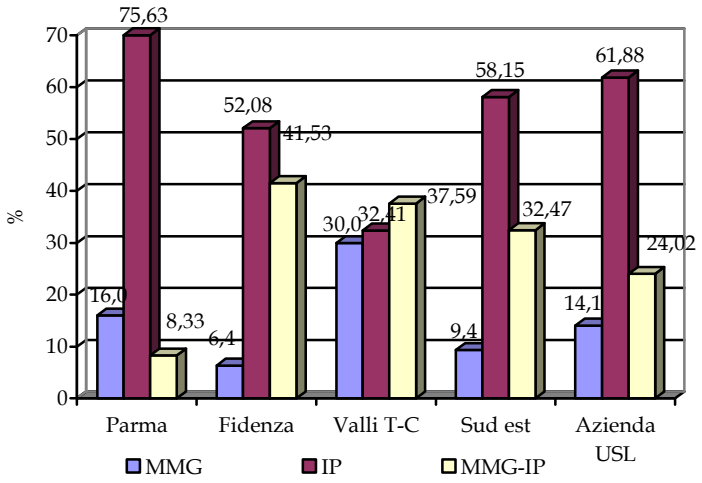
FIGURA 27 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2010-2011 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni. Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari a 85 per 1.000 residenti. Per quanto riguarda l'anno 2011 non sono stati conteggiati ai fini della determinazione del tasso per 1000 ultrasessantacinquenni residenti i pazienti che sono stati assistiti dalle equipe territoriali degli enti locali: i cosiddetti pazienti in "carico con onere sanitario" per i quali i comuni ed i servizi SAA non hanno provveduto alla puntuale comunicazione numerica per problemi di carattere tecnico.

Come di consueto è possibile analizzare la performance aziendale considerando anche la distribuzione degli assistiti per tipologia di assistenza: (i) pazienti seguiti esclusivamente da equipes infermieristiche (IP), (ii) pazienti la cui assistenza è affidata all'integrazione tra medico di medicina generale ed equipes infermieristiche (MMG-IP) e (iii) pazienti seguiti principalmente dal medico di medicina generale (MMG).

FIGURA 28 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO – ANNO 2011



La Figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, in questo caso, un consolidamento delle metodologie che, come negli anni scorsi, differenziano lievemente le modalità assistenziali nei vari territori provinciali e che spesso dipendono dalle caratteristiche geografiche del territorio stesso. Da sottolineare, ad esempio, il diverso assetto organizzativo per il Distretto Valli Taro e Ceno dove la distribuzione si mantiene uniforme tra le tre modalità di presa in carico ma per la prima volta la modalità della assistenza integrata con presenza di entrambe le figure di riferimento (MMG ed Infermiere) diventa maggioritaria rispetto alle altre tipologie. Questo shift operativo potrebbe essere dovuto al continuo richiamo del DCP alla necessita di fare ricorso ad una diversa attribuzione delle responsabilità professionali in prospettiva della apertura delle case della salute e dell'attribuzione di ruoli professionali specifici alle varie figure in esse rappresentate. In pratica un segnale di un mancato adattamento alle difficoltà oro geografiche ed una scelta di qualità assistenziale.

Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2011, continuato il proprio sviluppo nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali mirate a rimodulare l'articolazione dei servizi per rispondere alle mutate esigenze dei pazienti, in particolare sul versante del controllo del dolore e della qualità dell'assistenza residenziale.

L'attività è coordinata dalla Struttura Complessa Aziendale di Cure Palliative che è stata strutturata nel corso del 2010 assorbendo le funzioni proprie dello specifico programma aziendale attivato nel 2005. Tale struttura definisce ed uniforma gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ed ospedaliera delle cure palliative.

Come noto, gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e la scarsa invasività, in quanto la componente clinica è di minore intensità rispetto a quella assistenziale, caratterizzata da un'assistenza infermieristica di base continuativa. Questa ha reso possibile affidare ad unità infermieristiche specializzate le responsabilità organizzative, gestionali e clinico– assistenziali.

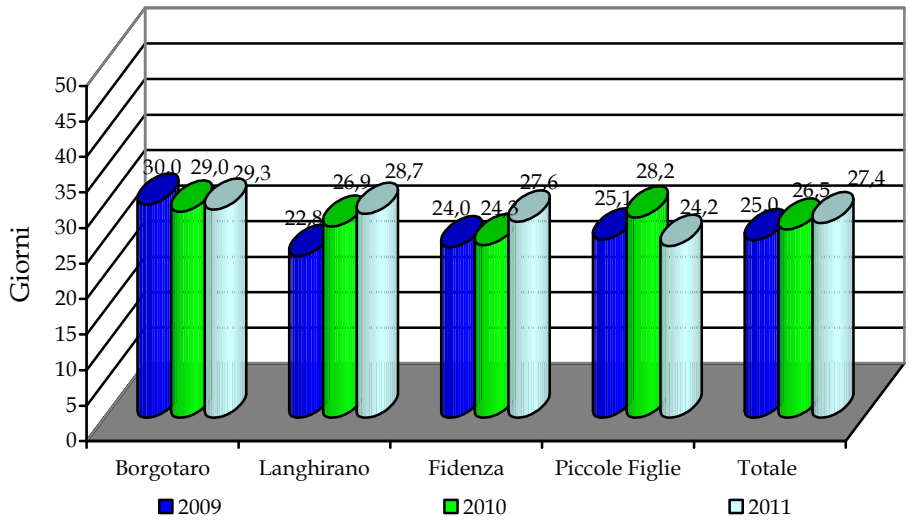
TABELLA60 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	09	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	171	191	185	84	83	85	110	112	119
Giornate di degenza	4.104	4.650	5.111	2.516	2.408	2.488	2.512	3.011	3.418

	Parma			Totale		
	09	**10**	**11**	**09**	**10**	**11**
Posti letto	8	8	8	41	41	41
Pazienti	112	108	118	477	494	507
Giornate di degenza	2.816	3.045	2.855	11.948	13.114	13.872

I dati di attività manifestano un incremento significativo sia per quanto riguarda il numero assoluto di pazienti sia per quanto riguarda la presenza media giornaliera

FIGURA 29 HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA – A. 2009–2010–2011



Per quanto invece riguarda la degenza media la variabilità osservata deriva principalmente dal fatto che oltre il 70% delle dimissioni avviene, inevitabilmente, per decesso e quindi non completamente governabile dal personale medico.

Le patologie prevalenti sono quelle neoplastiche (84.6%) rappresentate soprattutto dalle neoplasie polmonari (24.9%), neoplasie di pancreas, fegato e vie biliari (16,3%), dalle neoplasie del colon-retto (11,2%), a seguire poi stomaco e mammella.

Un'analisi degli indicatori di attività rileva come l'utilizzo di queste strutture sia andato consolidandosi nel tempo. Trattandosi di strutture innovative rispetto a quelle abituali, un periodo di latenza per raggiungere l'efficienza operativa è fisiologico.

Si può osservare, nel tempo, il miglioramento delle performance delle strutture per quanto riguarda il tasso di occupazione e la durata media della degenza, a testimonianza di un consolidamento della gestione operativa e di un buon livello di funzionamento della rete dei servizi.

FIGURA 30 HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA – A. 2009–2010–2011

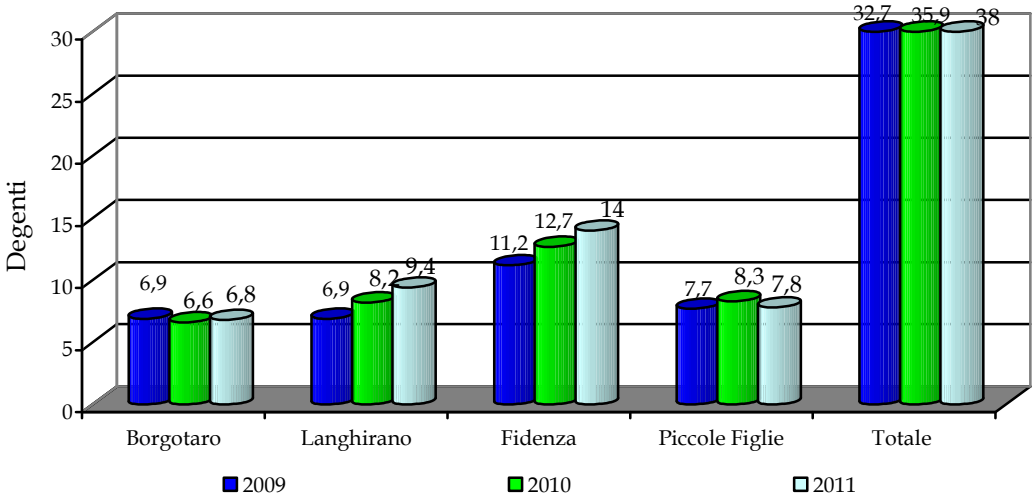
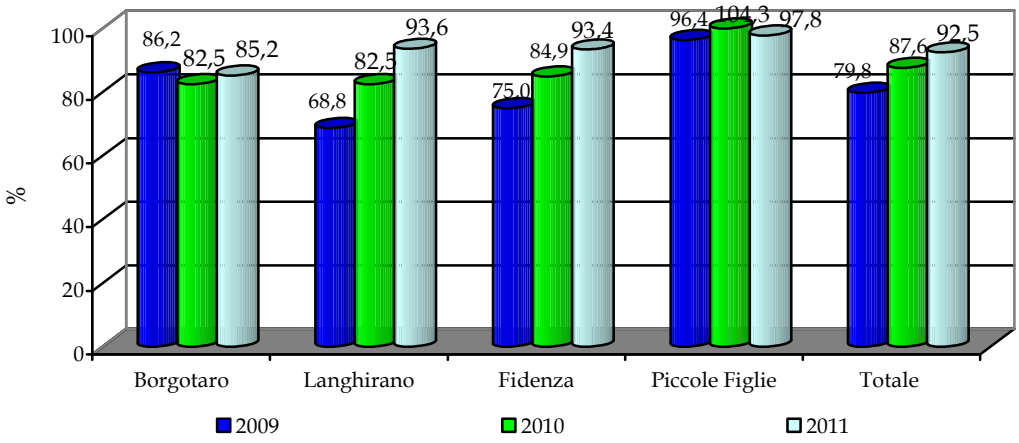


FIGURA 31 HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE – A. 2009–2010–2011



Consultori familiari

I consultori familiari si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia ed hanno raggiunto, sul versante della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, diversi importanti obiettivi adeguando la propria attività alle caratteristiche ed ai bisogni della popolazione.

Negli ultimi anni sono stati definiti progetti integrati anche con le istituzioni locali, gli enti e le associazioni di volontariato in ottemperanza alle indicazioni del Piano sociale e sanitario, con particolare attenzione al sostegno della genitorialità e alla promozione del benessere giovanile.

Per quanto riguarda l'area giovanile è proseguita l'attività dello Spazio Giovani nelle aree tematiche che le sono proprie: nel 2011 i ragazzi che si sono rivolti al consultorio per adolescenti sono stati 1.168 tra cui 227 stranieri per consulenze sui temi dell'affettività, rapporti con i genitori/gruppi dei pari, consulenze sui problemi dell'alimentazione e consulenze psicologiche(8%); per contraccezione (51,9%), visite ginecologiche (32,2%), gravidanza(1,4%), IVG (4,7%), disturbi alimentazione(1,6%), ma anche interventi di promozione alla salute.

Lo Spazio Giovani ha attivo un punto di accesso/accoglienza per tutti i Servizi Aziendali rivolti a questa fascia d'età: operatori,opportunamente formati, fatta una prima valutazione forniscono informazioni, orientano e, quando necessario, inviano/accompagnano l'utente al professionista o al Servizio Aziendale competente. Questo agevola, semplificandolo, l'accesso dell'utenza giovanile ai servizi dedicati. Gli accessi all'accoglienza per nuovi utenti sono stati di 534 utenti, di cui 410 femmine e 66 maschi; di questi circa l'80% degli accessi ha proseguito il rapporto con il Servizio nei percorsi interni (ginecologo, psicologo, andrologo, nutrizionista, ecc.), mentre i restanti sono stati inviati ad altre strutture . Nei consultori aziendali le presenze di utenti provenienti da paesi al di fuori della Comunità Europea è stata nel 2010 pari a 4.242 (25,1 2%). L'utenza straniera è negli ultimi anni progressivamente aumentata in tutte le sedi consultoriali.

Gli interventi di promozione al benessere, in collaborazione con le istituzioni scolastiche o in ambito extrascolastico, hanno avuto particolare attenzione ai temi dell'interculturalità; hanno coinvolto circa 6.000 ragazzi.

Nel Consultorio Familiare Lubiana Spazio Donne Immigrate si è mantenuto comunque uno spazio di libero accesso per garantire una risposta tempestiva ed un servizio di orientamento ai servizi territoriali, con disponibilità della mediazione linguistico-culturale.

Più specificatamente si dettagliano alcune attività.

Percorso nascita

Nell'anno 2011 è proseguita la linea d'intervento adottata negli anni precedenti, anche in adempimento al DGR 533/08, tesa a favorire un'omogenea assistenza alla gravidanza, con interventi di preparazione alla nascita, di assistenza al parto, al puerperio e sostegno all'allattamento al seno.

Questo percorso ha consolidato il rapporto con l'Azienda Ospedaliera, con i Pediatri di Libera Scelta e con le Associazioni di volontariato del settore, garantendo continuità assistenziale alla gravida e alla puerpera.

Nel 2010 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1.494, di cui 913 donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (61,1%del totale), confermando l'impegno nella promozione di una genitorialità consapevole.

E' proseguito il progetto interaziendale "Parto a domicilio", primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna e il progetto Dimissione Appropriata della madre e del neonato in tutti i Distretti .

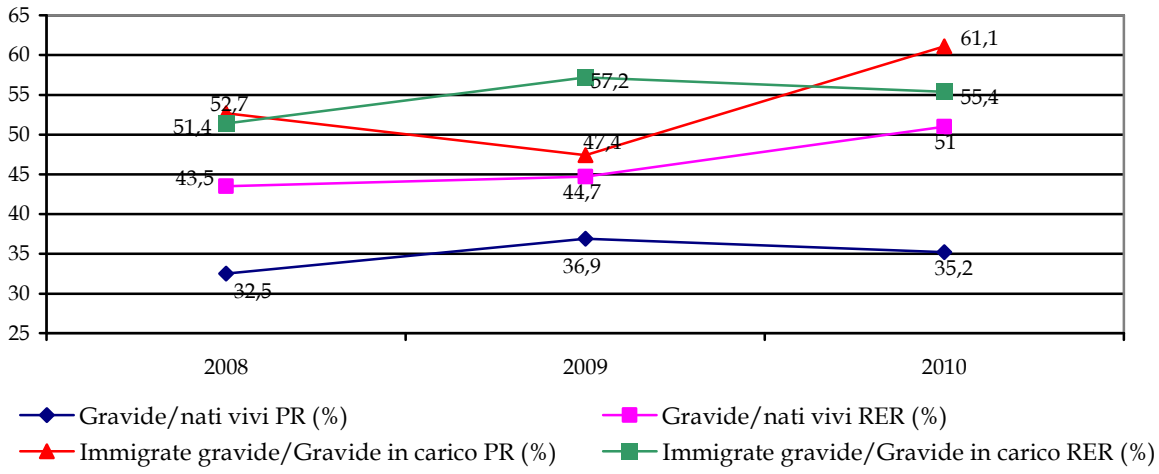
Con il progetto "Assistenza alla gravidanza fisiologica" si sono valorizzate le donne in quanto madri e le coppie nella dimensione della genitorialità; si sono dettagliate le competenze professionali dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza e nel counseling; si è personalizzata l'assistenza alla gravidanza e al puerperio anche nelle fasce più deboli della popolazione.

L'attività ginecologica si articola in attività di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di specialistica ginecologica dall'altro, con l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici per le donne in menopausa.

I tempi di attesa sono adeguati agli obiettivi aziendali: per le IVG sono di 7-10 giorni e per le gravidanze entro 20 giorni.

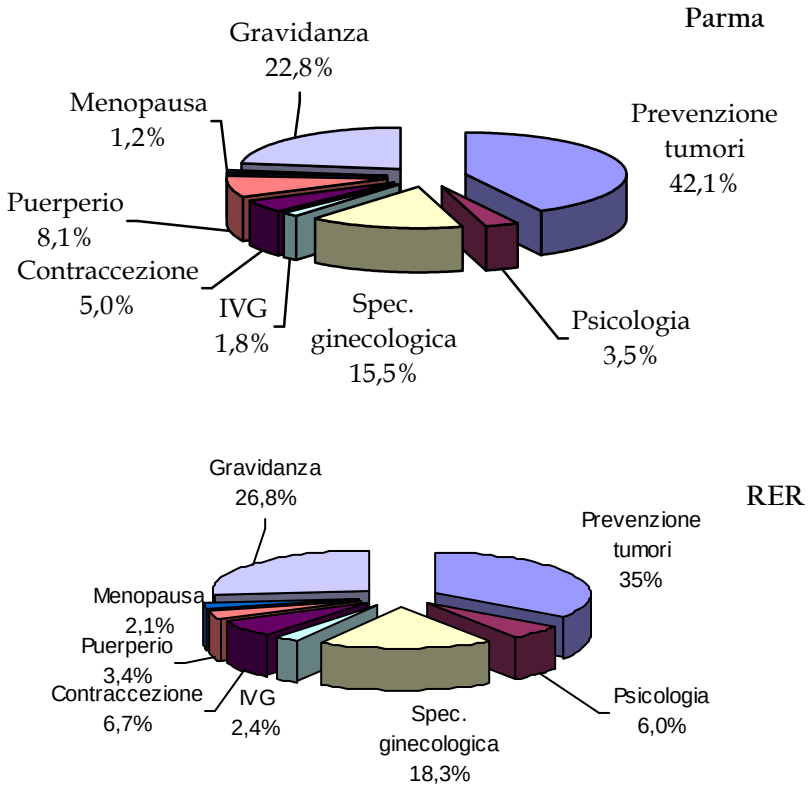
Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza alla gravidanza, nel 2010, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è pari a 35,2, mentre la percentuale di donne gravide provenienti da paesi sottosviluppati è il 61,1% del totale. La percentuale di donne in gravidanza appartenenti ad altre culture oscilla a livello distrettuale dai 52,83% della Val di Taro ai 67,44 di Fidenza.

FIGURA 32 PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE SU NATI VIVI



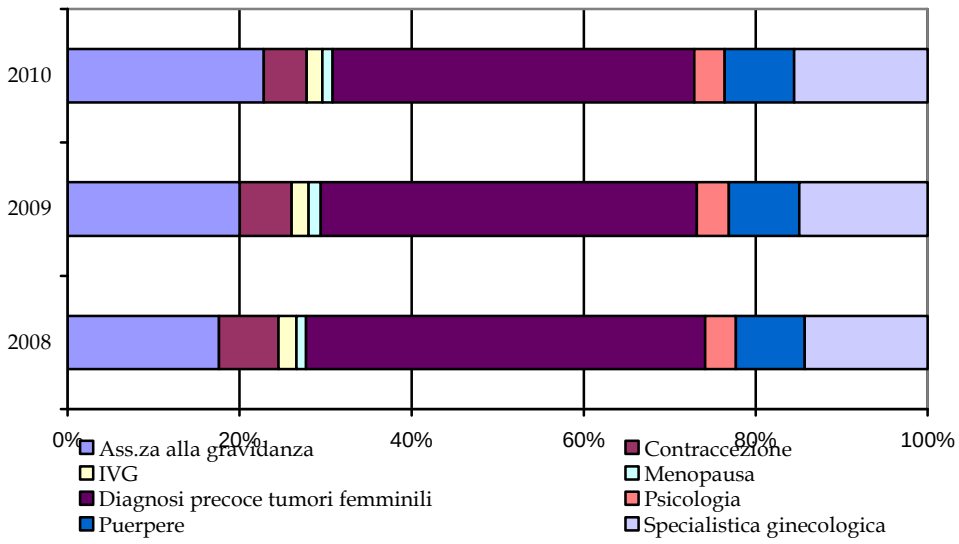
L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2010, a Parma, il 42,1% delle attività consultoriali riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili, il 15,5% ad attività ginecologica, il 22,8% alla gravidanza, l'8,1% al puerperio, il 5,0% alla contraccezione, il 3,5% all'attività psicologica, l'1,2% alla menopausa e all'interruzione volontaria di gravidanza l' 1,8%.

FIGURA 33 ATTIVITÀ CONSULTORIALE – AUSL PARMA E RER – ANNO 2010



Il confronto con i dati regionali evidenzia, da parte dei consultori di Parma, una percentuale di attività maggiore nella prevenzione dei tumori femminili nonché nel puerperio; al contrario, i consultori di Parma presentano percentuali di attività minori, rispetto ai valori regionali, nell'attività di specialistica ginecologica, nelle prestazioni relative alla gravidanza, nell'attività psicologica e nell'attività riguardante la menopausa. I valori delle IVG sono uguali.

FIGURA 34 DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI – A. 2007–2010



Infanzia e Adolescenza

TABELLA 61 ISTRUTTORIE PER LE ADOZIONI – 2010

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Adozioni nazionali	5	5	3	1	14
Adozioni internazionali	1	1	2	0	4
Entrambe le adozioni	29	5	7	4	45
Ex art. 44 adozione nominale	2	0	1	0	3
TOTALE	**37**	**11**	**13**	**5**	66

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Negli ultimi cinque anni (2005 – 2010) circa 470 coppie si sono rivolte ai Servizi Adozioni della provincia di Parma per richiedere informazioni, con un calo riscontratosi negli ultimi 3 anni.

Lo scarto tra il numero delle richieste di informazioni e le istruttorie avviate è da attribuirsi a due motivazioni principali: da un lato la decisione delle coppie di non proseguire il percorso adottivo, dall'altro le liste d'attesa che si creano da un anno all'altro.

I dati riferiti alle istruttorie avviate evidenziano un calo progressivo dal 2006 al 2009, per un improvviso aumento nel corso del 2010.

Per quanto riguarda la tipologia di richieste adottive nel corso del 2010, rispecchiando il trend degli anni precedenti, la maggior parte delle coppie sceglie di avviare l'istruttoria sia per l'adozione nazionale che internazionale, seguita dalle richieste di sola adozione nazionale, mentre l'istruttoria per la sola adozione internazionale risulta sempre molto marginale.

Viste le disponibilità di bambini per l'adozione, i dati delle effettive adozioni realizzate nel 2010 risultano non rispondenti alle tipologie di istruttorie perseguite e le adozioni internazionali rappresentano ben l'86% del totale delle adozioni realizzate, delineando un deciso aumento rispetto agli anni precedenti.

TABELLA 62 – ADOZIONI – 2010

ADOZIONI	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Abbinamenti adozione nazionale iniziati	2	1	0	1	**4**
Abbinamenti adozione internazionale iniziati	15	5	3	1	**24**
Abbinamenti complessivi	**17**	**6**	**3**	**2**	**28**

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Nel 2010 le adozioni effettuate in provincia sono state 28, il 60% delle quali realizzate nel Distretto di Parma, seguito da Fidenza, quindi all'incirca in ugual misura dai Distretti Valli Taro e Ceno e Sud Est.

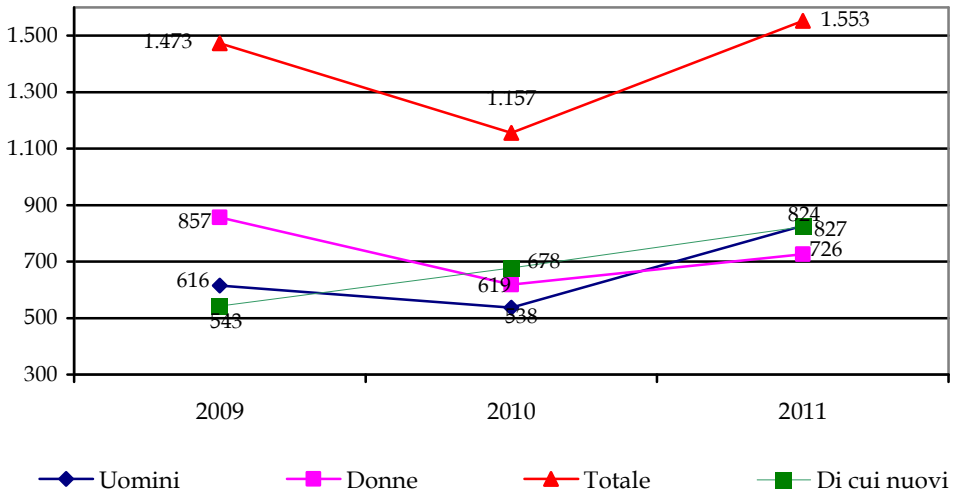
In linea con gli anni precedenti nel 2010 si riscontra una bassa fascia di età dei bambini adottati nel territorio: nell'adozione nazionale tornano ad essere compresi esclusivamente nella fascia di età 0-2 anni, mentre nell'adozione internazionale la prevalenza si attesta nella fascia 6-10 anni, seguita dalla fascia 0-5 anni.

I Paesi di provenienza risultano afferenti in prevalenza all'area dell'Est Europa (circa la metà del totale), quindi dal Sud America (37,5%)ed infine dall'Asia (12,5%).

Spazio immigrati

Come si evince dal grafico sottostante, l'utenza del 2011 è in netto aumento rispetto all'anno precedente; questo aumento ha interessato sia la componente femminile (dai 619 soggetti ai 726) ma soprattutto quella maschile (dai 538 del 2010 ali 827 del 2011); crescono anche i nuovi utenti (dai 678 dell'anno scorso ai 824 di questo anno); il trend in aumento dell'utenza è da ricondurre, da un lato ai recenti avvenimenti del Nord-Africa e dall'altro lato alla perdita di lavoro e del Permesso di Soggiorno, quindi dell'Iscrizione al SSN, che ha interessato prevalentemente l'immigrazione maschile impiegata nelle fabbriche che risente maggiormente della crisi. Il minore incremento dell'utenza femminile rispetto a quello maschile è da attribuire inoltre, al miglioramento dell'orientamento dell'utenza nei vari servizi aziendali (Area Salute Donna).

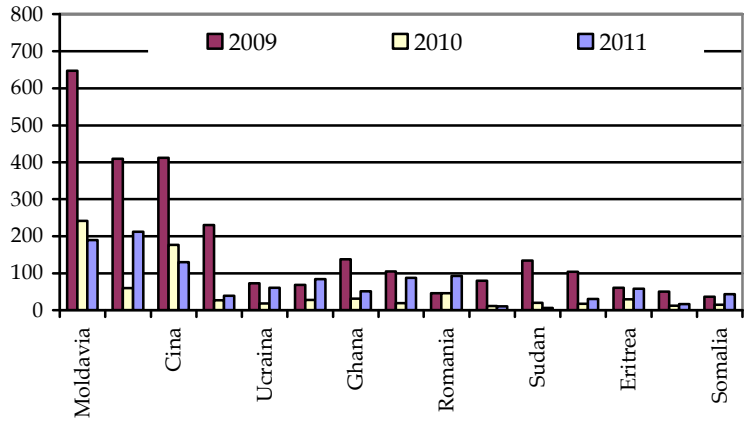
FIGURA 35 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA – 2009–2011



I soggetti in carico per nazionalità

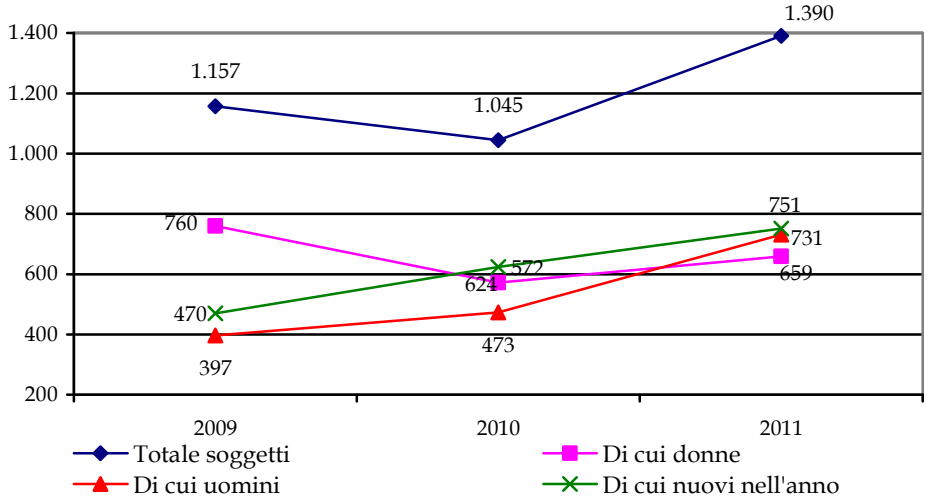
Considerando i dieci gruppi nazionali maggiormente rappresentati, pur osservando un importante incremento dell'utenza dai paesi africani (Tunisia, Nigeria, Ghana, Eritrea, Somalia), rispetto all'anno precedente, continuano ad essere numericamente rappresentativi i cittadini moldavi, albanesi, rumeni, ucraini e cinesi.

FIGURA 36 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ – 2009–2011



I soggetti in carico e le prestazioni nelle Aree di attività

FIGURA 37 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE – A. 2009–2011



L'area di Medicina generale evidenzia anche essa un incremento di utenza rispetto agli anni precedenti (1.390 nel 2011 rispetto ai 1.045 del 2010); questo aumento è più evidente nell'utenza maschile e sembra essere dovuto in parte all'emergenza Nord-Africa.

Continua l'aumento degli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria, somministrazione della terapia, ecc...) o psicologiche.

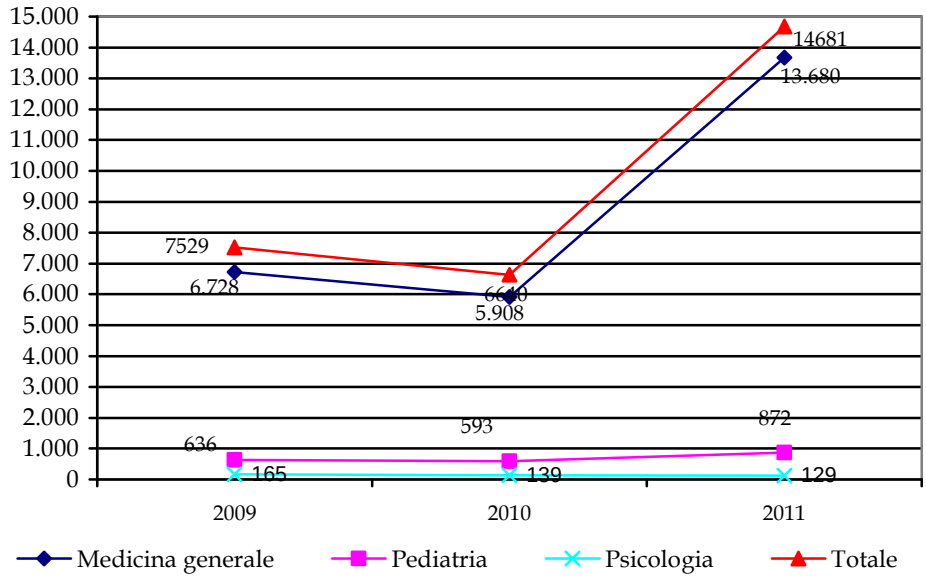
Il servizio spazio immigrati viene utilizzato sempre più per attività di sostegno psicologico (counselling, psicoterapia breve, colloqui motivazionali ecc...): rispetto al 2010 si evidenza un incremento di utenza del 4,8% per complessivi 43 utenti in carico. Sempre più spesso lo specialista psicologo viene coinvolto nella presa in carico di soggetti rifugiati vittime di tortura (22 dei 31 nuovi soggetti presi in carico dal servizio di psicologia erano vittime di tortura).

Pediatria

La pediatria ha evidenziato un incremento dell'utenza del 20,2%, per complessivi 244 utenti in carico nel corso del 2011; aumenti significativi si ravvisano anche tra i nuovi utenti (+40 utenti; +31%) probabilmente dovuti ai ricongiungimenti familiari.

L'attività pediatrica consiste in visite mediche per patologie o per bilanci di salute (compreso profilo vaccinale e nutrizionale), sorveglianza per TB, educazione sanitaria e visite per ammissione in collettività o controllo e continuità terapia dopo dimissione dall'ospedale.

FIGURA 38 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ – A. 2009–2011

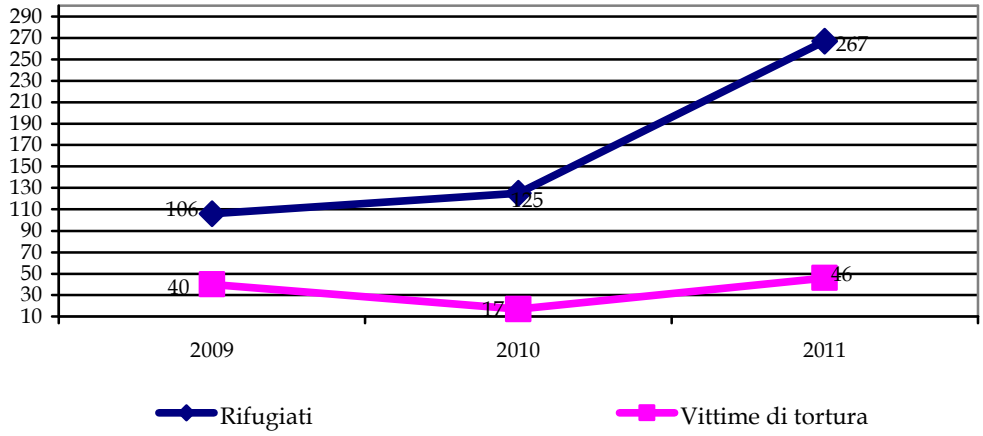


Rispetto all'anno precedente l'evidente aumento delle prestazioni, in linea con l'incremento dell'utenza totale, è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza infermieristica, alla messa in atto del protocollo per la sorveglianza sindromica attuata nei confronti di soggetti giunti in Italia in seguito agli avvenimenti del Nord-Africa.

Il rilievo statistico delle patologie osservate evidenzia la presenza di patologie infettive acute comuni, patologie croniche (ipertensione arteriosa, diabete, tireopatia), patologie gastrointestinali, patologie psichiatriche (sindromi ansio-depressive e malattie psicosomatiche), patologie osteoarticolari, malattie da povertà (scabbia, denutrizione), alcune malattie infettive, qualche patologia infettive da importazione (Malaria, Schistosomiasi, parassitosi intestinali) ed a patologie traumatiche (specialmente da infortuni sul lavoro).

Nell'ambito della sorveglianza sindromica, sono stati seguiti 181 soggetti.

FIGURA 39 SOGGETTI ADULTI RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA 2009-2011



Negli ultimi anni, inoltre, è notevolmente cresciuto il numero di cittadini stranieri che presentano in Italia domanda d'asilo politico.

Per rispondere al bisogno di salute di tali utenti, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra AUSL ed associazioni di accoglienza di vittime di tortura per la costituzione di un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di varie discipline al fine di un'adeguata presa in carico sociale e sanitaria di questi pazienti. Il coordinamento si riunisce presso i locali dello Spazio-Salute immigrati due volte al mese per la discussione dei casi.

Nel 2011, presso lo spazio salute immigrati, sono stati osservati 267 rifugiati (229 di sesso maschile e 38 di sesso femminile) di cui 46 vittime di violenza estrema (41 di sesso maschile e 5 di sesso femminile); 18 dei soggetti vittime di tortura osservati nel nostro ambulatorio dedicato, ci giungevano da altre province della regione. Nel 2010, i rifugiati erano 125 di cui 17 vittime di tortura.

Inoltre, in collaborazione con varie strutture di accoglienza e per accesso spontaneo, è in aumento la presa in carico di soggetti vittime di tratta e/o sex workers; dai 16 del 2009 sono passati ai 22 del 2011 (di cui 10 inviati dalle strutture territoriali di accoglienza).

Da Dicembre 2010, presso lo Spazio salute Immigrati, si effettuano visite e certificazioni (in accordo con la Commissione di accertamento e valutazione degli stati di disabilità del Distretto di Parma) per esenzione di test linguistici al fine del rilascio del permesso di soggiorno Ce per soggiornanti di lungo periodo (DM 4 giugno 2010); a tale fine, nel 2011 sono stati rilasciati 48 Certificazioni per esenzione di test linguistici (per patologie o per età).

Anche nel 2011, è proseguita, presso lo Spazio Salute Immigrati, la presa in carico di soggetti stranieri in condizione di detenzione domiciliare o beneficiari di misure alternative al carcere, segno di una integrazione tra l'Unità operativa medicina penitenziaria e territorio. Nell'anno sono stati seguiti 14 soggetti, tutti di sesso maschile, per una continuità terapeutica intrapresa in carcere.

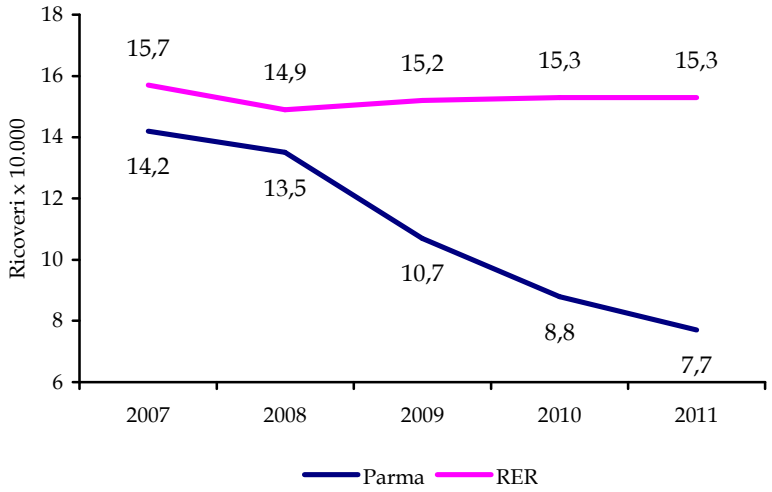
Salute Mentale

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI/SMDP) è una struttura volta alla tutela della salute mentale attraverso l'erogazione di prestazioni specifiche relativamente alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

La salute, considerata come uno stato di pieno benessere psichico, somatico e sociale, richiama fattori biologici, psicologici e sociali: la salute mentale rappresenta un bene individuale, relazionale e collettivo alla cui determinazione è chiamata tutta la comunità. I percorsi di cura e riabilitazione debbono valorizzare azioni condivise da una pluralità di soggetti, istituzionali e non, cogliendo la complessità delle diverse forme di disagio e disadattamento psichico. Gli interventi prevedono percorsi assistenziali legati al consenso informato, alleanza terapeutica, valorizzazione della famiglia, del privato sociale, delle forme associative di auto-aiuto degli utenti. Obiettivo primario, sul piano organizzativo, è l'implementazione di un sistema integrato che definisca i percorsi di cura e privilegi l'utilizzo in rete delle risorse.

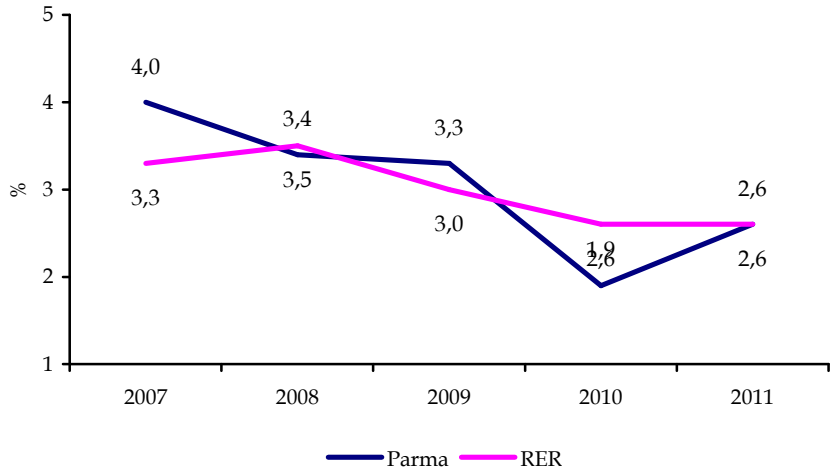
L'offerta sanitaria del Dipartimento si esplica, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, nonché attraverso il Programma per le Dipendenze Patologiche e la Psichiatria Universitaria, assicurando quell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria alla tutela degli obiettivi assistenziali e di salute mentale.

FIGURA 40 SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. – ANNI 2007–2011



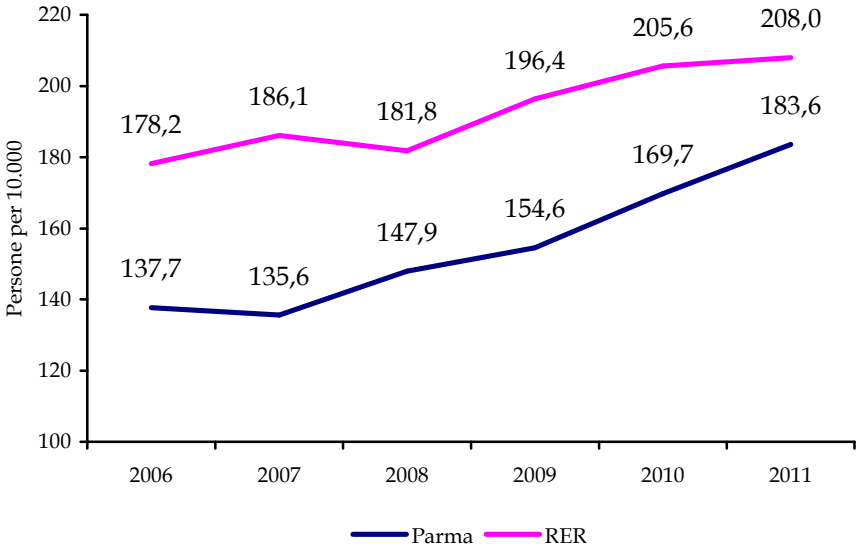
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conferma un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno spostamento verso il basso, discostandosi dal dato medio regionale. La riduzione significativa rilevata in questi anni, deve però essere contestualizzata con il contemporaneo incremento del numero di interventi protratti in regime di consulenza e l'incremento della durata di degenza media.

FIGURA 41 TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ANNI 2007–2011



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata ai 10.000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2011 si mostra in aderenza con le medie regionali.

FIGURA 42 CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – ANNI 2006–2011



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2011 ha trattato 6.869 persone con una percentuale di 183,6 per 10.000 abitanti (riferiti alla popolazione target che, in Provincia di Parma è di 374,117).

Di seguito il dato relativo agli utenti trattati a livello ambulatoriale declinato per distretto di appartenenza.

TABELLA 63 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2010	Utenti 2011
Distretto Parma	2.648	2.774
Distretto Fidenza	1.414	1.468
Distretto Sud Est	1.162	1.097
Distretto Valli Taro e Ceno	797	777
Attività ambulatoriali SPOI a direzione universitaria	461	510
Extradistrettuali	255	243
TOTALE	6.737	6.869

Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a direzione Universitaria

Nel 2011 sono stati effettuati 370 ricoveri. Di questi, 122 erano trasferimenti dall'SPDC; dei 248 restanti, 40 erano ricoveri urgenti (provenienti dunque dal PS o dalla UO di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria; in alcuni casi anche urgenze dei Servizi Psichiatrici Territoriali, concordate con l'inviante ed il medico dell'SPDC); 207 erano ricoveri programmati non urgenti e 1 ricovero programmato con preospedalizzazione.

Indicatori di Movimento	
Giornate di presenza	6.089
Degenza Media	15,86
Presenza media giornaliera	17,1
Occupazione letto	121,8

FIGURA 43 PROVENIENZA RICOVERI IN REPARTO– SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2011)

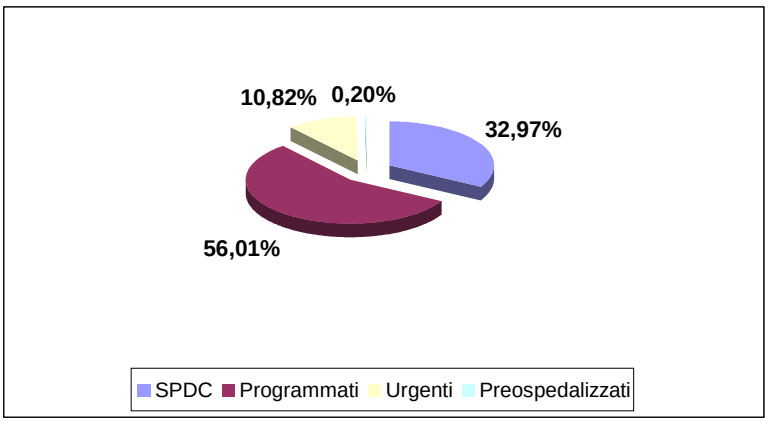
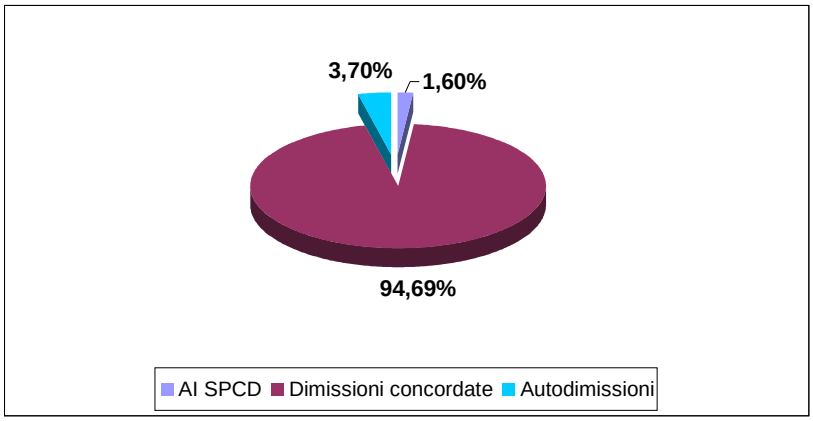


FIGURA 44 MODALITÀ DI DIMISSIONE DAL REPARTO SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2011)



Dei 375 pazienti dimessi al 31/12/2011, 6 sono stati trasferiti al Diagnosi e Cura; 355 i pazienti dimessi (riaffidati ai servizi territoriali, a domicilio, presso strutture psichiatriche extraospedaliere); 14 le autodimissioni.

Day Hospital Clinica Psichiatrica

Presso l'Unità Operativa SPOI a direzione universitaria è attivo un Day Hospital 5 giorni alla settimana dalle ore 8 alle ore 13.
Nel periodo in esame sono stati effettuati 140 accessi; i giorni di apertura sono stati 244.
Dei 140 utenti dimessi, 123 sono state le dimissioni ordinarie; 5 i trasferimenti e 12 le dimissioni volontarie.

Indicatori di Movimento	
Presenza media giornaliera	4,13
Giornate di presenza	1.475
Durata media	4,13

Servizio Ambulatoriale SPOI a direzione universitaria

Il servizio è articolato in attività ambulatoriale di primo accesso (ambulatorio prime visite) e attività ambulatoriale di controllo e follow-up (4 ambulatori specialistici).

Dati Ambulatorio prime visite

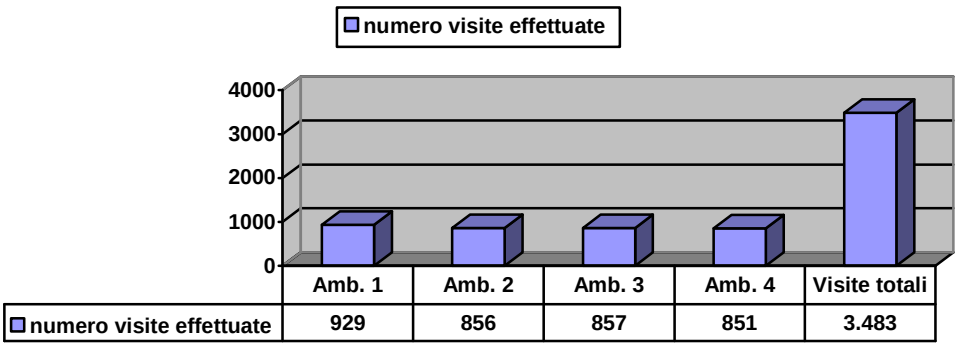
Nel periodo in esame le prime visite effettuate sono state 482.

Ambulatori di controllo

Il servizio eroga 24 visite psichiatriche di controllo programmate (6 visite per ogni ambulatorio) su 4 giorni settimanali. Offre inoltre possibilità per accessi non programmati in urgenza per utenti già in carico.

Il numero di visite effettuate nel periodo (alle quali si aggiungono 226 prelievi ematici, di cui 76 controlli del dosaggio di Clozapina) può essere così riassunto:

FIGURA 45 VISITE EFFETTUATE (ANNO 2011)



Servizio di Consulenza

Sono state effettuate in totale 1.182 consulenze presso i reparti della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. A tale attività è adibito un medico durante la settimana ed i medici specialisti reperibili nel week-end e durante la notte (in caso di consulenze richieste in urgenza).

Dipendenze Patologiche

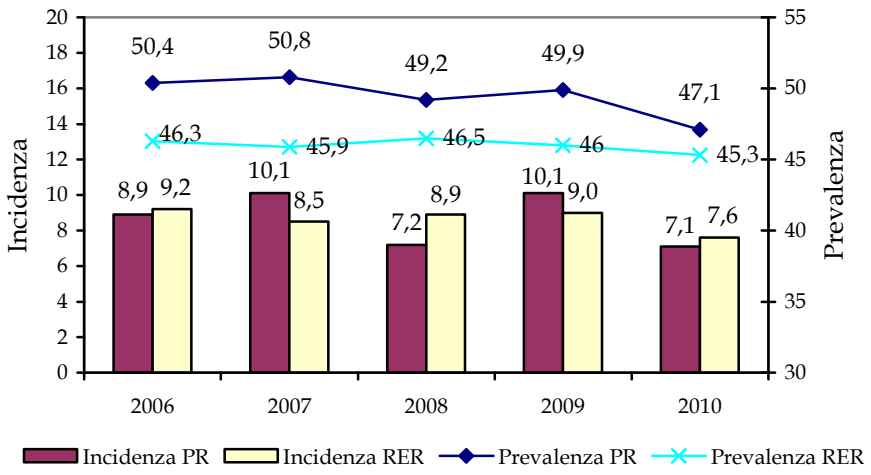
Il Programma Dipendenze Patologiche opera all'interno del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) con "l'obiettivo di migliorare la qualità e facilitare l'accesso dei cittadini portatori di bisogno ai programmi ed ai servizi di prevenzione del consumo/abuso di sostanze legali ed illegali, di cura e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza, di riduzione del danno da consumo/abuso di sostanze" (DGR 698/2008), come ribadito dalla recente DGR 999/2011. Tale obiettivo è perseguito attraverso i servizi socio-sanitari distrettuali e sovra-distrettuali presenti nel territorio di Parma e provincia, a cui l'utenza può accedere di propria iniziativa o tramite l'invio da parte di altri soggetti istituzionali, quali ad esempio la Prefettura o la Commissione Medica Locale.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche sono costituiti da équipe multiprofessionali integrate volte a progettare percorsi diagnostici e/o terapeutici individualizzati che fanno riferimento ad un approccio bio-psico-sociale che si esplica attraverso l'offerta di prestazioni differenziate (percorsi di accoglienza, osservazione e diagnosi, interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi, attività riabilitative residenziali e semiresidenziali, consulenze specialistiche).

La funzione di pianificazione e coordinamento, laddove opportuna o necessaria, svolta dal Programma Dipendenze Patologiche, ha il duplice intento di aiutare a fornire risposte sempre più specifiche e contestuali ai bisogni espressi dal territorio e di migliorare la qualità dei Servizi supportando l'adozione e la diffusione di buone pratiche, oltreché l'attuazione e il monitoraggio dei progetti regionali.

Nel corso del 2010 complessivamente i Ser.T. di Parma e provincia hanno registrato una diminuzione della prevalenza e dell'incidenza dell'utenza alcoldipendente e tossicodipendente in carico, in rapporto all'anno precedente. Nonostante le variazioni periodiche dei tassi di prevalenza e incidenza, determinate da numerose variabili, tali fluttuazioni sembrano indicare, in generale, una certa stabilità dei fenomeni qui esposti.

FIGURA 46 TOSSICODIPENDENTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI – 2006-2010



Il tasso di prevalenza degli utenti tossicodipendenti in carico nel 2010 (47,1/10000) nell'Ausl di Parma, nonostante il calo rispetto al 2009, presenta ancora valori più elevati rispetto al dato medio regionale, mentre il tasso d'incidenza, dopo un picco superiore al dato regionale nel 2009, torna nel 2010 a livellarsi con un punteggio di poco inferiore alla media regionale.

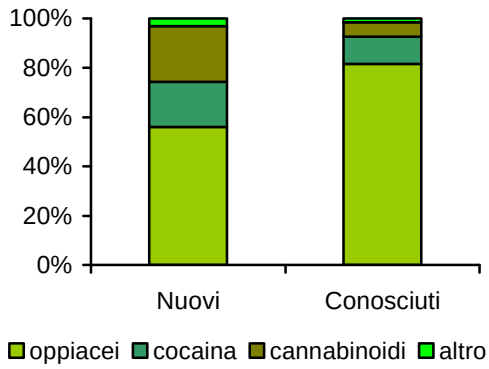
Dalla distribuzione dell'utenza in carico ai quattro Distretti emerge che il 67% dell'utenza è in carico al Distretto di Parma (U.O di Parma e Colorno) mentre nel Distretto Valli Ceno e Taro c'è il minor numero di utenti in carico per problematiche riconducibili all'area "Droghe e/o farmaci" (8%).

TABELLA 64 UTENTI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Distretto socio sanitario	Già conosciuto		Nuovo		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	709	69.0	81	56.3	790	67.4
Fidenza	137	13.3	22	15.3	159	13.6
Valli Taro e Ceno	87	8.5	11	7.6	98	8.3
Sud Est	95	9.2	30	20.8	125	10.7
Totale	1028	100	144	100	1172	100

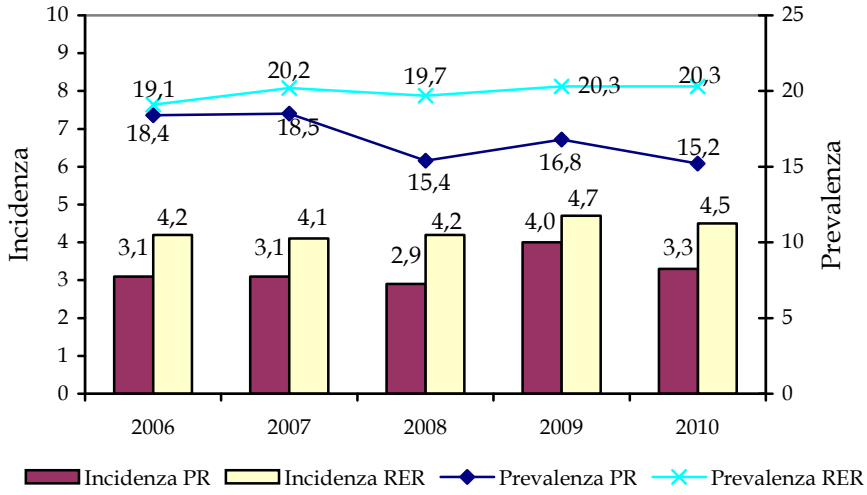
Gli oppiacei rimangono la principale sostanza d'abuso per cui è stato attivato un trattamento sia tra i nuovi utenti che tra quelli già conosciuti. Rispetto agli utenti già in carico tra i nuovi risultano maggiormente diffuse la cocaina e i cannabinoidi.

FIGURA 47 TOSSICODIPENDENTI: SOSTANZA PRIMARIA UTENTI NUOVI E CONOSCIUTI – A. 2010



Dopo anni di progressivo aumento, sia nella provincia di Parma che a livello regionale, la prevalenza degli utenti in carico per problematiche alcolcorrelate si stabilizza a livello regionale e mantiene un livello inferiore negli ultimi tre anni a livello locale, attestandosi a 15,2/10000 nel 2010. L'andamento dei nuovi utenti presi in carico dai Ser.T di Parma segue la crescita regionale nel 2009 per poi scendere nel 2010, sempre in modo proporzionale, a 3,3/10000 (valore regionale: 4,5). Oltre a fattori contestuali è probabile che dopo anni di crescita costante a livello locale e regionale, in parte dovuti all'istituzione di servizi *ad hoc* (Centri alcologici), si sia verificato un fenomeno di assestamento.

FIGURA 48 ALCOLISTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI – 2006–2010



Le differenze distrettuali mostrano un più alto numero di utenti che si rivolgono al Ser.T. capoluogo di provincia (58%), dotato di una equipe dedicata, e una distribuzione pressoché simile negli altri distretti socio sanitari.

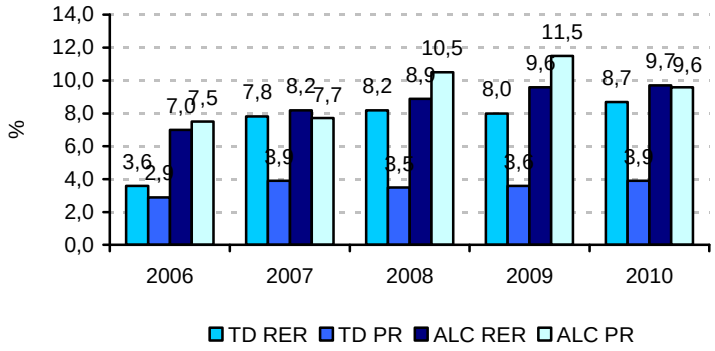
TABELLA 65 UTENTI ALCOLDIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Distretto socio sanitario	Già conosciuto		Nuovo		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Parma	201	60.7	47	50.0	248	58.3
Fidenza	49	14.8	18	19.1	67	15.8
Valli Taro e Ceno	46	13.9	13	13.9	59	13.9
Sud Est	35	10.6	16	17.0	51	12.0
Totale	331	100	94	100	425	100

Stabile nel 2009 l'affluenza di persone straniere presso i Ser.T. per problematiche di tossicodipendenza, mentre si osservava un andamento in crescita e sopra la media regionale per gli utenti in trattamento a Parma per problematiche di abuso o dipendenza da alcol sino al 2009, fenomeno che pare stabilizzarsi nel 2010, pur evidenziando una significativa differenza rispetto alla presa in carico di stranieri con problematiche di tossicodipendenza.

Nel 2010 gli stranieri alcolisti ammontano al 9,6% di tutti gli alcolisti in carico. Un dato che mette in luce l'importanza di quei meccanismi di organizzazione e di strutturazione dei Servizi che facilitano la fruibilità e l'accesso a tutte le fasce di popolazione, tenendo così conto dei cambiamenti sociali-economici-culturali che già da alcuni anni hanno mutato la scena della domanda e della tipologia di consumatori.

FIGURA 49 UTENTI STRANIERI IN CARICO PER AREA PROBLEMATICA (ANNI 2006–2010)



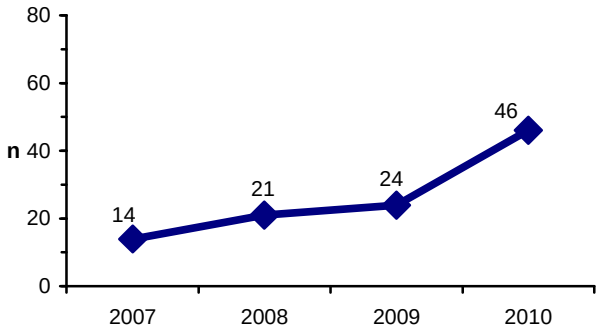
All'interno della Casa Circondariale di Parma, che conta circa 600 detenuti, opera il Nucleo Assistenza e Riabilitazione Tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari (NART). Nell'anno 2010 il NART ha avuto in trattamento 148 persone, di cui 54 nuovi utenti, per problematiche legate all'uso di sostanze e 3 persone, tra cui nessun nuovo utente, per problematiche alcol correlate. L'utenza in carico nel 2010 era prevalentemente di nazionalità italiana (79,5% *vs.* 20,5%).

TABELLA 66 UTENTI NART PER CITTADINANZA E AREA PROBLEMATICA

Cittadinanza	Tipologia utente		Totale	%
	Alcol	Droghe e/o farmaci		
Italiana	3	117	120	79,5
Straniera	0	31	31	20,5
Totale	3	148	151	100

È ormai consolidato il dato che all'interno dei Servizi per le Dipendenze sta emergendo una "nuova" tipologia di utenza che arriva ai Servizi per problematiche legate al gioco d'azzardo (gioco d'azzardo patologico, GAP). Nonostante rispetto alle altre tipologie (alcol e droghe) il numero di utenti in trattamento risulti ancora esiguo (nel 2010 rappresentava 2,8% dell'utenza in carico ai Servizi per le Dipendenze) è indubbio che vi sia un *trend* di crescita: rispetto all'anno precedente nel 2010 il numero di persone in carico è quasi raddoppiato. È ancora difficile, dai dati epidemiologici a livello regionale e nazionale attualmente a disposizione, stimare la vera portata di questo fenomeno e le ripercussioni che potrà avere sui Servizi e sulla società negli anni a venire.

FIGURA 50 UTENTI IN CARICO PER GIOCO D'AZZARDO (ANNI 2007-2010)



La tutela della salute negli Istituti Penitenziari

Con l'entrata in vigore del DPCM 1/4/08 "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'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari è stata trasferita nelle competenze del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel corso dell'anno 2011, in riferimento al 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, si sono consolidate le funzioni trasferite e si è meglio delineata l'architettura organizzativa.

La Regione Emilia Romagna, con delibera 2/2010 "*Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari: prime indicazioni per le Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali*" ha fornito le linee di indirizzo. L'Azienda USL di Parma, con delibera 999 del 29.12.2010, ha adottato il "Programma Aziendale Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari". Tale delibera delinea l'organizzazione della erogazione delle prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta e allo stesso tempo individua le interfacce interne (con i Dipartimenti DAISM/DP e DSP) ed esterne (con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, con gli Istituti Penitenziari ed altri soggetti istituzionali e del terzo settore). In particolare nell'articolazione delle interfacce interne l'unità operativa Equipe Carcere è stata rinominata NART (Nucleo Assistenza Riabilitazione Tossicodipendenti) e collocata all'interno del Programma Dipendenze Patologiche del DAISM/DP.

Il contesto

Gli Istituti Penitenziari di Parma sono caratterizzati da una particolare complessità; sono infatti composti da diverse realtà separate tra loro, non solo per il tipo di regime di sorveglianza applicato alle diverse tipologie di detenuti, ma anche per la distanza tra i diversi caseggiati che ospitano i reclusi. Questo ovviamente comporta la presenza di strutture sanitarie di assistenza di base e specialistica in più punti degli Istituti e di cinque strutture organizzative distinte.

Le strutture presenti sono:

- Casa Circondariale che accoglie detenuti in attesa di giudizio o con pene inferiori ai 5 anni;
- Casa di Reclusione, che accoglie detenuti con pene passate in giudicato. Nella casa di reclusione è presente una sezione definita per "minorati fisici", dove vengono assegnati detenuti con particolari patologie;
- Centro Diagnostico Terapeutico, che costituisce un Ospedale per i detenuti già presenti negli Istituti di Pena di Parma o inviati per cure da altri Istituti di Pena del territorio nazionale. Dopo il periodo di ristrutturazione, si sono aggiunti 12 posti letto dedicati ai soggetti ristretti nel circuito di massima sicurezza.
- Sezione "Paraplegici" con celle grandi, bagni attrezzati in cella, con bagni comuni con possibilità di doccia o bagno assistito, palestra per riabilitazione con macchinari per cure fisiche, accoglie nove detenuti con gravi disabilità, con possibilità di avere in cella un altro detenuto che funga da aiuto per il disabile;
- La sezione definita "41 Bis", dislocata in un caseggiato completamente separato, dove sono presenti detenuti sottoposti a regime speciale. Dal punto di vista sanitario funziona in modo totalmente autonoma;
- La Sezione Semiliberi, che ospita soggetti in progetto riabilitativo all'esterno, che prevede il rientro negli Istituti di Pena in orari differenziati, secondo il progetto.

Le prestazioni sanitarie

L'analisi delle prestazioni erogate a favore della popolazione detenuta confermano un elevato livello di complessità dell'attività sia per quanto riguarda la Medicina Generale sia per quanto riguarda l'assistenza specialistica nonché la diagnostica strumentale, di laboratorio e la riabilitazione.

Per migliorare la qualità delle prestazioni e monitorarne l'efficacia, è in corso di elaborazione un moderno strumento di cartella elettronica che sarà adottata a livello regionale, finalizzato ad un sistema informativo uniforme. Si conferma la necessità di una riorganizzazione complessiva dell'attività di medicina generale, al fine di aumentare l'efficacia degli interventi. Ciò richiede che tale obiettivo sia incluso nella più ampia programmazione aziendale, con l'attribuzione di adeguate risorse.

Per quanto riguarda la medicina specialistica, e in generale gli interventi terapeutici, la riorganizzazione persegue l'obiettivo della appropriatezza degli stessi, attraverso un miglior coordinamento ed integrazione con la medicina di base.

L'integrazione socio sanitaria

A completamento dell'offerta riferita alle competenze del SSN e direttamente integrate con esso, è stato avviato un Progetto denominato "La promozione del benessere psicofisico negli Istituti Penitenziari", finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio.

Tale progetto si articola in diverse azioni che comprendono molteplici attività che concorrono all'obiettivo, rivolgendosi alle diverse componenti della persona: il corpo (attività motorie), la comunicazione con il Servizio Sanitario (gruppi di informazione), la specificità della migrazione (gruppi dedicati), l'essere genitori (gruppi di sostegno alla genitorialità), le capacità espressive (laboratorio di pittura).

Assistenza Odontoiatrica

Il Programma di Assistenza Odontoiatrica di cui alle DGR 2678/2004 e 374/2008, è stato avviato con la finalità di assicurare in modo uniforme ed omogeneo le cure odontoiatriche su tutto il territorio regionale, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 che, tra i Livelli Essenziali di Assistenza, contempla i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

L'introduzione della DGR 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sociale e di vulnerabilità sanitaria, nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino a 22.500 € e, per quanto riguarda le vulnerabilità sanitarie, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie ed è stata ampliata la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche ai disabili (VS12).

E' stato altresì istituito un percorso, ormai consolidato, che consente la certificazione della grave disabilità psico-fisica da parte delle Commissioni Invalidi Distrettuali; semestralmente le commissioni forniscono il dato relativo alle certificazioni rilasciate, complessivamente nei 4 Distretti, nell'anno 2011 sono stati rilasciati 120 certificati.

Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti disabili, è garantita in tutti gli ambulatori della provincia ma, per la presa in carico dei pazienti più complessi, sono stati strutturati punti specifici di riferimento a livello provinciale. Si tratta dell'ambulatorio protetto per pazienti disabili, attivo presso il Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro, che ha consolidato e specializzato l'attività rivolta a pazienti con handicap che necessitano di particolari attenzioni e dell'Unità Operativa di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria che ha negli anni specializzato la sua esperienza nel settore ed è riferimento per un bacino di utenza sovraprovinciale.

Con l'avvio del nuovo Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica (DGR 374/2008), oltre ai parametri che caratterizzavano alcune condizioni di vulnerabilità, sono state anche modificate le regole di inserimento dati nel flusso ASA.

In seguito all'adozione delle condivise "Linee Guida per l'Attività Odontoiatrica", sono state uniformate molte modalità operative tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria in relazione ai vari aspetti del Programma di Assistenza Odontoiatrica.

Con il monitoraggio dei dati di attività rilevabili dal flusso ASA, dal confronto con l'attività dell'anno 2010 si evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dalle due Aziende Sanitarie, n° 30662 nel 2011 mentre nel 2010 erano n°27511.

Si è osservato, in particolare, un incremento di attività relativamente agli assistiti in condizioni di vulnerabilità sociale, n° 6607 nell'anno 2011, n° 5949 nell'anno 2010.

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2011 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

TABELLA 67 VOLUMI DI ATTIVITÀ EROGATA NELL'ANNO 2011 (FONTE BANCA DATI ASA)

Tipologia di Cure	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	4.594	720	209	1421	796	7.740
Ortodonzia	267	145	n.e	25	120	557
Protesica	738	370	87	413	27	1635
Solo visite	6.082	1.386	557	1414	4.215	13.654
TOTALE	**11.681**	**2.621**	**853**	**3.273**	**5.158**	**23.586**
Solo urgenze	1401	124	2	20	2.444	3.991
Altre prestazioni programma	546	373	126	479	1.561	3.085
TOTALE COMPLESSIVO	**13.628**	**3.118**	**981**	**3.772**	**9.163**	**30.662**

Cert. ISEE		Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1	reddito ≤ 8.000	2420	504	101	614	334	3973
ISEE2	> 8.000 e ≤ 12.500	477	159	48	169	87	940
ISEE3	> 12.500 e ≤15.000	164	60	17	70	34	345
ISEE 4	> 15.000 e ≤ 20.000	197	55	19	77	52	400
ISEE 5	> 20.001 e ≤22.500	108	17	4	19	801	949
TOTALE		**3.366**	**795**	**189**	**949**	**1.308**	**6.607**

Condizione di vulnerabilità	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Vulnerabilità Sanitaria	194	66	6	60	545	**871**

Assistenza protesica e integrativa

Attraverso le Aziende USL il Servizio Sanitario Regionale fornisce ausili (ad esempio la carrozzina, il deambulatore, le sponde, il materasso antidecubito, i pannoloni per l'incontinenza) e protesi (ad esempio le protesi acustiche e quelle ortopediche) a chi ne abbia necessità a causa di una menomazione o di una disabilità. Le prestazioni di assistenza protesica sono individuate e definite nelle modalità di erogazione dal Decreto Ministeriale n. 322 del 27 agosto 1999 e sono rappresentate da:

- protesi, cioè apparecchi che sostituiscono parti del corpo mancanti o non funzionanti
- ortesi, cioè le macchine che, applicate al corpo, suppliscono ad una funzione mancante
- ausili tecnici (letti ortopedici, i cuscini e materassi anti-decubito, i bendaggi, come anche i cateteri e le sacche, i pannoloni, le traverse per il letto, ecc.).

Oltre a queste voci principali, che rappresentano l'Assistenza Protesica strettamente intesa, si considera anche l'Assistenza Integrativa, una classe di spese relative al materiale per diabetici (strisce automonitoraggio domiciliare della glicemia e microinfusori programmabili di insulina), ai prodotti dietetici per le persone affette da celiachia, agli ausili per incontinenti e all'ossigenoterapia domiciliare (ossigeno liquido e noleggio di accessori per ventilo terapia).

Spesa aziendale per macrocategorie

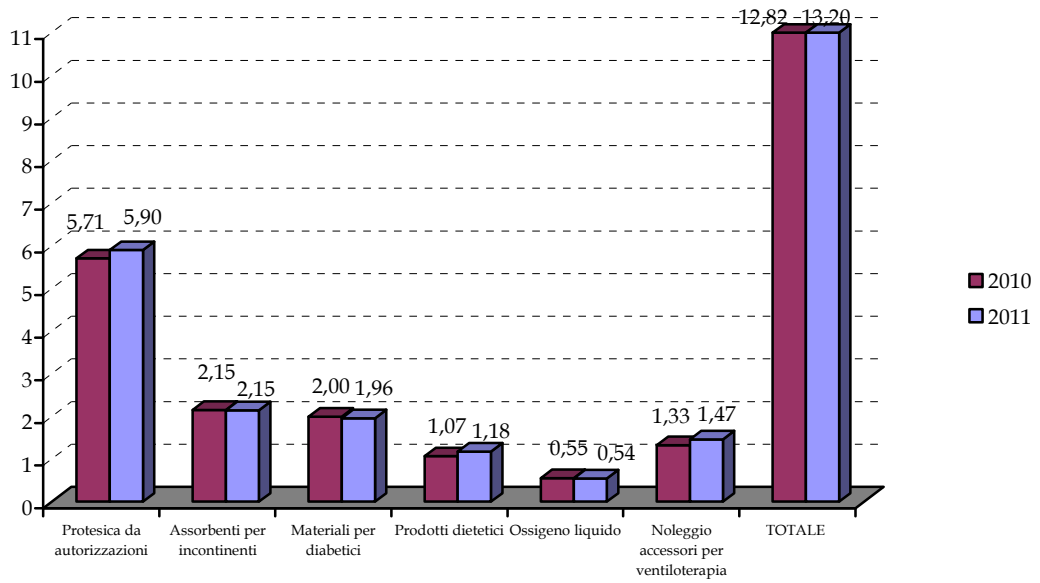
Come si può osservare dalla seguente tabella, tra l'anno 2010 e l'anno 2011 si registra un aumento della spesa complessiva aziendale per assistenza protesica e integrativa pari al 3,02%, passando da 12.816.301 € a 13.202.928 €. La variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso all'interno delle macrovoci di spesa. La voce relativa alla *protesica da autorizzazioni* aumenta del 3,40%, quella dei *prodotti dietetici* del 10,51% quella del *noleggio degli accessori per ventiloterapia* del 10,21. Altre voci di spesa, invece, diminuiscono: quella per i *materiali per diabetici* dell'1,97% e quella dell'*ossigeno liquido* dell'1,38%.

TABELLA 68: SPESA AZIENDALE PER MACRO–CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA – ANNI 2010–2011

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2010 %	Anno 2011 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	5.709.719	5.904.001	44,55	44,72	194.281	3,40
Assorbenti per incontinenti	2.154.590	2.145.675	16,81	16,25	-8.915	-0,41
Materiali per diabetici	1.999.333	1.959.973	15,60	14,84	-39.359	-1,97
Prodotti dietetici	1.070.751	1.183.271	8,35	8,96	112.520	10,51
Ossigeno liquido	552.382	544.745	4,31	4,13	-7.637	-1,38
Noleggio accessori per ventiloterapia	1.329.526	1.465.264	10,37	11,10	135.738	10,21
TOTALE	**12.816.301**	**13.202.928**	**100,00**	**100,00**	**386.627**	**3,02**

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede una concentrazione in tre principali categorie: la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 44,72%, gli *assorbenti per incontinenti* al 16,25%, il *materiale per diabetici* al 14,84%; nei due anni osservati la composizione della spesa nei sottolivelli non cambia in maniera significativa.

FIGURA 51 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2010-2011



Suddividendo la spesa protesica e integrativa per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2010 e 2011 in una dimensione amministrativa/geografica.

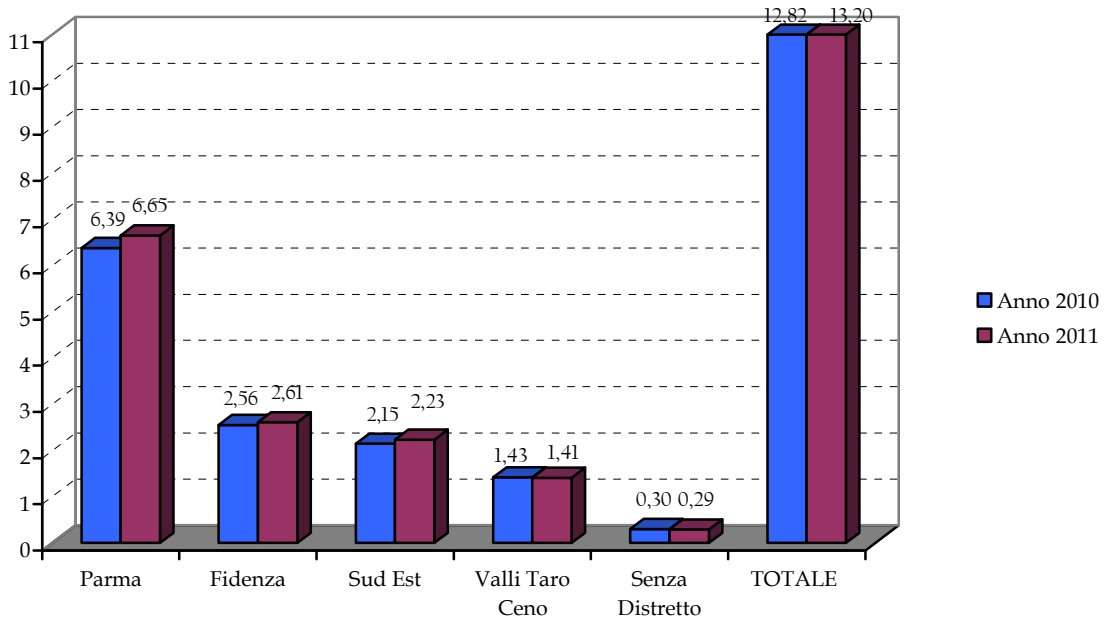
TABELLA 69 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2010 E 2011 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2010 %	Anno 2011 %	Δ A	Δ %
Parma	6.385.443	6.652.412	49,82	50,39	266.969	4,18
Fidenza	2.555.307	2.613.061	19,94	19,79	57.755	2,26
Valli Taro Ceno	2.150.466	2.234.815	16,78	16,93	84.348	3,92
Sud Est	1.425.626	1.411.710	11,12	10,69	-13.917	-0,98
Senza assegnazione distrettuale[1]	299.458	290.931	2,34	2,20	-8.528	-2,85
Totale	**12.816.301**	**13.202.928**	**100,00**	**100,00**	**386.627**	**3,02**

La crescita Aziendale della spesa protesica e integrativa nel periodo qui considerato, è in buona misura determinata dagli aumenti nelle voci di spesa nel Distretto di Parma, ma sono tutti i Distretti, ad eccezione di quello di Valli Taro e Ceno, a mostrare valori in crescita. Le composizioni percentuali di spesa per Distretto non variano significativamente tra i due anni presi in considerazione, con il Distretto di Parma, che tende ad accrescere il suo peso andando a superare il 50% della spesa complessiva dell'anno 2011, seguito da quello di Fidenza, 19,79%, da quello di Sud Est, 16,93%, ed infine dal Distretto Valli Taro Ceno, 10,69%.

[1] Si noti come vi siano alcuni importi di spesa non immediatamente riconducibili ad uno specifico distretto; si tratta nella quasi interezza di *materiale per diabetici* erogati presso l'Azienda Ospedaliera di Parma.

FIGURA 52 SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2010–2011, MILIONI DI EURO



Assistenza farmaceutica

Nel 2011 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2010 raggiungendo la cifra di 62.885973,82 € al netto della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, del ticket introdotto dalla DGR 1190 del 2011 e degli sconti. Il risparmio rispetto all'anno precedente è stato pertanto di 7.007.812,57 €, pari al 10,03%, mentre la Regione ha registrato un calo dell' 8,69%. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD. Mentre il numero di ricette ha registrato un lieve aumento pari allo 0,52% rispetto al 2011. E' ipotizzabile che la riduzione del costo medio delle DDD sia dovuto a:

- Un incremento del consumo di farmaci a brevetto scaduto
- Maggior attenzione al rapporto costo/efficacia della terapia da parte dei medici in fase di scelta del farmaco.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta di farmaci, sia direttamente da parte dell'Azienda che attraverso la distribuzione per conto, la spesa è cresciuta ulteriormente di circa 1.759.173 €; questo anche grazie al potenziamento del programma aziendale ed alla campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori. Questo incremento non è stato superiore rispetto alla riduzione osservata per la spesa convenzionata determinando così una riduzione complessiva della spesa farmaceutica territoriale rispetto al 2010 (la spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A) del 4,03%, mentre la regionale ha registrato un calo del 2,99%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2011 una riduzione del 4,35% rispetto al 2010, mentre quella regionale si è ridotta del 3,63%.

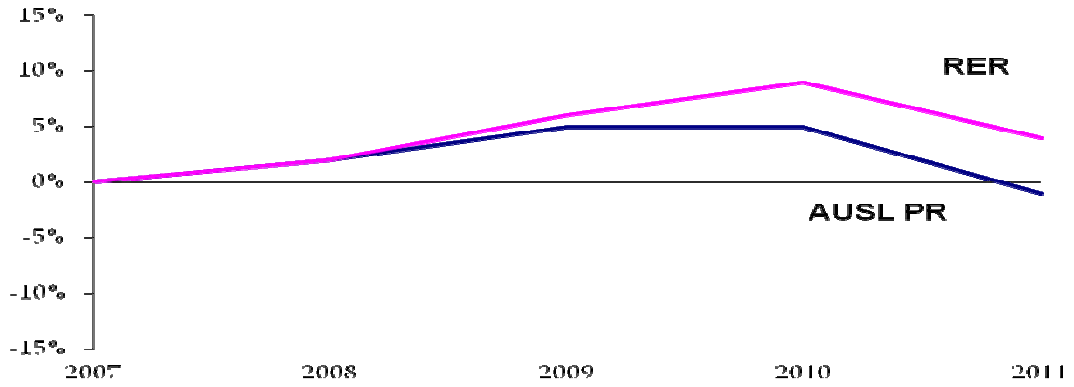
TABELLA 70 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa farmaceutica totale SSN
2008				
Parma	73.954.265	31.131.666	24.171.703	105.085.931
Regione	745.168.293	311.311.524	233.405.986	1.056.479.817
2009				
Parma	73.605.808	35.024.180	26.155.101	108.629.988
Regione	749.579.355	348.042.179	244.965.231	1.097.621.534
2010				
Parma	69.893.786	37.580.048	26.606.042	107.473.834
Regione	742.696.167	378.718.131	253.468.458	1.121.414.298
2011				
Parma	62.8.856.974	39.339.221	26.017.201	128.242.396
Regione	678.219.850	400.682.076	246.042.109	1.324.944.035

Nota: * I farmaci distribuiti attraverso le Aziende Ospedaliere sono imputati all'Azienda USL di riferimento

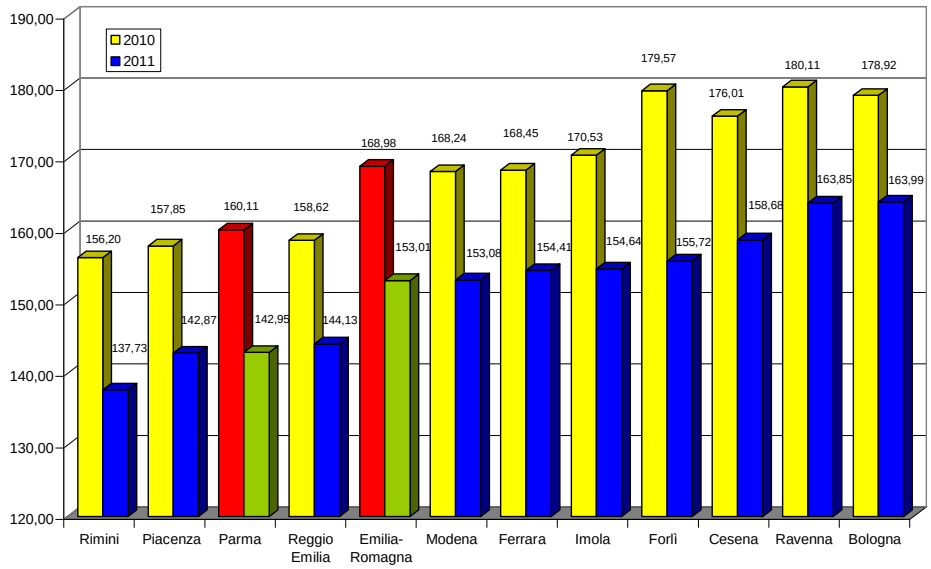
La Figura successiva riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2007 ed evidenzia come fino al 2010 a fronte di una riduzione della spesa convenzionata si sia verificato un aumento più che proporzionale della spesa per erogazione diretta che ha comportato un incremento della spesa territoriale pari a circa il 5%. Dal 2010 si assiste invece ad una inversione di tendenza dovuta ad una sostanziale riduzione delle spesa netta convenzionata: per il 2011 l'Azienda USL di Parma, diversamente rispetto alla regione, è riuscita inoltre a ridurre la propria spesa rispetto al dato 2007.

FIGURA 53 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2007–2011



La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 142,95 €, una riduzione di 17,16 € rispetto allo scorso anno. L'Azienda USL di Parma, rimane tra le Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, anche se nel 2011 i migliori risultati sono stati ottenuti dall'Azienda USL di Rimini (137,73 €) e Piacenza (142,87 €).

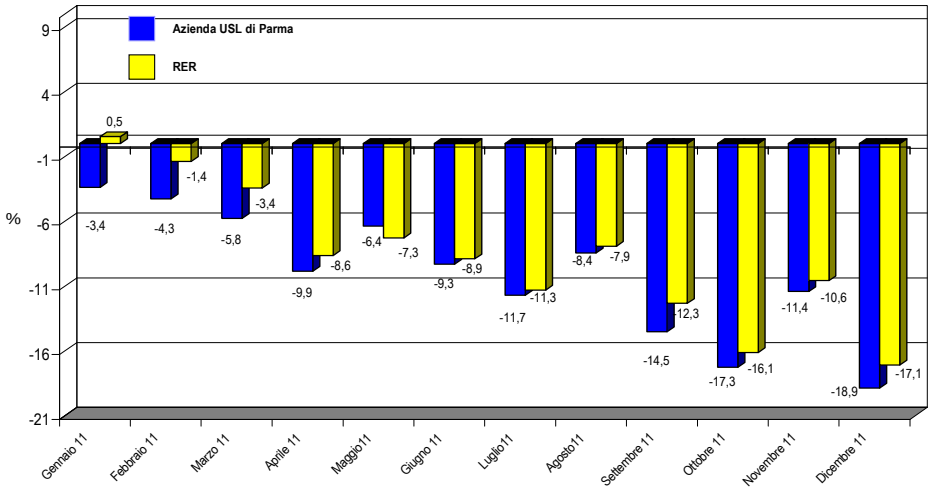
FIGURA 54 SPESA FARMACEUTICA PER ASSISTITO PESATO –2010–2011



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come nel corso del 2011 nell'Azienda USL di Parma si sia registrato un calo, ad eccezione del mese di maggio superiore rispetto a quello della regione.

FIGURA 55 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE – ANNO 2011

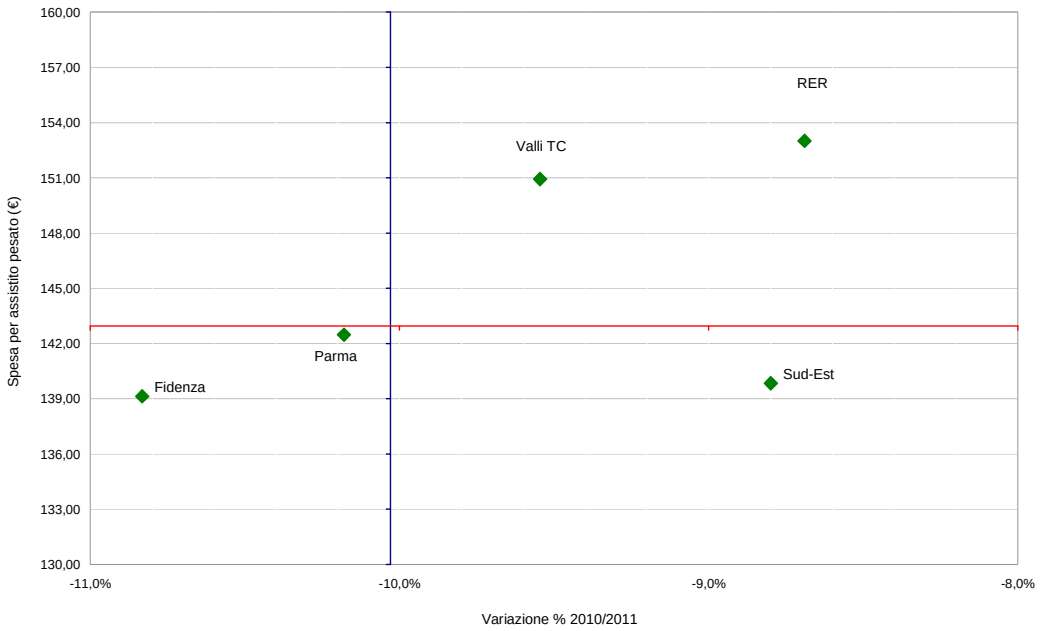


Fonte: Servizio Politica del farmaco e medicina generale – Regione Emilia-Romagna

Per quanto riguarda, infine, la spesa a livello dei distretti che compongono l'Azienda, il diagramma di dispersione che segue (figura 74) confronta, per ogni Distretto e per la Regione, (i) variazione percentuale della spesa del 2011 rispetto al 2010 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corri-

spondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -10,03% e ad una spesa per assistito di 142,95 €.

FIGURA 56 ASSISTENZA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2010 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2011, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche: in particolare i dati evidenziano come sia ancora necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti maggiormente critici quali i farmaci per disturbi correlati all' apparato gastro-intestinale (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli del sistema nervoso centrale.

TABELLA 71 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – SPESA PER RESIDENTE (€) PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE – ANNO 2011

Farmaci per il trattamento di patologie	Pro capite distretto Parma	Pro capite distretto Fidenza	Pro capite Distretto Sud est	Pro capite distretto Valli Taro e Ceno	Pro capite AUSL	Pro capite in ambito regionale (RER)
Gastro-intestinali	27,79	27,32	27,17	29,85	27,79	25,88
Cardiovascolari	61,51	65,13	63,77	81,04	64,81	70,23
Muscoscheletriche	5,56	4,85	4,89	6,01	5,33	7,33
Nervose	23,26	22,39	22,5	26,66	23,29	21,56
Respiratorie	12,78	12,61	13,08	13,92	12,91	16,00
TOTALE	130,9	132,29	131,41	157,49	134,12	141,0

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale rappresenta, a livello aziendale, il sistema di cure principale per numero e tipologia di prestazioni: ogni anno, attraverso l'erogazione diretta, l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera, i contratti con il Privato Accreditato e la mobilità passiva (infra ed extraregionale) vengono assicurate ai cittadini della provincia di Parma volumi superiori a 6.400.000 prestazioni.

Per consentirne una valutazione appropriata, l'analisi di questo settore è stata sviluppata mettendo in relazione il sistema di offerta, i consumi ed i tempi di attesa.

Per quanto riguarda l'offerta di prestazioni, nella provincia coesistono situazioni diverse tra i Distretti.

- I Distretti Valli Taro e Ceno e Fidenza, all'interno dei quali sono presenti sia strutture specialistiche territoriali che Presidi Ospedalieri, sono in grado di garantire ai propri residenti un'offerta di prestazioni complessivamente sufficiente rispetto al fabbisogno.
- Il Distretto di Parma, all'interno del quale si trovano sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che numerose strutture pubbliche e private accreditate, costituisce il bacino gravitazionale di maggior offerta e produzione provinciale, soprattutto per le prestazioni di secondo livello.
- Il Distretto Sud-Est, con una distribuzione geografica che si estende dalla zona sud di Parma all'alta montagna est, risulta condizionato dalla viabilità e da un sistema di trasporti che vede come punto di riferimento il capoluogo provinciale. Inoltre, l'assenza di una struttura ospedaliera pubblica nel Distretto, fa convergere l'utenza per una serie di prestazioni sulle strutture di Parma.

Prestazioni erogate

Il sistema di erogazione fa riferimento alla banca dati regionale ASA che contiene tutta l'offerta pubblica e gran parte dell'offerta delle strutture private accreditate. Di seguito sono indicate le prestazioni fornite in ambito provinciale nel periodo 2009-2011: si evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

TABELLA 72 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2009–2011

		2009	2010	2011
Distretto di erogazione	**Tipologia**	**N**	**N**	**N**
PARMA	Diagnostica	161.536	167.955	174.102
	Laboratorio	1.143.637	1.179.033	1.116.290
	Riabilitazione	77.997	82.033	104.525
	Terapeutiche	43.289	41.992	51.366
	Visite	155.311	154.057	178.671
	Totale	1.581.770	1.625.070	1.624.954
FIDENZA	Diagnostica	118.966	121.031	117.735
	Laboratorio	868.447	872.943	840.061
	Riabilitazione	41.474	43.999	38.240
	Terapeutiche	37.424	38.029	37.505
	Visite	133.923	120.873	126.745
	Totale	1.200.234	1.196.875	1.160.286
VALTARO VALCENO	Diagnostica	38.618	37.961	38.828
	Laboratorio	433.401	414.938	421.576
	Riabilitazione	15.250	17.401	22.198
	Terapeutiche	25.169	24.487	24.697
	Visite	65.362	59.937	61.164
	Totale	577.800	554.724	568.463
SUD EST	Diagnostica	43.188	54.006	56.723
	Laboratorio	412.002	425.596	416.790
	Riabilitazione	11.255	13.047	14.105
	Terapeutiche	14.338	15.918	17.977
	Visite	34.825	40.432	43.113
	Totale	515.608	548.999	548.708
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	314.218	307.927	316.955
	Laboratorio	1.822.456	1.762.226	1.671.047
	Riabilitazione	18.452	16.903	17.524
	Terapeutiche	99.178	100.411	107.128
	Visite	445.468	440.552	413.882
	Totale	2.699.772	2.628.019	2.526.536
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	676.526	688.880	704.343
	Laboratorio	4.679.943	4.654.736	4.465.764
	Riabilitazione	164.428	173.383	196.592
	Terapeutiche	219.398	220.837	238.673
	Visite	834.889	815.851	823.575
	Totale	6.575.184	6.553.687	6.428.947

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accreditato, presenti nel flusso ASA regionale, mettono in luce volumi superiori a 6.400.000 prestazioni.

Dal 2006, in linea con la programmazione svolta, si sono registrati sensibili incrementi di attività nell'area della diagnostica e in quella delle visite: nel 2011 l'attività relativa alla diagnostica cresce ulteriormente (+2,2%) come quella relativa alle visite (+ 1,0%); altri incrementi si osservano nelle prestazioni terapeutiche (+ 8,1%) e nella riabilitazione (+ 13,4%). Alcuni cali si ravvisano nell'area del Laboratorio (-4,1%).

FIGURA 57 DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER MACROLIVELLI DI PRESTAZIONI EROGATE – ANNO 2010

Fig. 101 Distribuzione della spesa per macrolivelli di prestazioni erogate

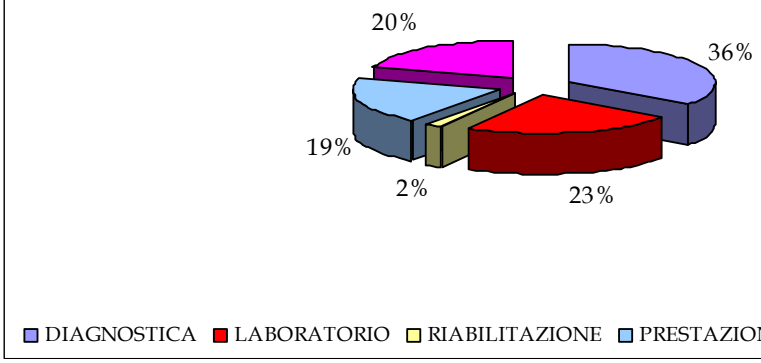


TABELLA 73 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – IMPORTO TARIFFARIO PRESTAZIONI EROGATE 2009–2011

		2009	2010	2011
Distretto di erogazione	**Tipologia**	**€**	**€**	**€**
PARMA	Diagnostica	5.415.527	5.792.288	6.067.809
	Laboratorio	4.312.611	4.319.225	4.100.696
	Riabilitazione	621.868	651.247	1.098.609
	Terapeutiche	4.215.362	4.362.292	4.758.598
	Visite	3.402.977	3.337.753	3.878.684
	Totale	17.968.345	18.462.805	19.904.396
FIDENZA	Diagnostica	4.446.109	4.363.194	4.413.066
	Laboratorio	3.138.161	3.118.142	2.981.645
	Riabilitazione	353.834	376.104	322.380
	Terapeutiche	2.473.055	2.509.230	2.551.039
	Visite	3.033.576	2.772.691	2.894.676
	Totale	13.444.735	13.139.361	13.162.806
VALTARO VALCENO	Diagnostica	1.323.544	1.435.236	1.450.958
	Laboratorio	1.498.001	131.768	1.470.973
	Riabilitazione	124.479	1.671.130	155.767
	Terapeutiche	1.681.794	1.277.312	1.736.319
	Visite	1.404.674	1.304.345	1.296.681
	Totale	6.032.492	5.819.791	6.110.698
SUD EST	Diagnostica	1.674.092	2.253.373	2.419.933
	Laboratorio	1.475.819	1.502.194	1.473.087
	Riabilitazione	94.377	114.460	124.603
	Terapeutiche	1.378.876	1.775.055	1.853.126
	Visite	767.459	884.166	939.634
	Totale	5.390.623	6.529.248	6.810.383
Azienda Usl (totale)	Diagnostica	12.859.272	13.713.199	14.351.766
	Laboratorio	10.424.592	10.374.796	10.026.401
	Riabilitazione	1.194.558	1.273.580	1.701.359
	Terapeutiche	9.749.087	10.317.706	10.899.082
	Visite	8.608.686	8.271.922	9.009.675
	Totale	42.836.195	43.951.203	45.988.283
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	15.998.264	16.391.165	17.681.233
	Laboratorio	12.830.708	11.994.036	11.150.449
	Riabilitazione	158.075	144.391	157.535
	Terapeutiche	6.517.232	6.696.272	6.890.463
	Visite	9.722.827	9.857.934	9.408.258
	Totale	45.227.106	45.083.798	45.287.938
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	28.857.536	30.104.364	32.032.999
	Laboratorio	23.255.300	22.368.833	21.176.849
	Riabilitazione	1.352.633	1.417.971	1.858.894
	Terapeutiche	16.266.319	17.013.979	17.789.546
	Visite	18.331.513	18.129.856	18.417.933
	Totale	88.063.300	89.035.002	91.276.221

Consumi

Sono stati analizzati gli indici di consumo (prestazioni per 1.000 abitanti) relativi alla Diagnostica, alle Visite, all'attività di Laboratorio. In tabella sono rappresentati i dati triennali relativi all'indice di consumo standardizzato per età, all'indice di fuga fuori distretto (relativo alla % di utenti che si spostano in altri Distretti aziendali) e all'indice di fuga fuori azienda (relativo alla % di utenti che si spostano in altre aziende).

Nella rappresentazione grafica (diagramma di dispersione) sono raffrontati l'indice di consumo con l'indice di fuga, utilizzando i dati distrettuali, aziendali e regionali con la finalità di valutare la collocazione dei distretti e dell'azienda rispetto alla media regionale.

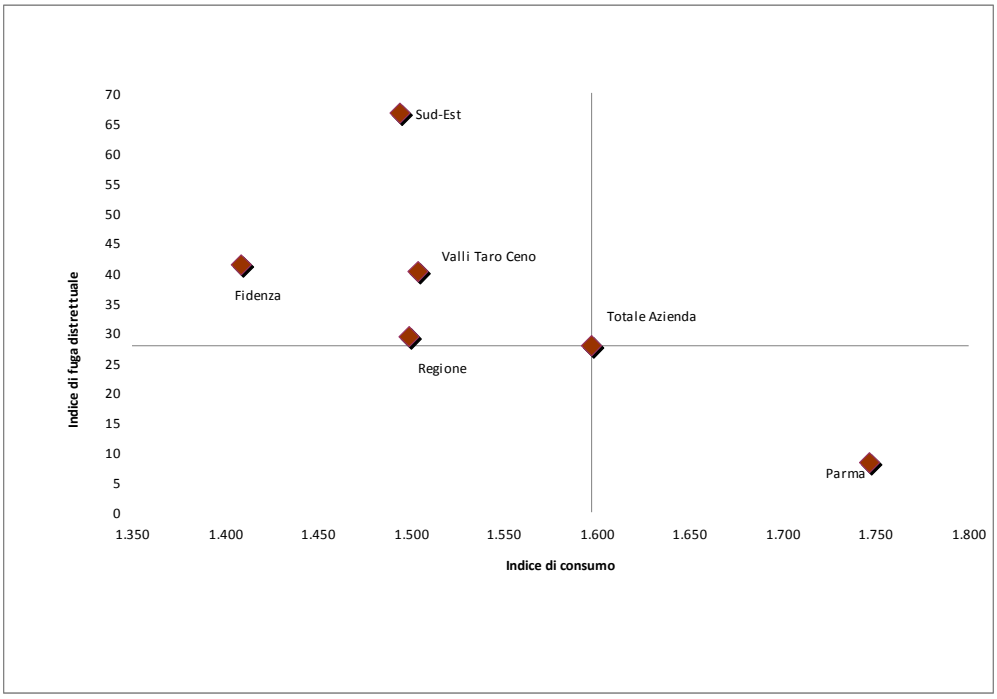
In generale, rispetto ai consumi, i dati mettono in luce una situazione abbastanza positiva: per quasi tutte le prestazioni i consumi dei cittadini dell'Azienda Usl di Parma si collocano in linea con i consumi medi regionali o addirittura al di sotto.

Visite

TABELLA 74– INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2009			2010			2011		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori a-ziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.735	5,37	8,11	1.713	5,63	8,45	1.747	5,14	8,31
Fidenza	1.408	6,78	37,67	1.335	6,91	40,78	1.409	6,27	41,28
Valli Taro Ceno	1.529	3,32	37,46	1.496	3,6	38,75	1.504	3,72	40,19
Sud-Est	1.488	8,62	73,34	1.523	8,15	69,79	1.494	8,09	66,61
Totale Azienda	1.592	5,95	27,72	1.565	6,08	28,24	1.597	5,69	27,72
Regione	1.479	7,97	28,47	1.497	8,00	28,64	1.499	8,33	29,32

FIGURA 58 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – VISITE



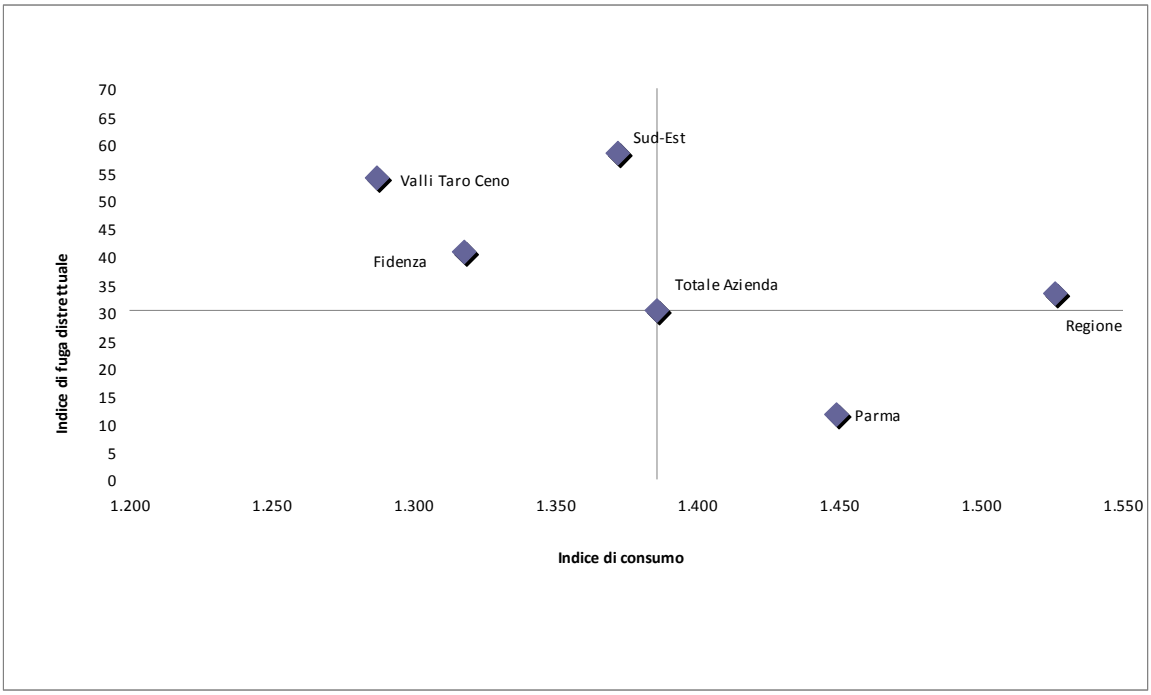
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma.

Diagnostica

TABELLA 75 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2009			2010			2011		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.442	7,54	12,76	1.438	6,69	12,26	1.449	6,03	11,54
Fidenza	1.300	9,26	40,11	1.325	7,93	38,36	1.318	7,57	40,64
Valli Taro Ceno	1.276	4,49	55,05	1.317	4,42	53,42	1.287	4,18	53,92
Sud-Est	1.240	8,11	65,69	1.326	6,85	59,73	1.372	6,25	58,32
Totale Azienda	1.354	7,7	31,5	1.377	6,75	30,21	1.386	6,22	30,19
Regione	1.500	9,64	32,74	1.532	9,43	32,82	1.526	9,53	33,37

FIGURA 59 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – DIAGNOSTICA



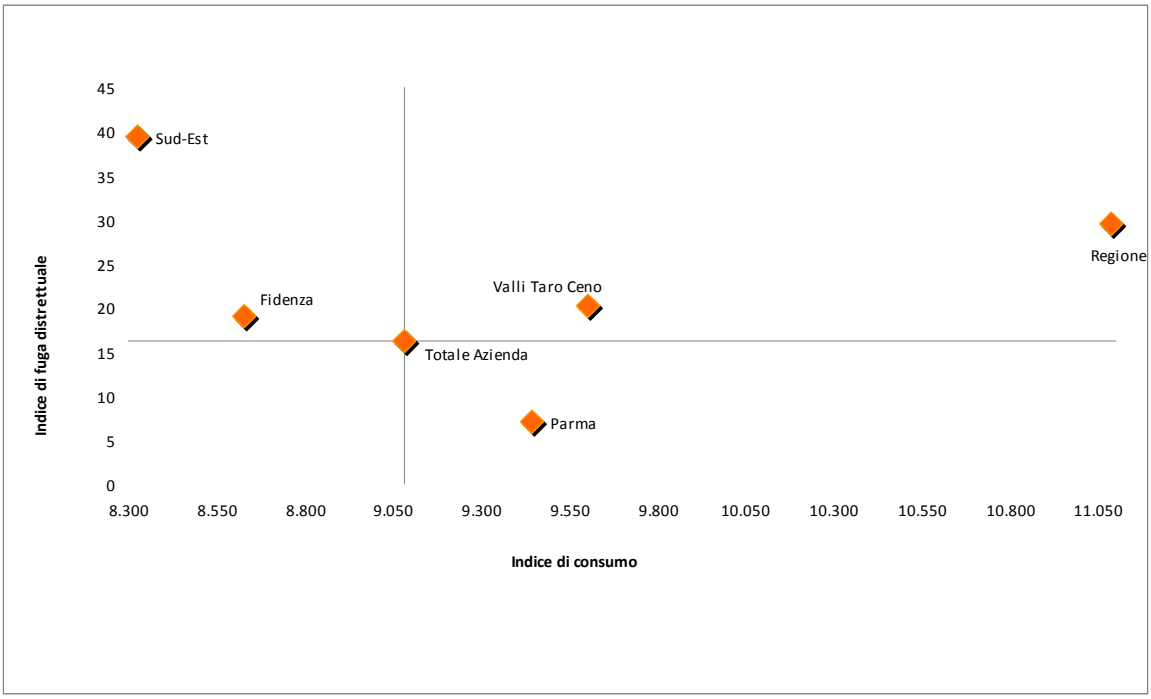
Negli indici di consumo relativi alla diagnostica si osservano valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità nel Distretto Sud-Est (58,32%), prevalentemente verso il Distretto di Parma, e nel Distretto Valli Taro e Ceno (53,92%).

Laboratorio

TABELLA 76 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2009			2010			2011		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	10.121	3,48	6,4	10.111	3,61	6,72	9.445	4,22	7,02
Fidenza	8.885	3,4	18,45	8.798	3,61	18,35	8.630	4,38	19
Valli Taro Ceno	9.856	2,58	21,51	9.591	2,63	21,21	9.602	3,06	20,19
Sud-Est	8.866	6,48	42,43	8.824	6,78	41,12	8.325	8,02	39,43
Totale Azienda	9.586	3,82	16,35	9.522	3,99	16,23	9.081	4,7	16,25
Regione	11.249	4,38	27,62	11.280	4,4	28,43	11.087	4,59	29,46

FIGURA 60 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – LABORATORIO

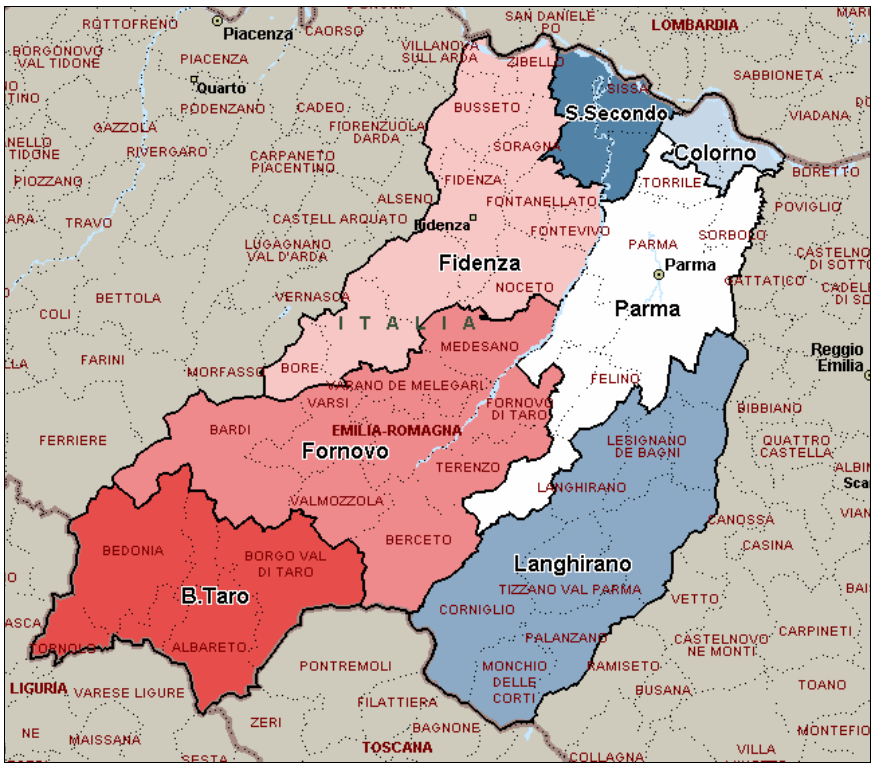


Gli indici di consumo relativi al Laboratorio evidenziano valori al di sotto della media regionale in tutti i Distretti.

Sintesi sui consumi

In sintesi si può osservare una situazione abbastanza compensata relativamente ai livelli di consumo. Una quota di prestazioni vengono consumate al di fuori del distretto di residenza: questo fattore dipende sia da scelte dei cittadini (con convergenza prevalente verso le strutture ospedaliere) che da un sistema di viabilità che favorisce l'afferenza a strutture di erogazione al di fuori dell'area di residenza. In tal senso i confini amministrativi dei Distretti vengono ridisegnati in bacini di gravitazione funzionali a questi fattori.

FIGURA 61 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI BACINI DI GRAVITAZIONE DEGLI UTENTI

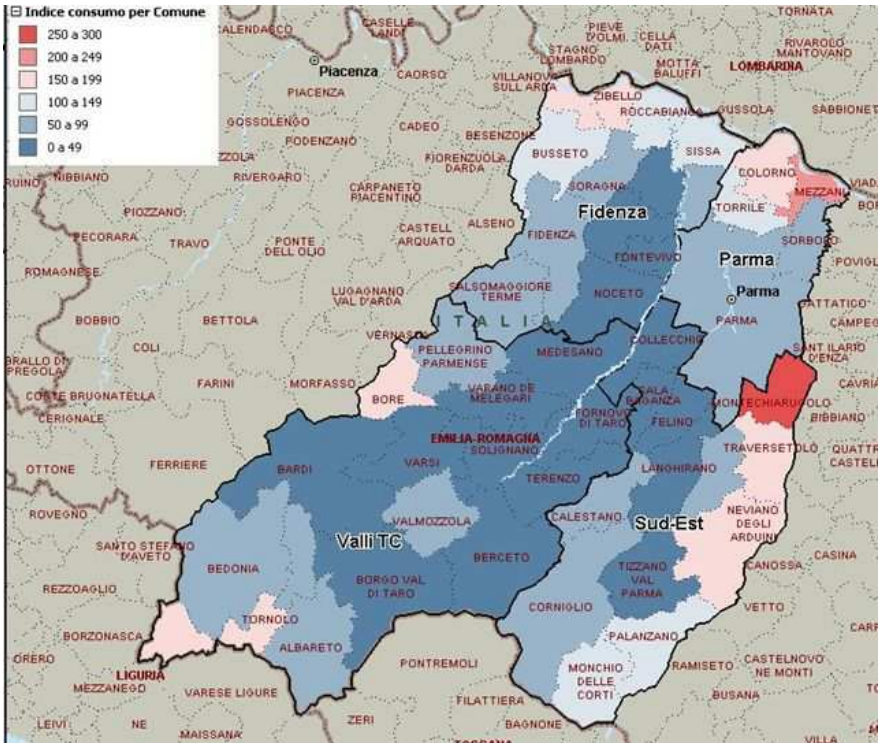


La rappresentazione grafica mette in luce come il Distretto di Parma, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera, abbia un bacino di afferenza più ampio dei confini amministrativi, mentre in altri casi si identificano sub-aree di afferenza nei vari Distretti in relazione alla polarizzazione delle strutture.

Indici di consumo in mobilità passiva

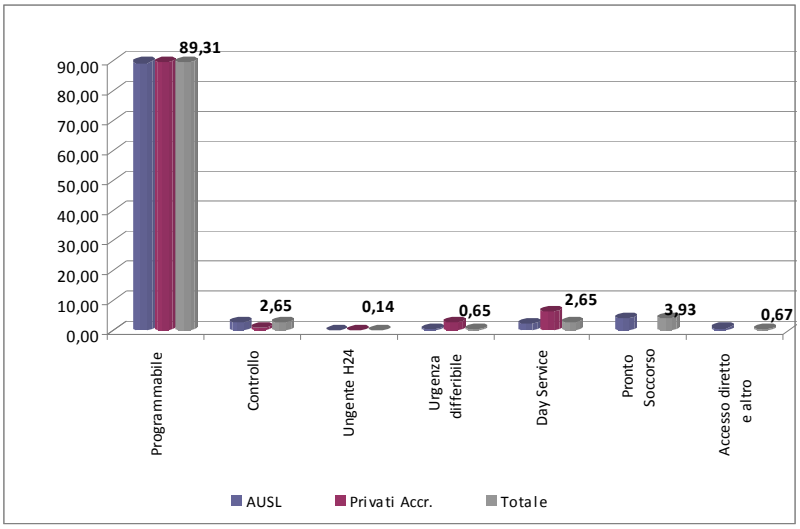
I dati di mobilità passiva (peraltro non rilevanti) evidenziano specifiche criticità relative alle aree di confine con particolare riferimento ai comuni del Distretto Sud-Est (privo di strutture ospedaliere pubbliche) che gravitano su Montecchio Emilia e per l'area rivierasca del Po che si trova vicina alle strutture lombarde.

FIGURA 62 INDICE DI CONSUMO GREZZO DI PRESTAZIONI IN MOBILITÀ PASSIVA – 2011 (2010 PER LA MOBILITÀ INTERREGIONALE)



Modalità di accesso

FIGURA 63 PRESTAZIONI EROGATE NEL 2011 PER MODALITÀ DI ACCESSO



Analizzando i dati di attività per modalità di accesso, relativamente all'ambito dell'Azienda Usl (comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate) si evidenzia la prevalenza delle prestazioni programmabili rispetto ai controlli. Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero sono il 3,93%.

Tempi di attesa

La valutazione del tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta per il cittadino un elemento fondamentale: tuttavia, ai fini di una valutazione multifattoriale, ad essa vanno affiancati i livelli di consumo per le prestazioni, il sistema di offerta ed accessibilità, l'appropriatezza e il governo della domanda.

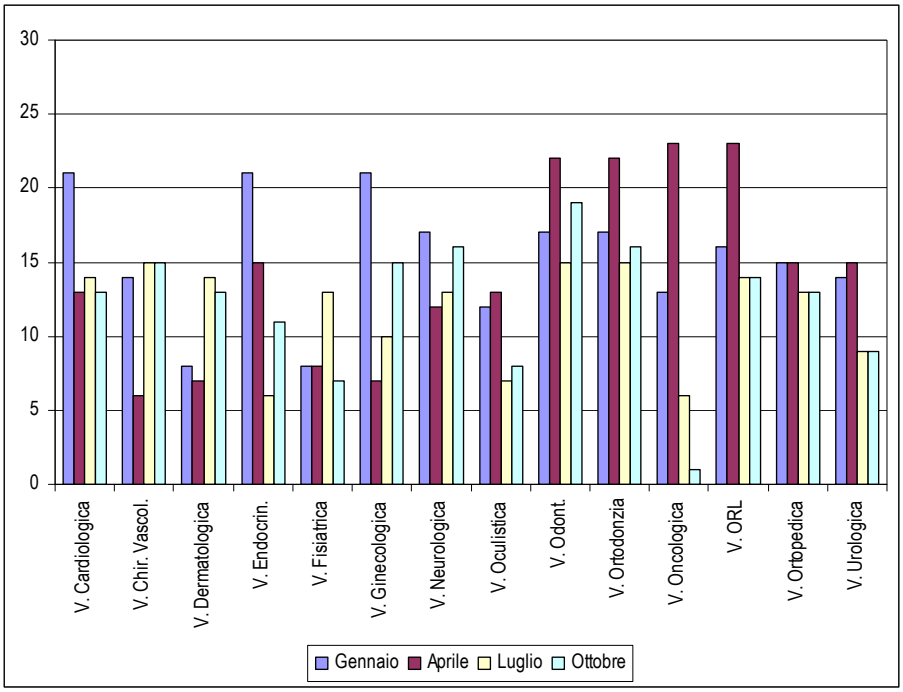
In ambito aziendale il tema del monitoraggio dei tempi di attesa ha trovato puntuale applicazione attraverso le rilevazioni nazionali e regionali. Inoltre, mensilmente, viene elaborata una locandina relativa ai tempi di attesa che considera la prima disponibilità in una sequenza di più giorni.

Dal 2006 i tempi di attesa prospettici vengono rilevati tutti i giorni e storicizzati in un archivio informatico al fine di consentire una valutazione complessiva dell'andamento. Nel 2007 l'Azienda ha predisposto un piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa arrivando a definire i livelli di garanzia di erogazione delle prestazioni nei vari ambiti, con suddivisione fra le prestazioni da erogare e garantire a livello di distretto-bacino e quelle relative al livello provinciale (soprattutto diagnostica pesante).

Inoltre, nel corso del 2010, è stato consolidato il sistema di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1035/2009) nel caso in cui non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per le visite (30 giorni) e gli esami di diagnostica (60 giorni) attraverso un'offerta aggiuntiva governata direttamente dai distretti committenti.

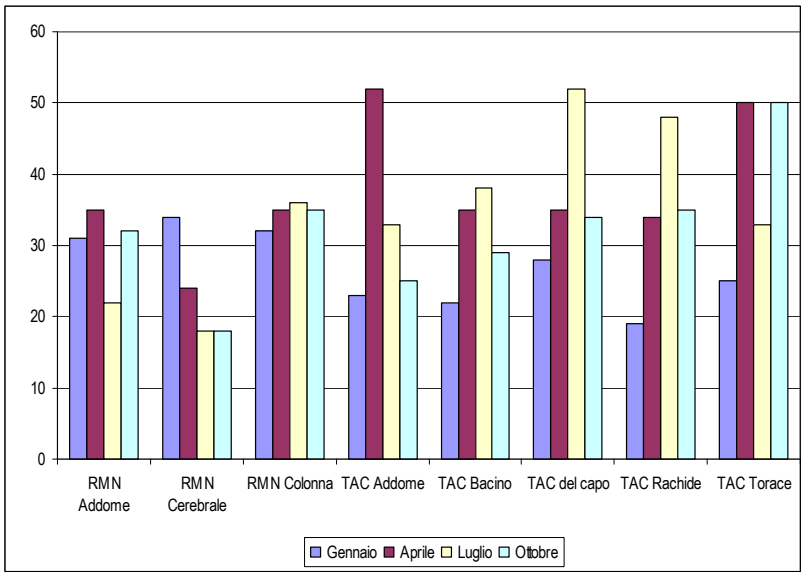
Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2011: i grafici sottostanti si riferiscono al valore mediano dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri; riferendosi ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice i dati possono risentire dei fattori di scelta dell'utenza.

FIGURA 64 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – VISITE – ANNO 2011



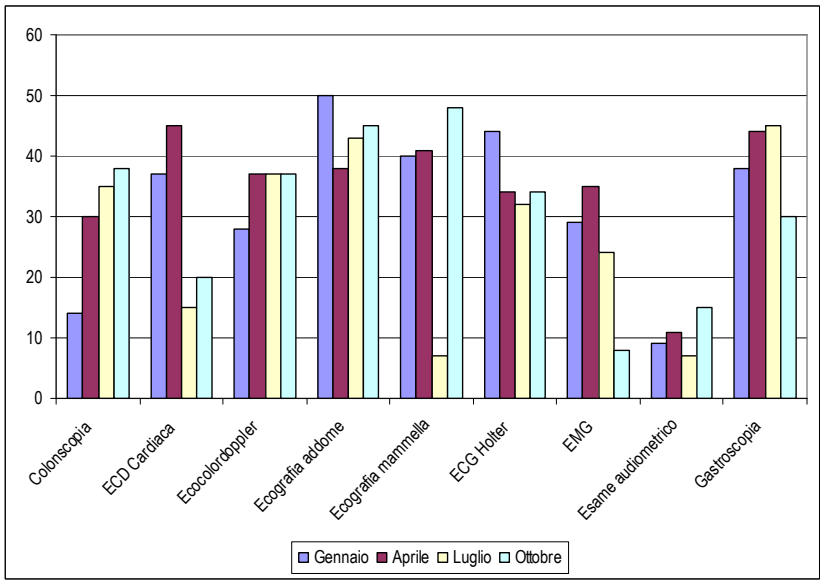
L'andamento dei tempi di attesa per le visite mostra una situazione compensata nel corso di tutto l'anno.

FIGURA 65 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – ANNO 2011



L'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica–alte tecnologie evidenzia una situazione equilibrata sia per quel che riguarda le TAC che per le RMN. Le tempistiche entro lo standard si sono consolidate a seguito di azioni di potenziamento strutturale dell'offerta.

FIGURA 66 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA – ANNO 2011



L'andamento dei tempi di attesa per le altre prestazioni di diagnostica strumentale evidenzia una situazione positiva.

Dalle osservazioni effettuate emerge che le prestazioni si collocano all'interno dello standard di attesa dei 60 giorni.

In sintesi si può confermare che le azioni sviluppate, in relazione all'appropriatezza ed alla rimodulazione dell'offerta, nel corso degli ultimi anni hanno consentito di far rientrare negli standard prestazioni che erano stabilmente critiche. In particolare si segnalano i tempi di attesa relativi alle TAC, all'altra diagnostica strumentale ossea e a gran parte delle visite.

Nel 2011 si osserva il consolidamento delle performance volte al potenziamento dell'offerta.

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili

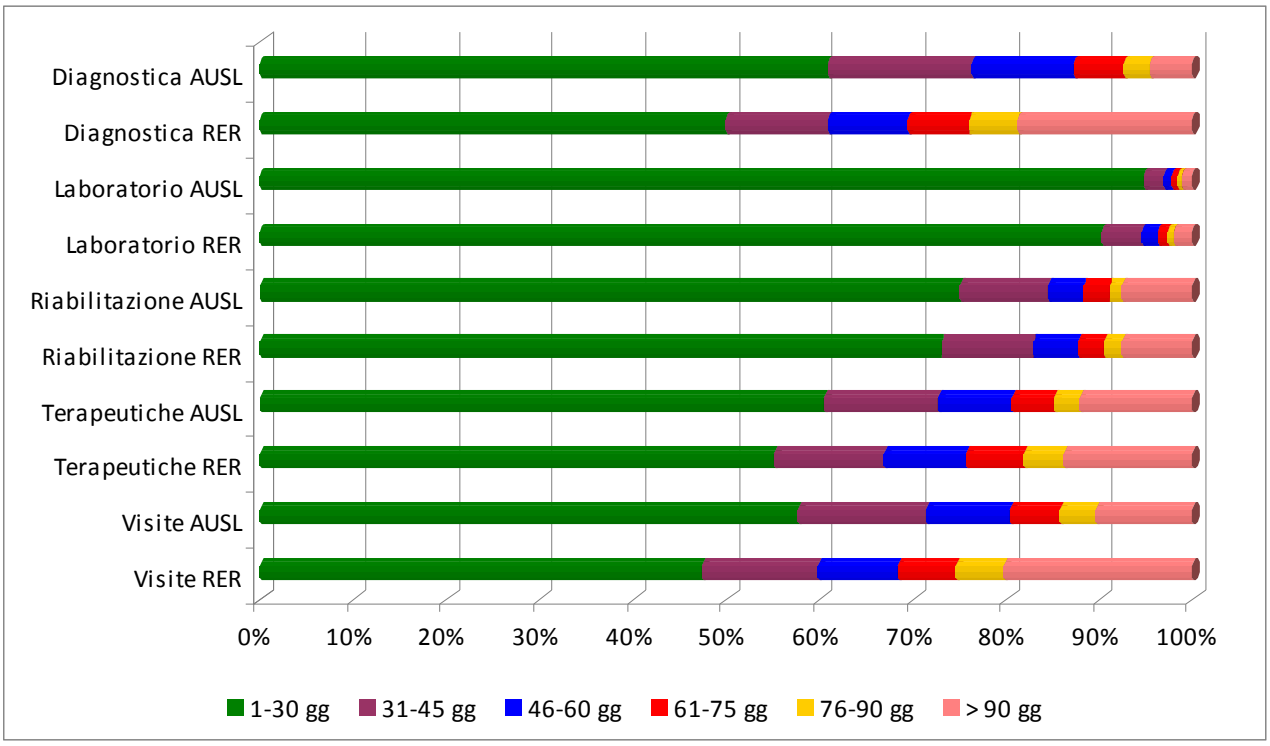
Durante il 2011 le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN sono state erogate entro tempi di attesa generalmente in linea con l'andamento complessivo regionale.

In particolare, l'attività di Diagnostica si esegue entro 60 giorni nell'87,37% dei casi (69,44% il valore Regionale) confermando un trend in miglioramento per ciò che concerne le prestazioni garantite entro lo standard.

Le visite (programmabili, programmate e differibili) presentano valori simili a quelli regionali: sono erogate entro 30 giorni nel 57,72% dei casi rispetto al 47,50% del totale Regionale; tuttavia si sottolinea che si tratta di un dato non esaustivo rispetto a tutto il sistema che comprende vari livelli di priorità e quindi non rappresenta un dato di performance specifico.

Il confronto relativo alle visite, che fa riferimento alla compresenza delle prime visite, dei controlli e delle differibili, mette in luce un allineamento con gli indici regionali e quindi una risposta conforme.

FIGURA 67 TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI



Assistenza Ospedaliera

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2011, di complessivi 2.318 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate; l'82,2% dei posti è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 52,5% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 29,6%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.

Dei 2.318 posti complessivamente disponibili il 76,5% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,9% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 11,6% viene utilizzato per lungo-degenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 48,3% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi) e quindi tendono ad erogare un numero inferiore di ricoveri con durata di degenza più lunga.

FIGURA 68 LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

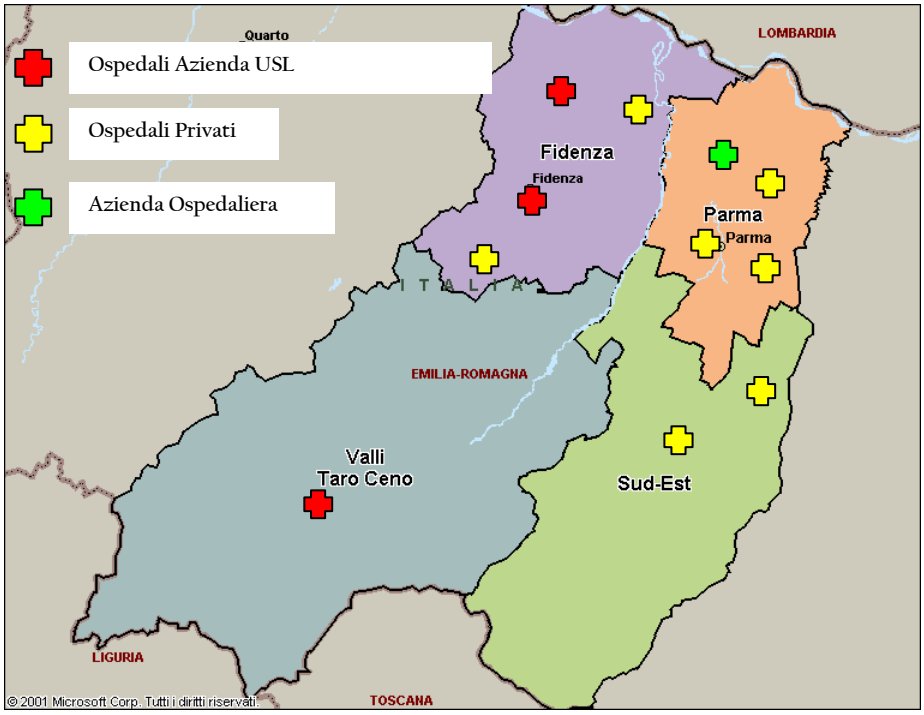
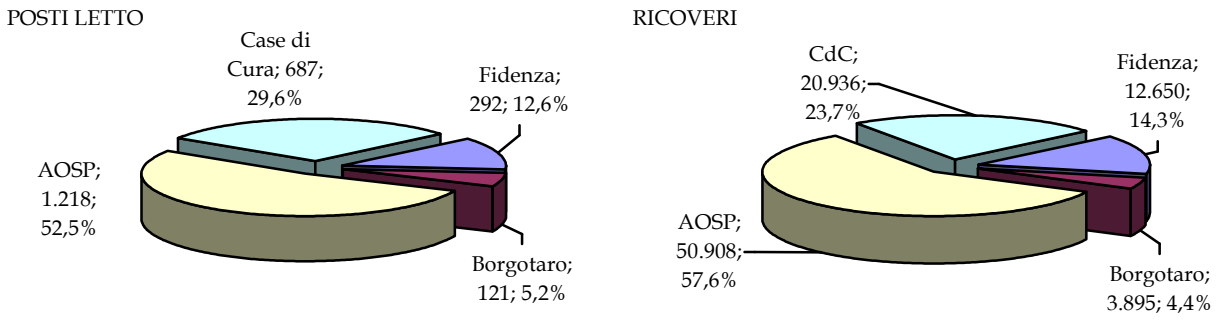
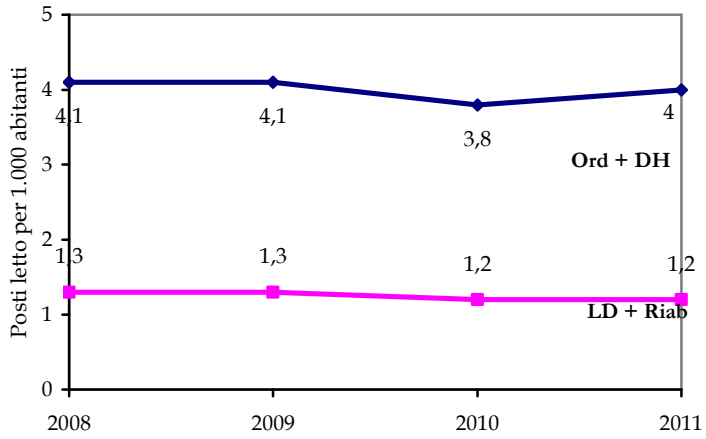


FIGURA 69 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA ANNO 2011



Nel 2011 permane un'offerta di posti letto superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è infatti di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,2. I posti letto per acuti sono scesi dai 4,3 del 2007 agli attuali 4,0 mentre, sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione, l'offerta è progressivamente scesa dall'1,3 del 2007 all'1,2 attuale. In tal senso incide la presenza, nella provincia di Parma, di due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione. In particolare, dal 1 gennaio 2004 i posti letto attivi presso la Fondazione Don Gnocchi sono stati inseriti tra i posti letto ospedalieri, contribuendo quindi ad incrementare i posti letto della disciplina di riabilitazione. Da evidenziare che il Patto per la Salute siglato nel 2009 fissa a 4 posti per mille abitanti (comprensivi di 0,7 posti per riabilitazione e lungo-degenza post-acuzie) lo standard di posti letto ospedalieri.

FIGURA 70 POSTI LETTO PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE PER 1.000 ABITANTI – ANNI 2008–2011



L'analisi dell'attività dei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2011 ha evidenziato quanto segue.

Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2011 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo presenta un totale di 12.650 ricoveri di cui 10.952 (86,6%) ricoveri per i residenti della provincia di Parma; aumentano gli accessi provenienti da altre Regioni (+ 77 unità).

Gli incrementi più consistenti in regime ordinario hanno riguardato le patologie urologiche ed ostetrico-ginecologiche (parti vaginali ed interventi sull'utero); crescono i trattamenti relativi a patologie psicotiche e per insufficienza cardiaca e shock. In aumento anche l'area della chirurgia ortopedica (in particolare per interventi di protesi d'anca). Si segnalano le riduzioni relative agli interventi di taglio cesareo. Per quanto riguarda gli accessi in regime diurno tra i DRG chirurgici calano i ricoveri per interventi sull'utero (dilatazione e raschiamento), per gli interventi di aborto e sul sistema muscolo-scheletrico, per gli interventi su mano e polso. Infine, per i DRG in regime diurno di tipo medico si evidenzia un aumento di attività nell'ambito delle calcolosi urinarie e nei casi di tendinite, miosite, borsite. Rimane significativa l'attività relativa a chemioterapia, psicosi, insufficienza cardiaca e shock.

FIGURA 71 – PO DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2009–2011

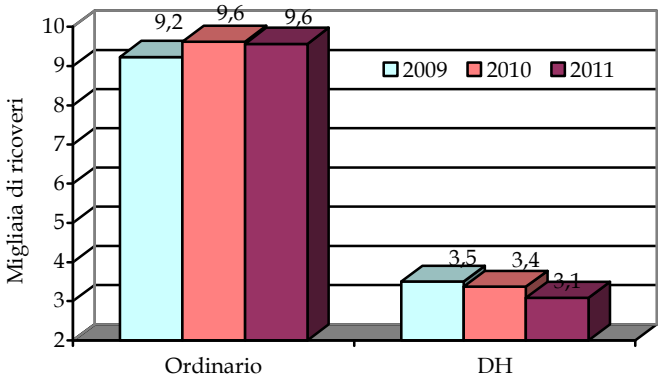


TABELLA 77 – OSPEDALE DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2010–2011

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2010	2011	Var. %	2010	2011	Var. %
DRG medici	6.291	6.143	-2,3	2.074	2.017	-2,8
DRG chirurgici	3.328	3.423	2,9	1.293	1.067	-17,5
Totale	9.619	9.566	-0,6	3.367	3.084	-8,4

L'attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense risulta leggermente in calo (-336 unità) rispetto all'anno precedente; in termini di complessità della casistica trattata è corrisposta una contrazione del peso medio dei ricoveri del 2,2%; tuttavia la complessità trattata in regime ordinario risulta stabile. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale, diminuisce di circa 419.000 € (-1,2%).

Ospedale di Borgo Val di Taro

Per il Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro, nel 2011, si segnalano complessivamente 3.895 ricoveri. L'attività a favore dei residenti tuttavia è diminuita (- 3,12%).

In generale tra i ricoveri ordinari (2.984 unità) si osservano in prevalenza interventi di sostituzione di articolazioni maggiori, i trattamenti per insufficienza cardiaca e shock, interventi su anca e femore, gli interventi sul ginocchio, i trattamenti per emorragia intracranica. Inoltre cresce l'attività inerente le altre diagnosi dell'apparato circolatorio, crescono gli interventi per aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, gli interventi su arto inferiore e omero, gli interventi maggiori su spalla e gomito.

In ambito diurno (911 unità) si segnala l' attività degli interventi sul ginocchio, dei trattamenti per anomalie dei globuli rossi; in particolare si segnala l'aumento dei trattamenti di chemioterapia, degli interventi per ernia inguinale e femorale, degli interventi su mano o polso, delle neoplasie dell'apparato respiratorio; rimane inoltre significativo il numero di aborti (60 casi).

FIGURA 72 – PO DI BORGO VAL DI TARO – 2009–2011

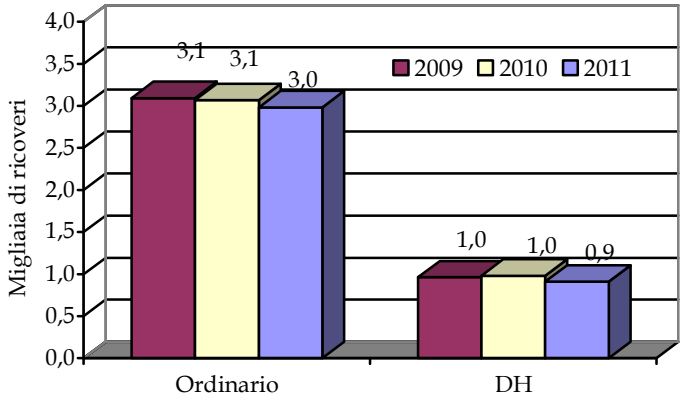


TABELLA 78 – OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2010–2011

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2010	2011	Var. %	2010	2011	Var. %
DRG medici	1.854	1.819	-1,9	425	409	-3,8
DRG chirurgici	1.214	1.165	-4,0	558	502	-10,0
Totale	3.068	2.984	-2,7	983	911	-7,3

I ricoveri in regime ordinario risultano in lieve calo ed evidenziano una diminuzione della complessità della casistica trattata: il peso medio dei ricoveri ordinari è infatti passato dallo 0,98 allo 0,50; analogamente il calo dei ricoveri erogati in regime diurno ha comportato una diminuzione della complessità della casistica. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario, è diminuita di circa 175.000 € (-1,6%).

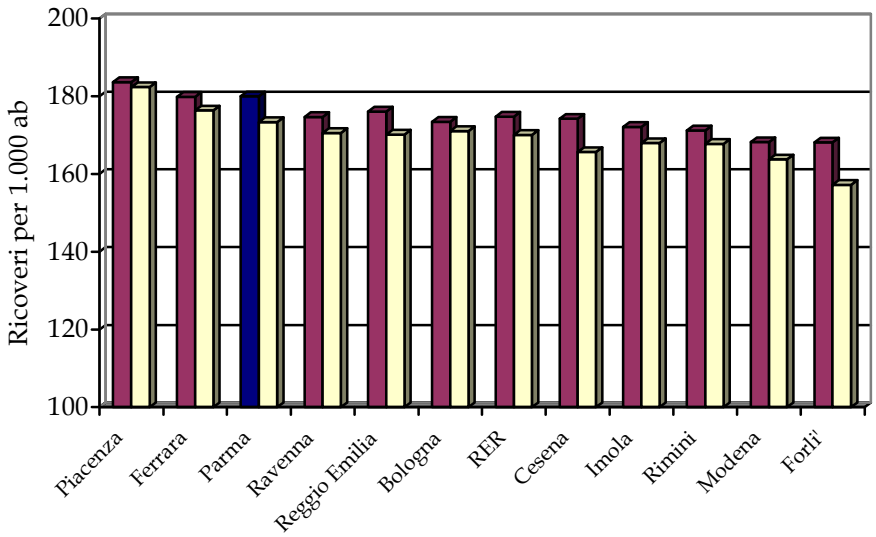
Per valutare ulteriormente la potenzialità della rete ospedaliera provinciale è possibile considerare l'indice di attrazione (distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche provinciali per area di residenza) che permette di valutare la capacità dei presidi territoriali di attrarre ricoveri da popolazioni diverse rispetto a quella residente.

Nel caso dell'Azienda USL di Parma il dato per il 2011 (87,7%) è stabile rispetto al 2010; i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni sono il 12,3% del totale.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime la domanda di ricoveri da parte degli assistiti dell'Azienda e, oltre che da caratteristiche epidemiologiche, è influenzato dalla composizione della popolazione per età e sesso. A livello aziendale il valore (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 173,4 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2011 a 170,1. Da segnalare il decremento rispetto al 2010 sebbene l'Azienda USL di Parma rimanga tra le Aziende con il maggior numero di ricoveri: è infatti seconda solo a Piacenza con 182,4 e Ferrara con 176,4.

FIGURA 73 – TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA–ROMAGNA – ANNI 2010–2011



La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di ordinario in trattamenti erogabili in regime ambulatoriale (es. rimozione del tunnel carpale, interventi per cataratta) oppure gestibili in contesti di tipo territoriale rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo: i ricoveri ordinari sono infatti scesi dell'8,4% rispetto al 2004, mentre i ricoveri chirurgici erogati in regime diurno sono scesi del 4,9% passando dal 26,2 del 2004 a 24,9 ricoveri per 1.000 abitanti del 2011. Da segnalare l'incremento del 2,7% per i ricoveri in day-hospital medico derivanti soprattutto da un aumento, nel periodo 2004-2011, dei ricoveri per chemioterapia.

TABELLA 79 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO – ANNI 2010–2011

Distretto	2010	2011
Parma	182,10	179,1
Fidenza	174,82	167,7
Sud-Est	169,91	166,08
Valli Taro e Ceno	171,82	171,69
Azienda USL	**176,87**	**173,43**
RER	**173,10**	**170,08**

Fonte: Banca Dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso evidenzia, a livello aziendale, un progressivo calo con valori che si avvicinano a quelli regionali. Osservando i distretti si notano valori più elevati di ospedalizzazione nel Distretto di Parma che, tuttavia, presenta un trend in diminuzione nel tempo.

L'analisi dei ricoveri per singolo comune di residenza evidenzia, per la maggior parte dei comuni di montagna, un ricorso all'assistenza ospedaliera generalmente inferiore rispetto alla media aziendale. Quasi tutti i

comuni di montagna dei Distretti di Valli Taro e Ceno e Sud-Est, se consideriamo anche l'età, hanno infatti tassi di ricovero inferiori rispetto a quelli rilevati per i comuni di pianura o pedecollinari.

La Tabella seguente riporta la distribuzione dei ricoveri dei residenti per struttura di riferimento e principale categoria diagnostica ed evidenzia quanto segue:

- l'Azienda Ospedaliero-Univeristaria di Parma rappresenta il principale punto di riferimento dell'assistenza ospedaliera in Provincia di Parma con il 51,1% di tutti i ricoveri e con punte massime del 65,7% per traumatismi e malattie infettive, dell'88,4% per HIV e dell'82,2% per le ustioni (ricordiamo che l'AOSP di Parma è sede di uno dei due centri grandi ustionati della Regione Emilia-Romagna).
- le categorie diagnostiche maggiormente oggetto di ricovero sono quelle relative a patologie dell'apparato muscoloscheletrico, cardiocircolatorio e digerente che da sole rappresentano quasi il 37% di tutti i ricoveri a favore dei residenti.
- gli ospedali a gestione diretta rappresentano un punto di attrazione significativo (18,2% di tutti i ricoveri) soprattutto per le malattie mentali (49,0%), per le patologie delle vie urinarie (24,4%), del sangue (27,8%) e dell'apparato maschile (33,8%).
- per quanto infine riguarda le case di cura della provincia significativo il ruolo svolto nel trattamento delle malattie mentali (29,0% di tutti i ricoveri), dell'abuso di alcool e farmaci (48,7%), delle patologie dermatologiche (31,6%) e delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (31,3%).

TABELLA 80 RICOVERI PER STRUTTURA DI RIFERIMENTO E CATEGORIA DIAGNOSTICA – ANNO 2011

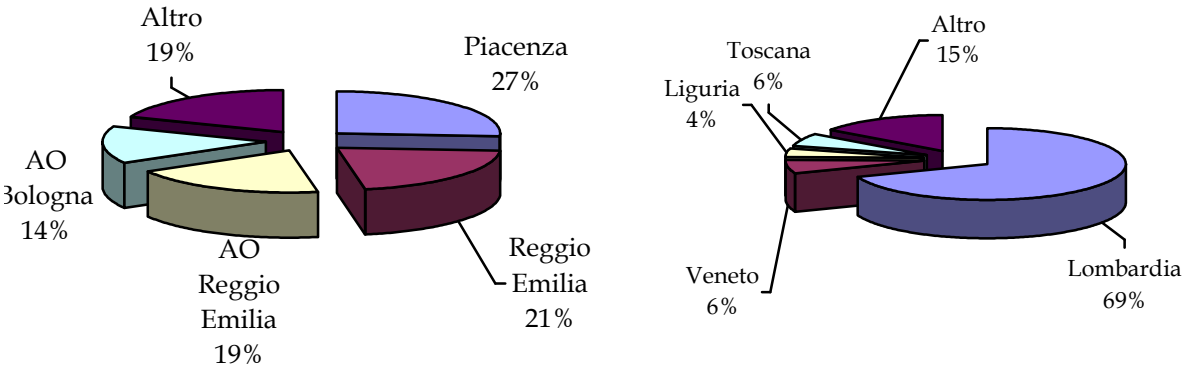
	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura Provincia	Altre province RER	Mobilità passiva extra-regionale[a]	Totale
App.muscoloscheletrico	1.967	3.767	3.619	941	1.285	11.579
App. cardiocircolatorio	2.012	5.472	2.049	329	905	10.767
App. digerente	1.391	3.534	1.197	243	302	6.667
Gravidanza, parto e puerperio	1.363	3.220	643	518	280	6.024
App.respiratorio	787	3.601	454	133	254	5.229
Sistema nervoso	755	2.641	725	153	484	4.758
Periodo neonatale	833	2.464	158	349	157	3.961
Neoplasie scarsamente differenziate	606	2.262	216	464	357	3.905
App. riproduttivo femminile	743	1.693	823	456	336	4.051
Rene e vie urinarie	823	2.014	263	109	168	3.377
Fegato, vie biliari, pancreas	528	1.840	166	136	150	2.820
Pelle, tessuto sottocutaneo	230	1.636	963	88	134	3.051
ORL	174	1.167	865	131	192	2.529
Malattie mentali	719	210	425	19	94	1.467
Occhio	12	1.247	149	89	241	1.738
App. riproduttivo maschile	511	673	200	64	65	1.513
Endocrini, metabolici	188	800	316	58	157	1.519
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	118	391	323	64	147	1.043
Sangue ed organi ematopoietici	323	600	128	44	66	1.161
Traumatismi ed avvelenamenti	131	433	61	32	33	690
Malattie infettive	143	535	51	19	35	783
Abuso alcool/farmaci	131	27	170	4	17	349
Altro	21	221	-	34	32	308
Infezioni HIV	1	129	-	8	8	146
Traumatismi multipli	4	59	2	4	3	72
Ustioni	-	57	-	1	-	58
TOTALE	14.514	40.693	13.966	4.490	5.902	79.565

Mobilità passiva

La mobilità sanitaria passiva rappresenta per molte Aziende sanitarie territoriali, soprattutto se ubicate in zone di confine, una criticità per due motivi. In primo luogo la necessità, da parte dei residenti, di rivolgersi a strutture ubicate al di fuori del territorio provinciale per trovare risposta a patologie di medio-bassa complessità o comunque per ricevere prestazioni non presso centri di eccellenza nazionale comporta per gli stessi forti disagi e può essere un segnale di difficoltà del sistema sanitario regionale globalmente considerato di prendersi carico in maniera efficace ed appropriata di tali patologie. In secondo luogo l'erogazione di ricoveri e di prestazioni presso strutture esterne all'ambito territoriale di riferimento comporta, per le Aziende, un esborso economico significativo che sottrae risorse da dedicare al finanziamento di altre attività istituzionali.

L'Azienda USL di Parma ha sostenuto nel 2011 un costo di 35,4 milioni di € per il finanziamento di 10.392 ricoveri erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 19,5 milioni di € per 5.902 ricoveri in mobilità extra-regionale (dato relativo al 2010) e 15,9 milioni di € per 4.490 ricoveri erogati da strutture di altre Province. Come evidenziato dalla figura seguente le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente il 67% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 69% dei 19,5 milioni di € di mobilità passiva interregionale. Oltre alle strutture sanitarie delle Province di Reggio Emilia e Piacenza è importante segnalare il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna alla quale i residenti di Parma si rivolgono principalmente per interventi di trapianto cardiaco, di midollo osseo e di fegato.

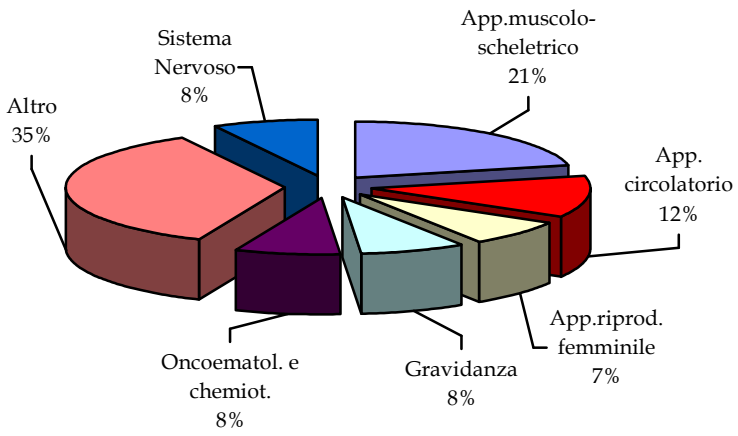
FIGURA 74 MOBILITÀ PASSIVA – 2011 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



Le zone della provincia maggiormente interessate dalla mobilità passiva sono inevitabilmente quelle di confine, laddove le caratteristiche della rete viaria e dell'offerta di strutture nelle Regioni e Aziende sanitarie limitrofe costituiscono elementi di attrazione per i pazienti. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani, Colorno e Tornolo che presentano tassi di ospedalizzazione in mobilità più significativi.

Indipendentemente dalla localizzazione delle strutture oggetto di mobilità, le scelte dei pazienti riguardano principalmente prestazioni relative all'apparato muscoloscheletrico (21,4% dei ricoveri), a quello cardiocircolatorio (11,9%), alle patologie del sistema nervoso (7,8), alla gravidanza e apparato riproduttivo femminile (15,3%) ed al trattamento oncologico (7,9%) per le quali la spesa è stata, nel 2011, di 11,2 milioni di € per la mobilità infra-regionale e 14,2 milioni di € per la mobilità interregionale (dato relativo al 2010). Queste discipline rappresentano da sole il 74% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 64,8% dei ricoveri complessivamente erogati.

FIGURA 75 DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA PER DISCIPLINA



Ferma restando l'importanza di centri di riferimento nazionali per il trattamento di specifiche patologie ad elevata complessità, quali ad esempio i trapianti, ubicati in altre regioni e/o province, la programmazione aziendale nel 2011 ha continuato a mettere in atto, anche in collaborazione con le altre strutture provinciali (Case di Cura private e Azienda Ospedaliero-Universitaria) tutte le azioni necessarie al progressivo riorientamento delle scelte dei cittadini a favore della rete di offerta provinciale.

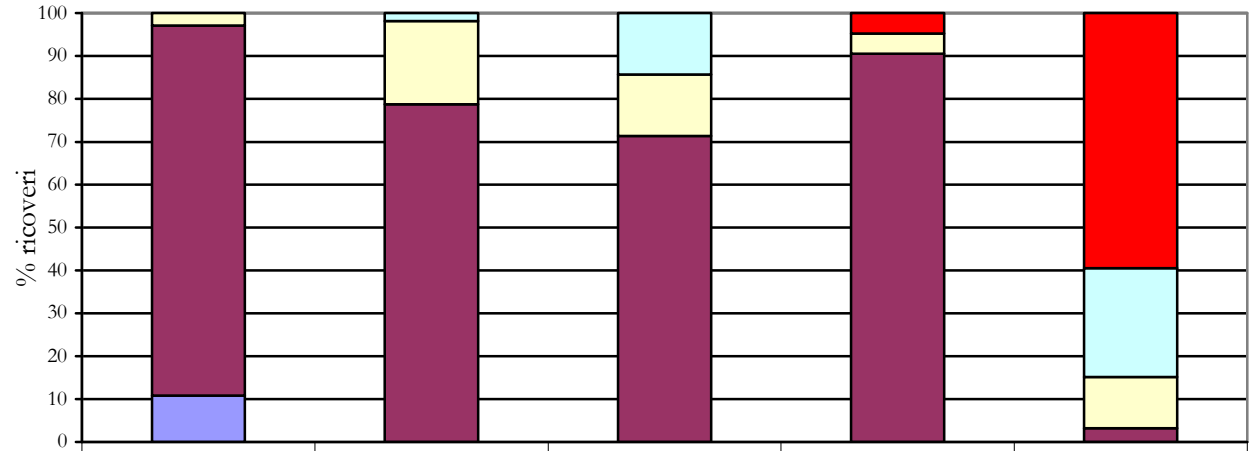
Tempi di attesa

La capacità del sistema sanitario provinciale di rispondere in maniera tempestiva ed adeguata alle esigenze di assistenza ospedaliera della popolazione di riferimento ma anche dei pazienti di altre realtà può essere misurata anche analizzando i tempi di attesa per alcune prestazioni selezionate e ritenute "critiche" in termini di prevalenza nella popolazione. La stessa normativa nazionale fissa peraltro i tempi di attesa entro i quali debbono essere erogate le prestazioni più rilevanti ed in particolare stabilisce che per gli interventi di di sostituzione dell'anca il 50% delle prestazioni debba essere erogato entro 90 giorni dalla prenotazione ed il 90% entro 180 giorni. Diversamente gli interventi di tipo oncologico (tumore della mammella, del colon-retto e del polmone) nonché per le prestazioni chemioterapiche debbono nel 100% dei casi essere erogati entro 30 giorni dalla prenotazione.

La situazione relativa alle strutture pubbliche dell'Azienda USL di Parma è abbastanza diversificata. In particolare i dati sono confortanti per i trattamenti chemioterapici per i quali i tempi di attesa sono rispettati dalla rete dell'offerta. Gli interventi per neoplasie dell'utero vengono effettuati entro 30 giorni nel 90,5% dei casi; gli interventi di protesi d'anca presentano una percentuale di interventi entro 90 giorni del 15,1%, quindi al di sotto del target di riferimento, mentre gli interventi entro 180 giorni sono stati il 40,5% e non il 90% previsto.

Migliorano invece i dati relativi alla presa in carico tempestiva del paziente per interventi causa neoplasia del colon-retto per i quali il 79% dei ricoveri è avvenuto entro i tempi richiesti.

FIGURA 76 TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI: PERCENTUALE DI RICOVERI EFFETTUATI ENTRO 30, 90, 180 GIORNI DALLA DATA DI PRENOTAZIONE – STRUTTURE PUBBLICHE DELL'AZIENDA USL – ANNO 2011



	Chemioterapia	Neoplasia colon-retto	Neoplasia mammella	Neoplasia utero	Protesi d'anca
>180	0	0	0	4,8	59,5
1-180	0	1,9	14,3	0	25,4
1-90	2,9	19,3	14,3	4,7	11,9
1-30	86,3	78,8	71,4	90,5	3,2
0	10,8	0	0	0	0

L'Accordo di Fornitura con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

Le Aziende Sanitarie della provincia di Parma definiscono i propri rapporti attraverso un accordo, per la fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, destinati ai cittadini residenti nell'ambito provinciale di Parma.
L'attività di degenza erogata a favore dei residenti della provincia di Parma, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria nell'anno 2011, è stata pari a 40.693 ricoveri di cui 31.501 in regime ordinario e 9.192 in regime diurno. I punti DRG prodotti sono stati 44.951, di cui 36.958 per i ricoveri in regime ordinario e 7.933 per i ricoveri in regime diurno. La durata media di degenza dei ricoveri ordinari complessivamente intesi è di 8,7; mentre si posiziona a 6,0 il numero medio di accessi per i trattamenti in regime diurno.
Nell'anno 2011 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha erogato circa 2.203.000 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai residenti della provincia di Parma. L'attività si riferisce in prevalenza al settore del laboratorio (65,86%), seguito dalle visite (16,43%) e dalla diagnostica (12,69%). Si noti l'aumento di attività riferibile alla Diagnostica (+ 7.633 unità; + 2,81%), in particolare per TAC, RMN e Medicina Nucleare, come richiesto in fase di committenza.

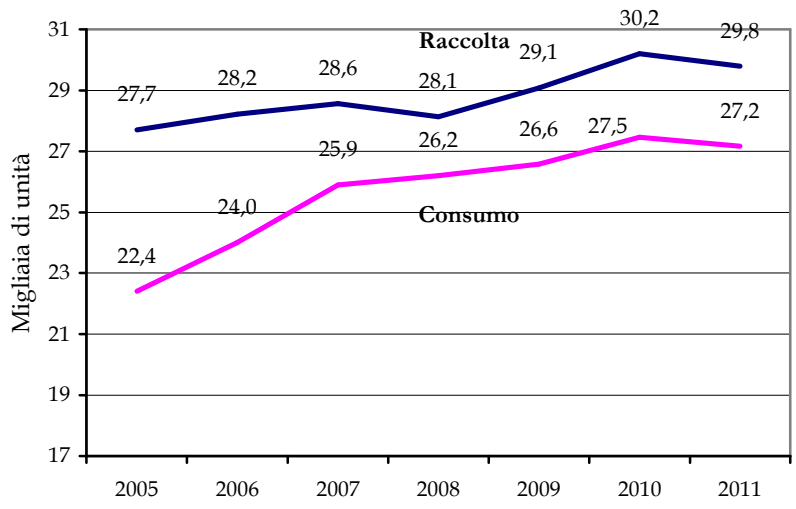
Piano Sangue

Il raggiungimento dell'autosufficienza nell'ambito della raccolta di sangue è promosso dal "Piano Regionale Sangue" che a sua volta si traduce nel Piano Provinciale Sangue. A livello provinciale esiste una Commissione formata Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Associazioni dei Donatori di Sangue e Case di Cura Private che si occupa dell'andamento della raccolta e di tutte le problematiche della raccolta di sangue. E' presente anche una Commissione per la promozione del buon uso del sangue incaricata di ottimizzare l'utilizzo del sangue e ridurre le situazioni di inutilizzo o spreco.

Nel 2011 è diminuito il trend relativo al numero di unità consumate (-1,0%) nonché il numero di unità raccolte arrivate a 29.792 (- 1,3%).

Si è verificata un'ulteriore riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 109,9 nel 2011 ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e secondo solo a quello delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia e Modena.

FIGURA 77 UNITÀ DI SANGUE RACCOLTE E CONSUMATE – ANNI 2005–2011



Qualità dell'assistenza

Ricoveri Per Polmoniti ed Influenza negli Anziani

TABELLA 81 DIMISSIONI PER POLMONITE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	0,30	0,30	0,17
Parma	1,15	0,24	0,50
Sud Est	0,74	0,31	0,80
Valli Taro e Ceno	0,16	0,39	0,32
AUSL PARMA	**0,75**	**0,28**	**0,45**
REGIONE	**0,57**	**0,41**	**0,50**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

I ricoveri per polmonite nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni costituiscono un utile indicatore per la valutazione dell'assistenza alle infezioni delle vie respiratorie in regime ambulatoriale. In aggiunta si ritiene che le campagne vaccinali efficaci siano estremamente utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie.

Nel triennio 2009-2011, l'indicatore provinciale si muove da un valore dell'anno 2009, superiore alla media regionale, a valori che, nel biennio successivo, risultano invece inferiori. Si osserva però che, mentre i valori dell'anno 2010 presentano variazioni poco rilevanti tra i distretti, nell'anno 2011 le differenze si accentuano, presentando un valore minimo nel distretto di Fidenza ed un valore comunque inferiore alla media regionale nel distretto Valli Taro e Ceno, distretti su cui insistono gli Ospedali a gestione diretta dell'AUSL di Parma. Questo rilievo potrebbe essere correlato al forte grado di integrazione degli Ospedali a gestione diretta dell'AUSL con il territorio di riferimento, che favorisce il trattamento domiciliare di queste patologie.

Diabete, complicanze a breve termine

TABELLA 82 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A BREVE TERMINE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	0,47	0,44	0,46
Parma	0,72	0,53	0,50
Sud Est	0,70	0,56	0,43
Valli Taro e Ceno	0,50	0,40	0,37
AUSL PARMA	**0,63**	**0,50**	**0,46**
REGIONE	**0,45**	**0,45**	**0,40**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Questo indicatore, calcolato come numero di dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine (chetoacidosi, coma) nella popolazione di età maggiore o uguale di 18 anni, permette di valutare l'efficacia e la qualità dell'assistenza extra-ospedaliera ai pazienti affetti da patologie diabetiche. In particolare è stato rilevato come un'assistenza qualitativamente molto elevata permetta di ridurre significativamente la maggior parte dei ricoveri prevenibili.

A livello provinciale, il tasso di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, pur denotando un costante e significativo calo. Si rileva che almeno un tasso di ricoveri distrettuale (Valli Taro e Ceno) risulta inferiore al valore medio regionale nell'ultimo biennio. I tassi di ricovero sono in decremento nel triennio in tre distretti su quattro (Parma, Sud-Est e Valli Taro e Ceno), attestando un progressivo miglioramento nei comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura a livello territoriale.

Diabete, complicanze a lungo termine

TABELLA 83 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A LUNGO TERMINE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	4,13	3,35	3,10
Parma	3,61	2,87	2,44
Sud Est	2,62	2,36	2,22
Valli Taro e Ceno	2,76	2,44	2,20
AUSL PARMA	**3,47**	**2,85**	**2,53**
REGIONE	**2,20**	**2,20**	**2,18**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

In questo caso l'indicatore considera le complicanze (renali, occhio, apparato circolatorio) a lungo termine associate ad una patologia diabetica per i pazienti con età maggiore o uguale di 18 anni. L'ipotesi, confermata dalla letteratura scientifica, è che una adesione corretta al regime terapeutico ed un efficace monitoraggio del livello glicemico permettano di controllare e prevenire le complicanze della malattie e quindi contribuire sostanzialmente alla riduzione delle complicanze a lungo termine.

L'andamento in costante calo dell'indicatore nell'AUSL di Parma, con progressivo avvicinamento alla media regionale, conferma i buoni risultati ottenuti nel potenziamento delle sinergie di rete territoriale per la cura della malattia diabetica. In particolare, le attività di coordinamento strutturato messe in atto nell'ultimo quinquennio sembrano aver dato avvio ad un miglioramento costante. E' tuttavia necessario un ulteriore miglioramento nei distretti di Parma e Fidenza per raggiungere il valore medio regionale, sul quale si sono già quasi attestati i distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno.

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero.

TABELLA 84 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE, INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO

Azienda	2009	2010	2011
Piacenza	56,2	61,3	68,1
Parma	**40,9**	**50,3**	**62,0**
Reggio Emilia	34,4	34,4	41,3
Modena	42,5	36,6	39,4
Bologna	28,7	31,0	28,2
Imola	37,4	32,2	42,1
Ferrara	23,4	21,8	36,4
Ravenna	47,6	54,3	55,9
Forlì	67,4	75,2	77,5
Cesena	34,2	35,3	57,9
Rimini	28,3	33,1	37,7
AOU Parma	59,5	49,3	55,8
AO Reggio E.	38,6	43,4	43,1
AOU Modena	15,0	20,2	32,8
AOU Bologna	50,6	41,7	42,0
AOU Ferrara	13,3	20,6	37,6
II.OO.RR.	57,5	58,0	75,5
REGIONE	**41,9**	**42,3**	**49,0**

In entrambi gli Ospedali dell'Azienda USL di Parma è stato implementato un progetto di Ortogeriatria.

Quale effetto delle azioni positive implementate, nel triennio 2009-2011 si è verificato un consistente miglioramento della percentuale degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero, che è variata dal dato lievemente inferiore alla media regionale del 2009, a quello del 2011 che rappresenta la quarta migliore performance a livello regionale.

Parto Cesareo

TABELLA 85 PARTI CESAREI, OGNI 100 NATI, PER PUNTO NASCITA

Punto nascita	2009	2010	2011
Fidenza	27,6	25,8	27,53
Borgotaro	32,9	33,2	37,02
Città di Parma	51,1	54,8	55,61
AOSP Parma	38,0	35,9	35,57
Provincia di Parma	**37,2**	**35,9**	**36,18**
Regione	**30,0**	**29,4**	**29,05**
Pubblico Regione	29,7	29,1	28,8
Privato Regione	55,7	54,9	55,50

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

TABELLA 86 PARTI CESAREI PRIMARI PER AZIENDA SANITARIA DI RICOVERO

Azienda	2009	2010	2011
Piacenza	24,0	25,2	24,5
Parma	**25,3**	**24,4**	**26,0**
Reggio Emilia	21,8	19,5	16,9
Modena	17,1	17,2	16,4
Bologna	21,5	18,8	18,0
Imola	24,5	21,5	21,5
Ferrara	20,5	18,3	20,4
Ravenna	21,3	21,1	22,9
Forlì	17,7	21,6	17,8
Cesena	16,9	19,6	18,8
Rimini	18,0	15,5	13,9
AOU Parma	28,8	27,3	27,3
AO Reggio E.	18,2	19,7	23,5
AOU Modena	22,0	22,0	22,4
AOU Bologna	26,6	24,6	24,1
AOU Ferrara	23,8	22,5	20,5
REGIONE	**21,6**	**20,9**	**20,0**

Il parto cesareo è considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata: anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno evidenziato come la variabilità nella percentuale di parti cesarei sia da attribuire anche al comportamento ed alle preferenze dei medici. È pertanto opinione condivisa che riduzioni nel ricorso a questa metodica possano essere considerate come indicative di un miglioramento della qualità dell'assistenza.

Nella valutazione dell'andamento dell'indicatore nel triennio, è positivo il rilievo di un dato costantemente al di sotto della media regionale nel punto nascite dell'Ospedale di Fidenza; i punti nascite dell'Ospedale di Borgotaro e dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma presentano indicatori che rendono necessarie azioni di miglioramento.

L'andamento dell'indicatore della Casa di Cura Città di Parma, conferma la tendenza degli Ospedali Privati Accreditati della Regione, a favorire il ricovero di donne con indicazione al cesareo.

Tasso di ospedalizzazione evitabile

TABELLA 87 DIMISSIONI PER ASMA, DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, IPERTENSIONE, MALATTIE CRONICHE POLMONARI PER 10.000 RESIDENTI

Provincia di	2009	2010	2011
Piacenza	42,3	39,7	37,8
Parma	**29,5**	**26,4**	**26,6**
Reggio Emilia	27,4	28,4	24,5
Modena	37,9	37,6	36,0
Bologna	46,4	45,8	44,3
Imola	33,3	29,4	29,7
Ferrara	43,8	43,1	45,4
Ravenna	59,4	54,1	49,4
Forlì	44,9	43,4	43,3
Cesena	46,6	47,8	42,9
Rimini	41,9	44,5	37,9
REGIONE	**41,0**	**40,0**	**37,9**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Le patologie considerate nell'indicatore rappresentano una delle ragioni più frequenti per un ricovero evitabile; nella maggior parte dei casi possono infatti essere gestite a livello territoriale, con il ricorso ad una terapia efficace, con riduzioni del rischio di ricovero fino al 50%.

Nel 2011, nella provincia di Parma il dato risulta stabile e al di sotto del valore regionale.

TABELLA 88 DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 10.000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Piacenza	34,7	33,2	36,3
Parma	**32,3**	**32,1**	**31,0**
Reggio Emilia	40,8	40,4	39,3
Modena	44,1	44,6	43,8
Bologna	40,7	42,8	42,7
Imola	34,7	33,3	30,4
Ferrara	55,5	56,2	54,7
Ravenna	44,9	37,5	38,2
Forlì	31,4	31,7	29,4
Cesena	39,6	41,5	41,3
Rimini	39,4	49,9	45,3
REGIONE	**40,9**	**41,4**	**40,7**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Anche se parte dei ricoveri per scompenso cardiaco congestizio risultano essere appropriati, si ritiene che una gestione a livello territoriale ed ambulatoriale di questa patologia sia assolutamente efficace e possa contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione.

Il dato per l'Azienda USL di Parma è sensibilmente inferiore rispetto al valore medio regionale.

Indicatori di mortalità

TABELLA 89 PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE PER AZIENDA DI RICOVERO

Provincia di	2008	2009	2010
Piacenza	14,2	18,6	17,8
Parma	**22,1**	**21,4**	**19,0**
Reggio Emilia	21,4	25,4	21,6
Modena	16,0	15,6	15,0
Bologna	21,2	20,2	18,9
Ferrara	20,8	17,2	18,7
Ravenna	23,6	22,2	25,5
Forlì-Cesena	20,5	21,9	22,1
Rimini	19,6	21,2	20,2
Regione	**13,6**	**17,3**	**16,1**

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Nell' Azienda USL di Parma si evidenzia un decremento costante nel triennio, con calo più marcato nel 2010 ed avvicinamento alla media regionale.

Sezione 3

OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Universalità ed equità di accesso

Centralità del cittadino

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Promozione del cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo

Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

L'attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha acquisito con la L.R. 29 del 2004 un nuovo ruolo e rinnovate funzioni con il comune denominatore di valorizzare la partecipazione degli enti locali alla programmazione ed alla verifica delle attività in ambito sanitario e socio sanitario.

Nel corso del 2011 la CTSS ha assicurato lo svolgimento delle funzioni previste dalla normativa regionale con riguardo agli atti di programmazione aziendale (bilancio pluriennale 2011-2013, bilancio preventivo annuale 2011 e bilancio di esercizio 2010) e alla programmazione e riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza. Sempre con riferimento all'attività di programmazione l'impegno dell'Azienda si è concretizzato nel supporto alla C.T.S.S., per il monitoraggio del P.A.L. 2009-2011, presentato con incontri appositamente organizzati nei quattro Comitati di Distretto, in stretto raccordo con l'Ufficio di Supporto della C.T.S.S. Nel corso di tali incontri sono stati affrontati i temi relativi ai percorsi di cura, all'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri. Inoltre la CTSS ha approvato il Piano aziendale "Case della salute" che prevede la realizzazione di n. 26 strutture nei quattro Distretti.

Con riguardo all'accreditamento dei servizi sociosanitari per anziani e disabili, i professionisti dell'Azienda, unitamente ai referenti degli Uffici di Piano e degli Enti locali, oltre a partecipare agli incontri organizzati sia dalla Regione Emilia Romagna che dalla Provincia, hanno elaborato una bozza di contratto di servizio, sulla base del fac-simile predisposto dalla Regione. Tale bozza, esaminata nei rispettivi Comitati di Distretto, ha rappresentato la base per la definizione dei contratti di servizio dell'area anziani e disabili che sono stati approvati e sottoscritti nell'anno.

E' stata mantenuta la presenza puntuale e costante dei rappresentanti dell'Azienda U.S.L. in ogni ambito distrettuale ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano per la stesura e l'approvazione del Piano Attuativo 2011 (avvenuta nei termini stabiliti dalla Regione), nonché del documento di programmazione area anziani e disabili.

Le progettualità dei Comitati di Distretto

I Comitati di Distretto hanno svolto un'intesa attività anche nel corso dell'anno 2011. Di seguito si da conto di questo impegno significativo e si elencano i principali temi specifici affrontati in ogni Distretto.

Comitato di Distretto di Parma

- monitoraggio del Piano Attuativo Locale 2009/2011
- linee di indirizzo per la stipula dei contratti di servizio con i soggetti gestori dei servizi accreditati e determinazione sistema tariffario
- individuazione del soggetto gestore del Centro Socio-riabilitativo residenziale per disabili di Via Casaburi da accreditare provvisoriamente
- programmazione soggiorni estivi disabili 2011 e situazione disabili
- Commissione monitoraggio e controllo sull'attività sanitaria nelle Case Protette
- presentazione percorso sperimentale per la presa in carico integrata nei servizi socio-sanitari
- Sintesi valutazione Programma Attuativo 2010 e linee indirizzo Programmazione per Piano Attuativo 2011, approvazione e sottoscrizione Accordo di Programma Integrativo del Piano di Zona per l'adozione del Programma Attuativo 2011
- Piano distrettuale 2011 delle attività per la non autosufficienza (FRNA 2011)
- presa d'atto della gestione in forma associata della funzione di Ufficio di Piano da parte dei Comuni dell'Unione Parmense Bassa Est
- riparto dei fondi regionali relativi all'impatto dell'Accreditamento e previsione relativa alle risorse dei Fondi per l'anno 2012

- approvazione nuovi regolamenti distrettuali relativi a Assegno di Cura Anziani, Assegno di Cura Disabili e Assegno Sociale
- Fondo Regionale per la non Autosufficienza anno 2012 e programmazione Piani di Zona anno 2012
- proposta convenzione per CSRR Pasubio
- rinnovo convenzioni per gestione FRNA anziani e disabili
- accreditamento provvisorio delle strutture residenziali "Tigli" e "Tamerici"
- situazione dei contratti di servizio per le strutture accreditate dell'Area disabili.

Comitato di Distretto di Fidenza

- Piano Non Autosufficienza Area Anziani e Disabili 2011
- Accreditamento Servizi socio-sanitari per anziani e disabili
- Definizione nuovi criteri di accesso ai posti accreditati di casa residenza per anziani
- ccordo di Programma 2012 per l'integrazione dei servizi per la popolazione anziana del Distretto
- Bilancio di Previsione 2012
- Piano Attuativo 2011
- Regolamento unico distrettuale per compartecipazione alla spesa
- Piano Attuativo 2012
- Presentazione attività ospedaliera e distrettuale
- Politica sanitaria Distretto di Fidenza
- Monitoraggio PAL 2009-2011.

Comitato di Distretto Sud Est

- monitoraggio PAL 2009-2011
- accreditamento: determinazione, approvazione tariffe e sottoscrizione contratti di servizio con i soggetti gestori dei servizi accreditati
- Piano triennale per il benessere e la salute 2009-2011: approvazione piano attuativo 2011 e piano distrettuale per la non austosufficienza 2011.

Comitato di Distretto Valli Taro e Ceno

- monitoraggio Piano attuativo Locale 2009-2011
- approvazione del "Bando per l'erogazione di contributi per l'utilizzo del servizio idrico integrato (tariffa sociale acqua) a favore di nuclei familiari in particolari condizioni economico-sociali"
- indirizzi in merito alla gestione dei progetti del Programma Attuativo Annuale da parte dell'ASP "cav.Marco Rossi Sidoli"
- approvazione dei criteri di riparto della spesa per i Servizi conferiti all'ASP "cav. Marco Rossi Sidoli" inerenti l'area Minori e Famiglia, Dipendenze e Servizi semiresidenziali e inserimenti lavorativi per disabili
- indirizzi in merito alla programmazione distrettuale finalizzata al processo di accreditamento dei servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti e disabili
- presentazione dei dati relativi alla compartecipazione da parte degli utenti disabili al costo dei servizi sociosanitari
- proposte progettuali per il Piano Attuativo annuale 2011 (interventi nell'ambito del FRNA e del Fondo Sociale Locale)
- validazione della Commissione di verifica e sorveglianza per i servizi residenziali per anziani
- proposte progettuali per il Piano Attuativo annuale 2011 (interventi nell'ambito del FRNA e del Fondo Sociale Locale)
- approvazione e sottoscrizione dell'Accordo di programma per l'adozione del Piano Attuativo annuale 2011
- indirizzi in merito al percorso di determinazione delle tariffe per i servizi in regime di Accreditamento
- indirizzi in merito all'accesso agli Assegni di Cura Disabili ex DGR n. 1122/2002
- approvazione dell'integrazioni al regolamento del Comitato di Distretto

- aggiornamento percorso e presentazione dei dati relativi all'impatto dell'applicazione del sistema di accreditamento sul FRNA
- presentazione del Progetto "Elcanet" con partner europei
- valutazione proposta nuova organizzazione SAA e UDP
- valutazione proposta nuovo percorso di accesso ai servizi socio sanitari
- approvazione preconsuntivo 2011 FRNA e FNA e ipotesi programmazione attività FRNA anno 2012 con programmazione delle risorse del FRNA (quota accantonata per impatto accreditamento) assegnate dalla CTSS nella seduta del 20.12.2011 per l'anno 2011, indirizzi in merito alla programmazione del FRNA anno 2012.

I Comitati di Distretto e la promozione delle lauree in Infermieristica

L'impegno dell'Azienda USL di Parma nel reclutamento di personale infermieristico, si è concretizzato anche nel 2011, attraverso la fattiva collaborazione dei Comuni di Borgo Val di Taro e di Fidenza, in attuazione degli indirizzi dei rispettivi Comitati di Distretto.

A Borgo Val di Taro ed a Fidenza, sedi ospedaliere già in passato titolari di Scuola per infermieri professionali, sono state attivate sedi distaccate dell'Università degli Studi di Parma, dove si realizza lo specifico corso di laurea in "Infermieristica", con un progetto dell'Azienda USL di Parma, condiviso, fin dalla sua presentazione, sia dall'Università degli Studi di Parma che dalle Amministrazioni Comunali.

Il supporto dei Comuni è stato fondamentale, oltre che nel farsi carico dell'individuazione e della sistemazione logistica delle sedi, nel provvedere all'erogazione diretta di contributi economici agli iscritti, consistenti in un assegno di studio, pari alle spese sostenute per le tasse universitarie; ed in un buono per l'acquisto dei libri di testo. Per gli allievi residenti in località decentrate, è stata messa a disposizione una foresteria. Gli studenti hanno potuto, inoltre, usufruire del servizio di mensa, alle stesse condizioni dei dipendenti.

Le tabelle seguenti, evidenziano i dati salienti per le due sedi di corso di laurea.

Sede di Borgo Val di Taro

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.
2007/2008	8	2009/2010
2008/2009	6	2010/2011
2009/2010	7	2011/2012
2010/2011	14	2012/2013
2011/2012	7	2012/2014

Fonte – elaborazione interna AUSL Parma

Gli studenti iscritti alla sede di Borgo Val di Taro, per alcuni insegnamenti di competenza di docenti universitari della sede di Parma, possono seguire le lezioni in video conferenza, grazie al sistema messo a disposizione dalla Provincia di Parma per il collegamento delle sedi. Il contributo erogato al Comune di Borgo Val di Taro è stato pari ad € 21.829,65 per l'anno 2008, ad € 21.598,67 per l'anno 2009, ad € 26.706,02 per l'anno 2010 e ad € 31.573,66 per l'anno 2011.

Sede di Fidenza

Anno Accademico	n. studenti	Laurea A.A.
2007/2008	22	2009/2010
2008/2009	26	2010/2011
2009/2010	31	2011/2012
2010/2011	27	2012/2013

Anno Accademico	n. studenti	Laurea A.A.
2011/2012	31	2013/2014

Fonte – elaborazione interna AUSL Parma

Il contributo erogato al Comune di Fidenza è stato pari a € 62.169,23 per l'anno 2008, ad € 74.529,75 per l'anno 2009, ad € 81.407,88 per l'anno 2010 e ad € 79.590,37 per l'anno 2011.

Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini

Nell'anno 2011, in questo ambito, sono stati realizzati i seguenti progetti:

Sicurezza stradale

- **Bimbi a bordo…allacciali alla vita!.** Promosso dal Piano Regionale della Prevenzione e svolto in collaborazione con le amministrazioni comunali, ha visto incontri presso asili nido e scuole dell'infanzia del territorio, allo scopo di sensibilizzare i genitori al corretto utilizzo dei mezzi di trattenuta per bambini in auto.
- **Giovani e guida sicura.** Proseguiti gli incontri informativi/formativi nelle Scuole Secondarie di secondo grado di Parma e provincia, con l'obiettivo di promuovere una maggiore consapevolezza e riflessione sui rischi connessi alla guida.

Sicurezza sul lavoro

- **Alcol e lavoro – La prevenzione alcologica nei luoghi di lavoro.** Il progetto è proseguito anche nel 2011 ed ha coinvolto importanti aziende del territorio, oltre che i dipendenti dell'AUSL.

Sicurezza in casa

- **Bambini.** Sono stati realizzati momenti di informazione – formazione rivolti ai pediatri di liberea scelta, ai quali è stato trasmesso il materiale informativo realizzato dalla Regione, sia in formato cartaceo sia informatico, per la sua divulgazione presso le famiglie.
- **Anziani.** il progetto è stato realizzato in alcuni comuni della provincia ed ha visto coinvolti servizi sociali, associazioni di volontariato e medici di medicina generale. Sono stati inoltre realizzati interventi domiciliari.

Promozione stili di vita sani

- **Paesaggi di prevenzione**. E' proseguito anche nel 2011 lo studio regionale di valutazione di efficacia del DVD (trial di effectiveness). A Parma e provincia sono state coinvolte 12 scuole secondarie di primo e secondo grado selezionate a campione e prevede tre livelli di valutazione.
- **Crescere in armonia, educare al benessere.** Il progetto, promosso dal Comune di Parma, vede la collaborazione attiva della Commissione Nutrizione Pediatrica SIAN - AUSL e coinvolge anche gli operatori della ristorazione scolastica.
- **Scegli con gusto per la salute - Distributori automatici**. Con questo progetto si è teso a migliorare la qualità dei prodotti contenuti nei distributori automatici presenti nelle strutture AUSL di Parma e Provincia e utilizzati dai dipendenti e dagli utenti.
- **Scegli con gusto per la salute - Cibo, corpo e media**. Progetto interdipartimentale (PDCA-DAISM/DP, SIAN-DSP, MS-DCP) e interistituzionale (ha infatti coinvolto la scuola) volto alla promozione della salute dei giovani, alla prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare. Scopo del progetto è infatti favorire sani stili di vita e maggiore consapevolezza sui modelli identitari proposti dai media. Nel progetto sono coinvolte 6 classi secondarie di primo grado e 22 di secondo grado, dirigenti scolastici, docenti, genitori e ditte di vending.
- **Diamoci e ridiamoci una mossa e 1-2-3 mossa**: il progetto, attuato dalla CNP-SIAN in collaborazione con UISP, è volto a sensibilizzare famiglie, alunni e docenti sull'importanza di corretti stili di vita come fonti di benessere psico-fisico per prevenire malattie cronico-degenerative. Coinvolte le scuole primarie dei alcuni comuni. nelle loro varie componenti.
- **Sorveglianza nutrizionale dei servizi di ristorazione scolastica provinciale** nelle varie fasce di età (dagli asili nido alle scuole dell'obbligo) con valutazione sistematica e costante di tabelle dietetiche,

menù e capitolati e relativa espressione di parere in accordo con le linee strategiche regionali.

- **La CNP-SIAN ha partecipato inoltre ai seguenti studi**:
  - **Con i giovani: Sport e salute per il benessere a Neviano degli Arduini:** il progetto poliennale è organizzato dal Comune di Neviano degli Arduini, con la stretta collaborazione di CNP-SIAN, CONI-UISP, Università di Parma, USP e Provincia di Parma ed è finalizzato al miglioramento degli stili di vita in età evolutiva. Coinvolge le scuole del territorio e prevede percorsi educativi, formativi ed esperienziali in ambito alimentare, incentivando l'attività fisica quotidiana attraverso un aumento dell'orario scolastico dedicato.
  - **Mobilità sostenibile:** progetto interistituzionale Azienda AUSL/Comune di Parma /Ufficio ScolasticoTerritoriale/TEP/FIMP/ed altri enti per favorire percorsi casa-scuola nell'ambito di una mobilità sostenibile a favore di stili di vita corretti in attuazione del Protocollo (deliberazione assunta il 31/05/2010 N.368). Nell'anno scolastico 2010-11 hanno aderito 4 Istituti Comprensivi di Parma, per un totale di 20 classi .
  - **Sorridi alla Prevenzione:** collaborazione del CNP-SIAN alla progettazione-formazione degli odontoiatri coinvolti nel progetto aziendale rivolto alle scuole primarie di Parma e Provincia per promuovere un'adeguata igiene orale oltre che corrette abitudini alimentari.

Corretta alimentazione e nutrizione in specifiche categorie di soggetti

- **Progetto regionale ex legge n. 123/05, Norme a protezione dei soggetti malati di celiachia:** realizzazione di eventi formativi sulla celiachia destinati agli operatori del settore alimentare che preparano e somministrano alimenti e pasti per i soggetti celiaci. Le iniziative di formazione ed aggiornamento. Organizzate dal SIAN, riguardano la ristorazione pubblica collettiva e ricreativa e prevedono anche una sezione esperienziale, con manipolazione delle farine senza glutine.
- **Aspetti edonistici del cibo e salute:** avviato nel 2010, il progetto interdipartimentale (SIAN e Direzione delle attività socio-sanitarie), sperimentale, di durata biennale, finalizzato alla valutazione della qualità globale, igienico-sanitaria, nutrizionale e psicofisica, della vita dell'anziano istituzionalizzato all'interno delle strutture protette; il campione è costituito da n. 5 case protette reclutate nell'ambito provinciale secondo il criterio distrettuale;
- **Prevenzione e Gestione Integrata Ospedale-Territorio dell'Obesità:** a partire dal luglio 2010 è stata avviata, presso il SIAN, una struttura ambulatoriale a carattere sperimentale, deputata alla presa in carico multidisciplinare (medico, assistente sanitaria, biometrista, dietista, medico dello sport e psicologo) dei soggetti appartenenti alla fascia di età 18-50 anni, provenienti da tutta la provincia, con problematiche relative allo stato nutrizionale ed alle abitudini alimentari. **Alimentazione ed idratazione dell'anziano e disfagia:** realizzata con successo a partire dall'anno 2008, prosegue quale modulo formativo di base e di aggiornamento, rivolto al personale infermieristico e di assistenza che opera presso le strutture protette della provincia; in relazione al personale infermieristico, l'aggiornamento è ricompreso all'interno delle tematiche trattate nei forum della geriatria territoriale aziendale.

Prevenzione del tabagismo

- nel Centro Antifumo aziendale è stato avviato un percorso di cura della dipendenza tabagica rivolto specificamente ai lavoratori dipendenti dell'Azienda USL, con modalità di accesso agevolato. Sono stati realizzati inoltre momenti formativi e prodotta documentazione scientifica rivolta ai medici di medicina generale e ai medici del lavoro.

Distretto Valli Taro e Ceno

- **Formazione alla rete e promozione del benessere giovanile.** Nell'ambito delle attività di formazione a supporto della rete dei servizi e delle risorse per la promozione della salute, è stato realizzato il seminario "Modelli di analisi e di intervento integrato per la prevenzione. Evoluzione delle relazioni sociali, integrazione dei servizi e interventi di comunità". Il seminario ha rappresentato un'occasione importante per il rilancio del confronto e della collaborazione tra le varie realtà attive sul territorio nell'ambito della promozione del benessere giovanile.
- **Il Progetto Notti** ha invece formato gli operatori che intervengono nei luoghi di divertimento e aggregazione informale giovanile, con lo scopo di promuovere una maggiore consapevolezza sulle condotte a rischio. Hanno aderito i referenti dei piani di zona, la NPIA, l'azienda locale dei servizi alla persona, l'Unità di strada e il Sert.

Progetto Locali notturni / Unità di Strada

- Prosegue il progetto "Locali Notturni" che vede l'Unità di Strada da anni impegnata sul fronte della prevenzione dei rischi legati al consumo di alcol e sostanze stupefacenti all'uscita dei locali del divertimento, in rete con Provincia (progetto Discobus), Comuni e Prefettura. Strumenti

dell'intervento sono un etilometro professionale, una chill-out, uno spazio informativo. Nel 2011 sono stati effettuati 1764 test con l'etilometro e sensibilizzati il 66% dei giovani con tasso alcolemico superiore al limite legale.

Individuazione precoce del disagio scolastico e prevenzione del disagio minorile

- Il progetto, collegato a Singolare Plurale e confermato per l'anno accademico 2011/2012, promuove il benessere del bambino e del pre-adolescente nell'ambito scolastico, attraverso la consulenza e il supporto agli insegnanti, in specifici progetti di intervento sui team e sul gruppo classe. La premessa operativa di base è quella di affiancare i docenti nella gestione di situazioni complesse legate al malessere scolastico, definendo obiettivi specifici per ogni intervento, in rete con i vari interlocutori che ruotano attorno alla scuola. Il progetto intende inoltre intervenire precocemente sul cosiddetto disagio scolastico, specie alla luce dei dati oggi disponibili (Censis 2009-2010) che sottolineano l'importanza di azioni precoci. Hanno aderito al progetto nove Istituti Comprensivi.

Universalità ed equità di accesso

L'assistenza ospedaliera

Nel presente paragrafo dedicato all'Assistenza Ospedaliera, sono illustrate le principali linee di attività realizzate nel 2011, mentre si rinvia alla Sezione 2 per l'illustrazione più puntuale dei dati di attività.

Le strutture ospedaliere pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2011, di complessivi 2.318 posti letto, ripartiti tral'Azienda Ospedaliero-Universitaria (1.218 posti letto); il Presidio Ospedaliero Aziendale dell'AUSL di Parma, articolato nei due Ospedali di Fidenza-San Secondo (292 posti letto, di cui 31 di Psichiatria a Parma) e di Borgotaro (121 posti letto); le Case di Cura Private Accreditate (687 posti letto). L'82,2% dei posti è collocato presso strutture diverse dagli ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL: per il 52,5% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e, per il 29,6%, presso Case di Cura private accreditate ubicate in provincia di Parma. Nel caso del Distretto Sud-Est, la Casa di Cura Privata accreditata Val Parma Hospital rappresenta l'unica offerta di posti letto ospedalieri a livello distrettuale.

A livello aziendale, il tasso di ospedalizzazione (comprensivo anche della mobilità passiva infraregionale del 2011 ed extraregionale 2010) è pari a 173,43 ricoveri per 1.000 residenti, valore di poco superiore rispetto a quello medio regionale, pari a 170,08 ricoveri per 1.000 residenti.

Gli Ospedali della provincia di Parma, pubblici e privati accreditati, nella loro configurazione di rete ospedaliera integrata, sono in grado di rispondere a tutte le esigenze di base dell'assistenza di livello ospedaliero. La presenza dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, con la sua ampia offerta di ricovero di elevata specializzazione, ed alcune funzioni hub degli ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro, consentono al sistema ospedaliero provinciale una qualificata risposta ai bisogni di ricovero di più alta complessità professionale e tecnologica.

Il modello regionale di rete ospedaliera "*hub & spoke*", infatti, prevede la concentrazione delle attività e delle prestazioni di elevata complessità/costo o di quelle correlate a malattie rare, in centri di eccellenza (hub); e l'organizzazione del sistema di invio, da centri periferici funzionalmente coordinati (spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma è struttura di riferimento "hub" per le principali funzioni ospedaliere di alta complessità/specializzazione, non solo per il territorio della provincia di Parma, ma anche per le province limitrofe; e, per particolari ambiti operativi, è "hub" per l'intero territorio regionale. Nel Presidio Ospedaliero Aziendale dell'Azienda USL di Parma sono presenti le funzioni "hub" Ossigeno Terapia Iperbarica, presso l'Ospedale di Vaio (funzione di rilievo regionale); e la Riabilitazione Cardiologica, presso l'Ospedale di Borgotaro (funzione di rilievo provinciale), riceve pazienti dalla Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma).

Il modello regionale "hub & spoke" ha orientato un processo di razionalizzazione del sistema di cura, Provinciale di Area Vasta e Regionale, che dura da più di un decennio. Si tratta di un processo che, pur avendo completato la gran parte del disegno di sistema, non si esaurisce nel tempo, prevedendo assestamenti periodici e nuove implementazioni, soprattutto nel campo delle malattie rare; nonché azioni di affinamento, per quanto riguarda le procedure organizzative ed i supporti di rete. Con la sua introduzione ed attuazione,

può considerarsi realizzato un importante cambiamento, sia strutturale che culturale, in campo medico ed assistenziale.

La programmazione dei controlli

L'Azienda USL ha da tempo avviato un sistema di controlli dell'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, sotto il duplice profilo dei controllo logico - formali e dei controlli SDO - cartella clinica. I rilevanti volumi di prestazioni ospedaliere contestate ed accolte dalle Aziende interessate, anche negli ultimi anni, sono a sostegno della necessità di mantenere attiva la struttura dei controlli logico-formali, che garantisce una corretta imputazione ai territori di riferimento della spesa ospedaliera. Parallelamente occorre mantenere a regime l'entità dei controlli SDO - cartella clinica, secondo le indicazioni nazionali e regionali, migliorando il collegamento tra l'attività di controllo e le ricadute operative sulla qualità dell'assistenza

I **controlli logico formali** sono stati effettuati su tutti i residenti dimessi da strutture ospedaliere pubbliche e private della Regione del 2011. Hanno riguardato, cioè, l'intera casistica dei dimessi, rispettando le scadenze previste dalla RER, sia per le contestazioni che per le risposte alle controdeduzioni.

Per quel che attiene ai **controlli di merito sulle cartelle cliniche delle strutture private accreditate,** nel 2011 sono stati controllati **2123** ricoveri, di cui 853 estratti dai 3° e 4° trimestre 2010 e 1270 estratti dai 1° e 2° trimestre 2011.

Per quel che attiene ai **controlli di merito sulle cartelle cliniche degli ospedali a gestione diretta** nel 2011 sono stati controllati (controlli interni + controlli esterni) **1685** ricoveri, pari al 12% circa dei ricoveri per i cittadini residenti. I controlli di merito sono effettuati da nuclei ispettivi formati da personale medico delle Direzioni di Ospedale e dei Dipartimenti delle Cure Primarie; e da Specialisti di Ospedale e dei Servizi Territoriali. Per quanto riguarda i controlli sugli Ospedali a Gestione Diretta, alle sedute di controllo partecipano dirigenti medici delle unità operative interessate, che riportano ai colleghi le osservazioni ed i suggerimenti, sia operativi che di codifica, del nucleo di controllo.

Il Presidio Ospedaliero Aziendale

La Deliberazione n. 941 del 29 dicembre 2009 ha dato attuazione alle nuove competenze attribuite dall'Atto aziendale ai Direttori dei Distretti di Fidenza e Valli Taro/Ceno (Responsabilità di gestione complessiva degli Ospedali collocati nei rispettivi ambiti territoriali); ai Direttori di Dipartimento ospedaliero (titolarità dei budget di Dipartimento); ed al Direttore Medico del Presidio ospedaliero aziendale (Direzione "tecnica" del sistema ospedaliero aziendale, in staff al Direttore Sanitario). La ridefinizione dei ruoli e delle funzioni è stata completata.

Nel 2011, in particolare, è stata consolidata e resa più efficiente la nuova organizzazione, migliorando i rapporti di rete e le modalità di interfacciamento.

- L'Ospedale di Vaio ha incrementato ulteriormente gli interventi di protesica, mentre l'Ospedale Santa Maria ha mantenuto la produzione dell'anno precedente.
- L'avvio dell'attività di rimozione di cataratta nell'Ospedale di Fidenza è stato rinviato al 2012. E' proseguita l'attività di rimozione di cataratta svolta presso l'Ospedale Santa Maria, con mantenimento di periodicità e volumi di attività.
- L'attività chirurgica otorinolaringoiatrica svolta presso l'Ospedale di Fidenza è stata consolidata, con ottimi livelli di produzione. A partire dal mese di maggio, la dotazione di personale medico è stata incrementata con un contrattista, per costituire l'équipe operatoria in assetto di sicurezza.
- In ambito ostetrico-pediatrico, le attività di omogeneizzazione/miglioramento si sono concentrate sul settore neonato logico, (cfr. punti specifici). Il settore oncologico ha beneficiato dell'azione congiunta del Programma interaziendale omonimo, della collaborazione con l'Ematologia di Piacenza e della nuova istituzione della UOC "Cure Palliative" (cfr. punti specifici).

- L'attività di indirizzo del CIO si è concretizzata con le azioni portate avanti dal nucleo operativo interpresidi. E' stato redatto il documento aziendale per il contrasto alla diffusione degli enterobatteri carbapenemasi - produttori.
- Presso l'Ospedale Santa Maria di Borgotaro è stata individuata una funzione specifica di monitoraggio dei servizi esternalizzati. Nell'Ospedale di Fidenza-San Secondo la funzione è stata mantenuta nell'ambito del controllo dei servizi legati al project financing dell'ospedale.

In tema di Governo Clinico, sono state introdotte importanti innovazioni

- A partire dal mese di maggio 2011, è stata resa operativa la Direzione dell'Unità Complessa "Governo Clinico", prevista dall'Atto aziendale. Questo importante completamento delle funzioni di staff aziendali ha determinato un maggiore impulso e coordinamento delle aree di attività di governo clinico svolte a livello centrale al servizio di tutta l'azienda.
- Il coordinamento delle attività di controllo sanitario sulle strutture ospedaliere sia a gestione diretta che del privato accreditato della rete provinciale, ha consentito la promozione di appropriatezza e qualità, su tutto l'arco dei produttori di pertinenza dell'Azienda USL;
- Il coordinamento dei programmi di gestione del rischio dei Dipartimenti Intraospedalieri è stato condotto in collaborazione con la titolare dell'incarico di alta specializzazione "Gestione del Rischio" di Presidio Ospedaliero Aziendale, In organico alla Direzione Medica dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo; ed in sinergia con la funzione di indirizzo e supporto aziendale, presente nella UOC "Governo Clinico";
- Nei Dipartimenti Intraospedalieri, le procedure e le istruzioni operative del sistema qualità, sono state aggiornate, ai fini dell'accreditamento istituzionale dell'Ospedale Santa Maria e della conferma dell'accreditamento dell'Ospedale di Fidenza-san Secondo P.se.
- Nell'ambito delle attività svolte dall'incarico di alta specializzazione "Gestione del Rischio" di PO aziendale, è stato attivato un percorso di integrazione delle attività di gestione del rischio con quelle che si inquadrano nel sistema qualità aziendale, a livello dei Dipartimenti intraospedalieri, in relazione all'accreditamento degli stessi dipartimenti.
- Lo sviluppo dell'informatizzazione nei Dipartimenti Ospedalieri è stato strettamente collegato con azioni di governo clinico, in settori strategici quali la politica del farmaco; ed in ambiti di produzione ad alto assorbimento di risorse (informatizzazione dei registri operatori).

Ospedale di Fidenza S. Secondo Parmense

Per quanto riguarda lo stabilimento ospedaliero di Vaio, gli effetti positivi derivanti dall'essere struttura di nuova realizzazione, si sono sommati ad una crescita qualitativa del livello professionale di erogazione delle prestazioni, sia in regime di ricovero che in ambito ambulatoriale. Si è pertanto registrata una progressiva tendenza, sia all'incremento dell'importanza del ruolo della struttura nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, sia allo sviluppo della funzione di riferimento per il Distretto di appartenenza.

In diretta connessione con lo stabilimento ospedaliero di Vaio, la struttura ospedaliero - territoriale di San Secondo Parmense ha svolto una funzione di riferimento nella post-acuzie ospedaliera, per il bacino d'utenza distrettuale, anche per ricoverati in altri ospedali della provincia.

Tra le Unità Operative dell'Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense, sono anche comprese, le strutture di degenza ospedaliera del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a direzione universitaria, per le quali è stato predisposto, e realizzato già in parte a fine d'anno, il trasferimento nel ristrutturato Padiglione "Braga" ubicato nell'area dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma.

L'Ospedale di Fidenza – San Secondo Parmense, comprese le unità operative complesse psichiatriche, ha trasferito attività erogate in regime di ricovero diurno a regime di day service, da un totale di 13.022 dimessi nel 2010 (comprensivi di 757 neonati sani), si è passati ad un totale di 12.693 dimessi nel 2011 (comprensivi di 697 neonati sani), con una riduzione del'2,5%.

Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro

L'Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro continua nel consolidamento delle proprie caratteristiche di ospedale generale per acuti e post acuti, di riferimento per il territorio del Distretto Valli Taro e Ceno.

Il pieno inserimento nella rete ospedaliera della provincia di Parma e della Regione Emilia -Romagna, secondo il modello regionale di Hub and Spoke, è testimoniato dall'importante flusso di ricoveri dagli altri distretti della provincia di Parma. Il livello di attrazione, è documentato da un consistente numero di ricoveri in mobilità attiva.

Per l'Ospedale di Borgo Val di Taro si segnala, nel 2011, un decremento del totale dei dimessi (da 4093 del 2010 a 3941 del 2011, compresi i neonati sani dimessi dal nido, rispettivamente 198 nel 2010 e 212 nel 2011), parzialmente compensato dal trasferimento di attività da ricovero diurno a day service.

Sviluppo dei Dipartimenti Ospedalieri

Nel corso del 2011 è proseguito il percorso di valorizzazione del ruolo dei Dipartimenti Ospedalieri in tema di Governo Clinico:

- i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri hanno condiviso gli obiettivi di ambito di gestione del rischio inseriti nelle schede di budget
- è stata data adesione alle iniziative promosse dalla RER nell'ambito della gestione del rischio: progetto SOS-net; progetto SITIER; progetto SICHER
- è stata condotta l'istruttoria per la revisione delle principali procedure di gestione del rischio, anche ai fini dell'accreditamento
- il percorso di formazione sul governo clinico è stato proseguito con l'attività dei gruppi di area tematica, fino all'attribuzione dello specifico incarico di responsabilità di struttura complessa "Governo Clinico", in attuazione delle previsioni dell'Atto Aziendale, affidato nel mese di maggio 2011
- è stata attuata la nuova procedura informatica LAR/SIGLA, per la gestione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici, in entrambi i Dipartimenti chirurgici dell'AUSL.

Nell'ambito della politica del farmaco e del governo della spesa farmaceutica:

- è stata raggiunta la completa adesione al Prontuario Regionale nella prescrizione dei farmaci in regime di ricovero,con alcune eccezioni riguardanti le prosecuzioni delle terapie domiciliari
- la prescrizione di farmaci in dimissione erogati dal Servizio Farmaceutico, ha evidenziato un miglioramento nella indicazione del principio attivo, facilitando in tal modo la distribuzione dei farmaci a brevetto scaduto presenti nel Servizio stesso.il costante monitoraggio e controllo dei Piani Terapeutici redatti dai Centri ospedalieri e l attività di informazione ai clinici , da parte del Servizio Farmaceutico , ha garantito l' appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci specialistici
- è proseguita con regolarità l' attività di monitoraggio Aifa dei farmaci oncologici; il supporto dei farmacisti ai clinici ha contribuito a perfezionare il monitoraggio relativo al follow up, producendo un recupero economico
- è stato conseguito l'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, che si è attestata a livelli inferiori a quelli dell'anno precedente

Altro tema rilevante è stata l'appropriatezza nell'uso dei dispositivi medici:

- sono state perfezionate le azioni di monitoraggio dei consumi dei DM innovativi e di elevato costo, al fine di migliorare l' appropriatezza d' uso, anche allo scopo di un contenimento dei costi
- è stata conseguita un'adesione completa all' uso dei prodotti di gara

Anche lo sviluppo organizzativo è stato affrontato con diverse azioni nel 2011:

- si è proseguito nell'attuare il modello organizzativo definito dal secondo Atto Aziendale dell'AUSL di Parma. Le Direzioni Gestionali di Distretto/Ospedale hanno assunto pienamente il ruolo di coordinamento delle funzioni proprie della gestione complessiva degli ospedali a gestione diretta dell'AUSL, quali rappresentanti della Direzione Generale a livello dei territori distrettuali di riferimento dei due Ospedali di Fidenza – San Secondo e Santa Maria di Borgotaro

- è stato approvato il regolameento dei dipartimenti ospedalieri e stabilita per il 2012 l'elelezione della quota elettiva nei Comitati di Dipartimento
- è stata istruita la proposta di istituzione della struttura complessa di endoscopia digestiva e, a livello aziendale, è stato redatto il progetto per l'istituzione di un dipartimento di diagnostica per immagini, a bacino aziendale, con ruolo guida della UOC di Fidenza. E' stato istituito un nuovo coordinamento di Medicina d'Urgenza
- è stata completata, con grande intensità ed assorbimento di tempo/operatori, l'implementazione delle procedure ed istruzioni operative per l'accreditamento istituzionale dei Dipartimenti e delle UOC dell'Ospedale di Borgo Val di Taro, con superamento della visita di verifica della commissione regionale
- è stata completata, con grande intensità ed assorbimento di tempo/operatori, la preparazione della visita di rinnovo dell'accreditamento dell'Ospedale di Fidenza – San Secondo, con superamento della visita di verifica della commissione regionale.

Le prestazioni di assistenza ospedaliera oggetto di committenza dell'AUSL di Parma

Accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Le Aziende Sanitarie della provincia di Parma regolano i propri rapporti attraverso un accordo, per la disciplina della fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'Azienda USL di Parma (o comunque in carico assistenziale alla stessa) e con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale In particolare, le linee generali per il 2011 hanno riguardato:

- la promozione dell'appropriatezza d'uso dei servizi e dell'efficacia delle cure, sia in termini di ricovero che di durata di degenza;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi;
- lo sviluppo di un sistema ospedaliero integrato;
- l'inserimento delle attività ospedaliere in un contesto operativo di rete tra strutture provinciali e regionali (secondo il modello regionale hub and spoke) e con i servizi territoriali;
- la prosecuzione del percorso di riconversione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario in modalità di degenza/assistenza più appropriate ed a minor costo;
- la riconduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, alle condizioni di maggiore efficacia clinica ed equità di accesso per il paziente, in termini di autosufficienza territoriale.

Nel paragrafo dedicato all'Assistenza Ospedaliera, sono illustrate le principali linee di attività realizzate mentre si rinvia alla **Sezione 2** per **l'illustrazione più puntuale dei dati di attività**.

Contratti di fornitura con ospedali privati accreditati

Nel 2011 i raporti tra l'Azienda e gli ospedali privati accreditati sono stati regolati in coerenza con le indicazioni della DGR 24 gennaio 2011, n° 64 di approvazione del verbale d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e l'AIOP quale indirizzo per la definizine delgi accordi contrattulai per gli anni 2011 e 2012. Le attività che si sono realizzate nel 2011, sono state delineate per ciascuna struttura, secondo quanto di seguito delineato:

Città di Parma

- l'andamento degli invii diretti dal Pronto Soccorso dell'AOU di Parma in linea con i vincoli di budget
- i DRGs chirurgici della MDC n° 8 prodotti per i residenti AUSL sono in lieve diminuzione (1021 versus 1064 nello stesso periodo dell'anno precedente), così come il DRG 544 – Sostituzione di articolazioni maggiori (254 versus 265 nello stesso periodo dell'anno precedente)

- conferma dell'abbatimento tariffario per il DRG 248, per i trattamenti di litotripsia effettuati sulle grandi articolazioni.
- Garanzia della riserva di 7 letti di lungodegenza per i trasferimenti dall'AOU di Parma.

Hospital Piccole Figlie

- partecipazione al cruscotto provinciale si è estrinsecata con un contributo pari a 201 dimessi trasferiti da AOU
- è stato registrato un consistente incremento del fatturato dei DRGs chirurgici nella MDC n°8 (1.034.003,39 versus 766.260,26, + 267.743); da segnalare l'incremento del DRG 544- sostituzione di articolazioni maggiori (26 versus 12, +14) e del DRG 223 – interventi maggiori su spalla e gomito (98 versus 66)
- garanzia della gestione in rete dei posti letto di lungodegenza.

Val Parma

- la partecipazione al cruscotto provinciale realizzata con un contributo pari a 76 dimessi trasferiti da AOU
- ulteriore incremento dell'attività di day surgery, superando il volume economico negoziato con il mese di novembre
- garanzia della gestione in rete dei posti letto di lungodegenza.

Villa Maria Luigia

- il cruscotto provinciale del DAISM-DP ha governato gli invii del bacino d'utenza provinciale, monitorando le ricadute economiche con la collaborazione della struttura ricevente.

Villa Igea

- è stata garantita la messa a disposizione di posti letto per l'Ospedale di Fidenza-San Secondo, attraverso il coordinamento della case manager di tale ospedale

Centro Cardinal Ferrari

- i posti letto GRACER sono stati messi a disposizione nei quantitativi previsti e mensilmente monitorati.

Centro Don Gnocchi

- è stata confermata la messa a disposizione dei posti letto, sia in riabilitazione cardiologica, per le esigenze dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sia in riabilitazione neurologica ed ortopedica, per le esigenze di rete ospedaliera provinciale.

Il governo delle liste di attesa

In adempimento a quanto previsto dalla D.G.R. 27 giugno 2011 n. 925 e alla D.G.R. n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della D.G.R. 1532/2006 e della D.G.R. 73/2007" e alla D.G.R. 1803/2009 relativa ai percorsi di Day Service Ambulatoriale, l'Azienda USL di Parma in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha provveduto a definire il "Programma attuativo provinciale per il governo dei tempi di attesa 201-12" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 26 agosto 2011.

Tale documento di programmazione si pone nell'ottica del governo dei tempi di attesa entro lo standard per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero programmato per il triennio 2011-13.

Il programma è strutturato attraverso: l'analisi del contesto, l'andamento dei tempi di attesa, la valutazione comparata tra offerta-consumi e mobilità, l'accessibilità, l'appropriatezza .

Analisi del contesto. L'analisi del contesto per lo sviluppo del programma attuativo per il governo dei tempi di attesa è stata effettuata attraverso una valutazione multidimensionale degli elementi che concorrono ad influenzare e ad integrare le azioni di sistema.

In questo senso, l'ambito di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale è stato analizzato in forma approfondita, nella valutazione della domanda, nella sua segmentazione rispetto a criticità e complessità, nella strutturazione di percorsi ambulatoriali con offerta adeguata.

I fattori che sono stati esaminati sono:

- l'andamento dei tempi di attesa utilizzando indicatori di accesso/attesa;
- l'andamento di produzione e consumo, utilizzando indici di produzione e consumo;
- la valutazione della struttura dell'offerta e della dotazione dei Distretti, utilizzando indicatori di offerta;
- l'andamento della mobilità, utilizzando indicatori di mobilità;
- la valutazione dei bacini di riferimento di erogazione delle prestazioni.

In generale emerge una buona tenuta del sistema provinciale rispetto ai tempi di attesa, ai consumi e alla mobilità (come si può osservare anche nella Sezione 2).

Valutazioni della struttura dell'offerta. Il sistema di offerta provinciale garantito dall'Azienda Usl, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dal Privato Accreditato è accessibile attraverso il sistema CUP provinciale che rappresenta la banca dati unica di tutte le prestazioni.
L'adeguamento dell'offerta sia per le prestazioni di base sia per quelle di diagnostica strumentale a maggiore impatto ha consentito da tempo di arrivare ad una situazione di autosufficienza rispetto al bisogno di prestazioni ed al mantenimento stabile dei tempi di attesa entro lo standard.

Il tema dell'accessibilità trova la sua declinazione in due versanti:

- accessibilità esterna che si esplica soprattutto attraverso la qualificazione dei servizi di prenotazione in rete su tutta la provincia;
- aviluppo di percorsi integrati per la presa in carico dell'utente correlati ad un'analisi ricorsiva della domanda.

L'Azienda USL di circa l'accessibilità esterna, ha teso al forte sviluppo alla rete degli sportelli di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il sistema di prenotazione CUP nel corso degli ultimi anni è stato adeguato alle normative regionali e alla domanda che è variata non solo in termini quantitativi ma anche in termini di complessità clinica. Inoltre si è provveduto ad una precisa articolazione dell'offerta per le varie classi di priorità (urgenze, urgenze differibili, prestazioni programmabili e controlli) con un modello organizzativo che è stato ripreso nella formulazione del Piano di produzione provinciale. Tutte le prestazioni dell'Azienda Usl, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del Privato accreditato sono presenti nel sistema CUP provinciale.

Dal punto di vista dell'accessibilità si è ulteriormente consolidata la rete degli sportelli di prenotazione che vede ora coperti tutti i comuni della provincia o con sportelli unici a gestione diretta dell'Azienda Usl o con sportelli presso Farmacie, Comuni o Patronati/Associazioni. E' inoltre presente un servizio di call center per la prenotazione (e disdetta) di prestazioni erogate in ambito istituzionale e in regime di Libera Professione.

Sviluppo di percorsi integrati. Il tema del governo della domanda, nel corso nel corso del 2011, ha trovato, fra le altre, una dimensione organizzativa attraverso il consolidamento di percorsi ambulatoriali integrati, ed in particolare:

- la qualificazione del percorso ambulatoriale semplice
- la piena strutturazione dei Day Service Ambulatoriali.

Questi rappresentano, dal punto di vista organizzativo, i due modelli di riferimento che possono essere sviluppati nelle varie strutture sanitarie che erogano prestazioni ambulatoriali.

Percorso semplice. Il percorso semplice si caratterizza per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali a seguito di prenotazione CUP che può avere come iter:

- la semplice erogazione della prestazione e la refertazione per il prescrittore
- l'erogazione di prestazioni aggiuntive da parte dello stesso professionista o ambulatorio e la refertazione per il prescrittore

- una presa in carico semplice da parte dello specialista che richiede una o più prestazioni di approfondimento per completare l'iter diagnostico. Il percorso viene completato con il referto finale di sintesi dopo gli approfondimenti.

E' stata consolidata l'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione, della refertazione elettronica (connessa al Progetto SOLE e quindi con ritorno informatizzato al medico di medicina generale) e della riprenotazione degli accessi successivi (ove necessari).

Day Service
Sulla base delle indicazioni regionali (DGR 1803/09), vengono individuate due tipologie di Day Service ambulatoriale:

- il DSA 1 rivolto a pazienti acuti o che presentano forme di riacutizzazione/scompenso della patologia, si svolge in un arco temporale massimo di 30 giorni (percorsi diagnostici) o di 90 giorni (percorsi terapeutici); coinvolge almeno 3 discipline (compresa quella erogante) e non può essere ripetuto nell'anno per la stessa patologia;
- il DSA 2 rivolto a pazienti che richiedono valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito in situazioni di elevata complessità clinica; il numero di accessi è coerente con quelli stabiliti nel protocollo, e può essere ripetuto più volte nell'anno.

Il percorso Day Service viene attivato dallo specialista che, valutata la particolare complessità clinica, invia l'utente al Day Service Ambulatoriale per l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico. I percorsi Day Service possono essere attivati nell'ambito di strutture poliambulatoriali che sono in grado di erogare tutte o la gran parte delle prestazioni. Le strutture che rispondo a tali requisiti sono:

- Distretto di Parma: Azienda Ospedaliero-Universitaria, Polo Sanitario Parma Ovest, Polo Sanitario di Colorno;
- Distretto di Fidenza: Ospedale di Fidenza-S.Secondo (sedi di Fidenza e S.Secondo);
- Distretto Valli Taro Ceno: Ospedale di Borgo Val di Taro, Polo Sanitario di Fornovo Taro;
- Distretto Sud-Est: Polo Sanitario di Langhirano.

Appropriatezza. La valutazione dell'appropriatezza (prescrittiva, organizzativa ed erogativa) ha rappresentato un elemento fondamentale di programmazione per il governo delle liste di attesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Di seguito si riportano le azioni svolte e programmate dalle articolazioni distrettuali e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Strumenti per il contenimento dei tempi di attesa identificati, anche in relazione alla normativa regionale, sono:

- Il piano di produzione quale strumento per garantire gli adeguati livelli di produzione finalizzati al mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard definiti. Il piano di produzione è stato articolato secondo le varie modalità di accesso che sono gestite sul sistema CUP provinciale (primi accessi, controlli, urgenze differibili, urgenze H24, Accesso diretto, Day Service, 2° livello, percorsi semplici, completamento diagnostico, Libera professione);
- Ambiti di garanzia: nell'ambito del Programma Aziendale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale si è preso atto delle prestazioni di base definite a livello regionale come presupposto all'autosufficienza territoriale. Le prestazioni di base hanno un livello di garanzia distrettuale mentre per le prestazioni di diagnostica strumentale di maggiore complessità (TAC, RM) la garanzia è a livello aziendale.
- Agende di garanzia: i distretti, in situazioni di criticità mettono in atto un sistema di produzione integrativo per rispondere all'utenza nei tempi standard, attivando delle agende di garanzia. L'offerta relativa a tali percorsi di garanzia è totalmente gestita sul sistema di prenotazione CUP: l'accesso avviene attraverso una prenotazione sul sistema e con il rilascio in tempo reale della prenotazione al cittadino.
- Sistema informativo: è stato attivato un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa che consente quasi in tempo reale di verificare i tempi di attesa di tutti i produttori. Tale sistema è disponibile sulla rete aziendale.

Liste di attesa dei ricoveri programmati. Anche per l'area ospedaliera relativa alle liste di attesa dei ricoveri programmati l'Azienda ha svolto azione di monitoraggio costante e di programmazione in relazione agli obiettivi regionali di sviluppo del sistema. In particolare le azioni sviluppate sono relative a:

- condivisione aziendale dei nomenclatori per la classificazione e la codifica delle diagnosi e degli interventi
- piena applicazione dei codici di priorità (classi A, B, C e D) nella fase di prericovero e nella SDO
- consolidamento del sistema informativo per la gestione della lista di attesa dei ricoveri programmati compatibile con lo sviluppo del progetto regionale SIGLA.

Si rinvia alla **Sezione 2** per **l'illustrazione più puntuale dei dati di attività**.

Il Processo di Accreditamento

Sviluppo del Sistema Qualità

Nell'arco dell'anno 2011 l'attività di supporto in tema di promozione della qualità e accreditamento é stata orientata ad avviare in tutti i Dipartimenti il lavoro della rete aziendale dei "facilitatori" del sistema qualità. L'obiettivo è stato quello di focalizzarsi sulla necessaria integrazione, tra la gestione per la qualità e quella del rischio clinico assistenziale, delle formazione e della comunicazione. Si è inteso inoltre, accrescere la capacità di misurare e valutare la qualità dei processi così come quella dei risultati ottenuti in campo clinico assistenziale, favorendo la strutturazione di azioni correttive e di miglioramento, in caso di non conformità del risultato. Particolare attenzione è stata posta allo sviluppo della capacità di utilizzo dei risultati evinti dalle indagini condotte nell'ambito della qualità percepita degli utenti in ottica di miglioramento continuo.

Nel corso del 2011 sono state svolte le seguenti attività:

- introduzione nei Dipartimenti e nelle Unità Operative di logiche di riesame e pianificazione annuale (relazioni annuali; piani di attività annuali; piano organizzativo di lavoro; piani per le verifiche e piani di comunicazione)
- avvio strutturato di indagini di misurazione della qualità percepita e conseguente elaborazione, quando necessario, di azioni correttive e preventive e di miglioramento
- perfezionamento dell'utilizzo degli strumenti per la gestione del sistema di qualità (prodotti; indicatori/standards; procedure/percorsi; progettazione del miglioramento)
- svolgimento della verifica periodica dei risultati secondo piani di verifica sistematici
- svolgimento di Verifiche Ispettive Interne ed Esterne Regionali. Le Verifiche Ispettive Interne sono state effettuate nelle strutture oggetto di verifica per l'anno 2011.

Accreditamento Istituzionale

Nel corso dell'anno 2011 sono state svolte due verifiche ispettive regionali ai fini dell'accreditamento:

- Ospedale S. Maria Borgo Val di Taro (prima verifica)
- Ospedale Fidenza-S. Secondo P.se (rinnovo)

Si è svolta inoltre, una verifica ispettiva regionale centrata sul tema della gestione del rischio. Tali esperienze si sono concluse complessivamente con esiti favorevoli ed in alcuni casi con note di aperto apprezzamento. Il percorso di accreditamento si é avvalso del contributo degli Uffici di Staff aziendali e dall'Area Tecnico Amministrativa in relazione a specifici ruoli e competenze.

Sono inoltre stati avviati i percorsi di preparazione alle verifiche di Accreditamento Istituzionale previste per il 2012 riguardanti:

- Hospice " La Valle del Sole "- Borgo Val di Taro
- Sistema di Emergenza Territoriale
- Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM-DP).

La prevenzione individuale e collettiva

Le visite medico collegiali , Le attività vaccinali Le attività di Screening

Nella Sezione 2 del presente Bilancio di Missione sono riportati i dati relativi alle attività di vaccinazione di Screening.

Screening colon retto

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Il programma per lo screening del colon-retto è stato attivato nella provincia di Parma nel 2005; nel 2010 è terminato il terzo round di invito alla popolazione obiettivo dello screening e nel 2011 è iniziata la quarta fase. Nella nostra regione i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (dopo il carcinoma del polmone), che per le donne (dopo il carcinoma della mammella). Il tumore colo-rettale ha la peculiarità che lo sviluppo della neoplasia maligna è nella maggior parte dei casi (90%), preceduto dalla comparsa di lesioni benigne (polipi o adenomi). Il programma di screening del tumore colo-rettale ha lo scopo di individuare precocemente le lesioni neoplastiche del colon-retto, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci; tale esame viene eseguito ogni due anni, dietro invito della Azienda USL alla popolazione target, maschile e femminile, di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Obiettivo del programma è che ciascuna persona della fascia di età interessata esegua il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni, o, comunque, venga invitata ad eseguirlo.

Nella provincia di Parma il programma interessa più di 100.000 persone, il 40% delle quali residente in città. L'organizzazione si differenzia dagli altri screening di popolazione già in atto per alcune caratteristiche peculiari: fin dalla progettazione, si è trattato di programma interaziendale, sviluppatosi attraverso la costituzione di un gruppo di professionisti delle due Aziende sanitarie. Il Centro Screening, gestito dall'Azienda USL di Parma, ha il compito di segreteria organizzativa, gestione inviti e gestione agende del secondo livello. I centri di secondo livello, che eseguono le colonscopie, afferiscono sia all'AUSL che all'AOU e agiscono in sinergia, eseguendo colonscopie diagnostiche ed operative, visite cliniche con indirizzo di follow up ai pazienti, ma anche visite chirurgiche quando necessarie, completando tutto il percorso clinico dei pazienti. Integra il percorso, l'effettuazione di esami istologici sulle lesioni polipose asportate, esami eseguiti dall'Anatomia Patologica dell'AOU, secondo linee diagnostiche condivise da tutti gli anatomopatologi dei Centri della Regione, basate sulla codifica internazionale.

Un altro carattere distintivo del programma di screening colo-rettale della provincia di Parma è la forte collaborazione attiva da parte del volontariato nella gestione della consegna e ritiro del test: partendo dalla considerazione che già da 15/20 anni le associazioni di volontariato del territorio hanno avviato campagne di sensibilizzazione sul tema della prevenzione del tumore del colon retto, ottenendo lusinghieri risultati in termini di partecipazione e che tali associazioni sono presenti in modo capillare sul territorio, si è sviluppata una proficua collaborazione su tutto il territorio provinciale. A rotazione, nell'arco del biennio del round di screening, vengono attivati sportelli per la consegna e il ritiro dei campioni in comuni, sia presso le sedi delle associazioni che presso i comuni.

Per quanto riguarda i risultati del programma di screening colorettale provinciale (inizio 4° round), nel 2011 sono state invitate ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 30.585 persone: il 53,58% l'ha effettivamente eseguito, aderendo al programma e di questi il 3,74% è risultato positivo. Dei soggetti con sangue occulto positivo, il 54,65% ha effettuato approfondimenti mediante un esame di II livello (colonscopia). Da sottolineare che tali dati, soprattutto quelli relativi al II livello, devono essere considerati parziali, in quanto riguardano solo gli esami dei pazienti che hanno completato l'iter diagnostico.

Tab. 1: Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2011 al 31.12.2011

2011*	**N°**	**%**

Popolazione invitata	30.585	
Popolazione aderente	16.388	53,58%
Sangue occulto positivi	613	3,74%
Colonscopie eseguite	335	54,65%
Adenomi rilevati in totale	91	27%
Adenomi ad alto rischio	53	16%
Adenomi a basso rischio	38	11%
Carcinomi	8	2%

Fonte - Database interno AOU-AUSL di Parma

**Dati parziali; in corso il completamento degli esami*

Al fine di incrementare i dati di adesione al 2° livello, il Centro Screening ha avviato la chiamata telefonica attiva dei pazienti positivi al test di sangue occulto nelle feci, in modo da facilitare la prenotazione degli esami endoscopici di II livello.

Inoltre, attraverso il controllo dei referti endoscopici di routine, si è proceduto, con la collaborazione dell'AOU, a correggere le liste dei pazienti target, escludendo in maniera temporanea o definitiva dal programma coloro che rispettivamente si erano già sottoposti a colonscopia oppure erano già portatori di patologie coliche (polipi o carcinomi). Tutto ciò permette di razionalizzare il processo e concentrare le risorse su pazienti selezionati.

Infine, in collaborazione con le Società scientifiche dei Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO) e degli Endoscopisti (SIED), l'osservatorio nazionale screening ha attivato un programma di controllo interno dell'attività endoscopica, mediante uno strumento di autovalutazione delle performance in endoscopia (compilazione di schede anonime da parte degli operatori), ciò finalizzato ad ottenere miglioramenti qualitativi più mirati.

La prevenzione collettiva

La sicurezza nei luoghi di lavoro

Il contrasto degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è l'obiettivo prioritario dei Servizi prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), inserito nel quadro orientato alla salute collettiva del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna.

L'attività di vigilanza e controllo dell'Azienda si è indirizzata a garantire il controllo nei comparti di interesse regionale, con riguardo ad alcune specificità di rischio e danno, come ad esempio nel settore agroalimentare l'emergenza dei problemi legati alla movimentazione manuale di carichi e al sovraccarico biomeccanico degli arti superiori.

Il volume di attività ha consentito di corrispondere e superare l'indice di copertura dei controlli attibuito dalla regione.

L'azione di vigilanza si è orientata ad un potenziamento dell'attività di interazione e coordinamento con altri organi di vigilanza (Direzione Territoriale del Lavoro, INAIL, INPS, Vigili del Fuoco) all'interno dell'Organismo Provinciale, attuando anche iniziative congiunte nei settori più critici (edilizia, agricoltura, ambienti confinati).

L'attività di vigilanza è stata integrata da una sostenuta attività di sensibilizzazione sulle tematiche della sicurezza sul lavoro verso il tessuto sociale, in particolare verso il mondo della scuola.

Si è mantenuta una significativa azione di assitenza attraverso:

- la partecipazione a iniziative di formazione organizzate da enti di formazione delle associazioni di categoria e dei lavoratori, rivolte agli attori aziendali della prevenzione (RLS, RSPP, Medici Competenti);

- attraverso la promozione di gruppi di lavoro tecnici con rappresentanti delle parti sociali e delle professioni, con l'obiettivo di individuare in modo condiviso criteri di responsabilità sociale, regole e percorsi di qualità.

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi al prevenzione sui luoghi di lavoro, **si rimandano alle Sezione 1 e 2 di questo documento.**

Attività distrettuale e cure primarie

Il percorso di ridefinizione dei servizi territoriali mirato a garantire la presa in carico delle persone, la prossimità delle cure, la continuità assistenziale e risposte globali al bisogno di salute delle persone promosso dalla Regione Emilia-Romagna, ha portato alla costituzione, in tutte le Aziende Usl, dei Dipartimenti delle Cure Primarie articolati in Nuclei di Cure Primarie, reti cliniche territoriali che rappresentano le unità operative fondamentali per l'erogazione delle cure primarie. L'erogazione delle cure si realizza attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali.

Per portare a compimento il sistema delle cure primarie, la Regione intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture sanitarie e sociosanitarie, definite "Case della Salute" (DGR 291/10) che siano punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, ma anche la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Nel 2011 l'Azienda, dopo aver definito uno specifico Progetto aziendale illustrato nel Bilancio di missione 2010, si è impegnata nella realizzazione definite nei singoli progetti ed ha avviato un percorso formativo volto a perseguire il necessario cambiamento culturale finalizzato alla concreta realizzazione delle Case della Salute. Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta un obiettivo strategico del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da un'aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata dei servizi distrettuali.

In specifico nel corso del 2011 sono state formalemente attivate le seguenti case della salute:

- Busseto – Distrretto di fidenza (inaugurata il 09/12/2011)
- Langhirano – Distretto Sud-Est (inaugurata il 14/11/2011)
- Medesano – Distretto Valli Taro e Ceno (inaugurata il 16/12/2011)
- Monticelli – Distretto sud-Est (inaugurata il 17/12/2011)
- S. Secondo – Distretto di Fidenza (adeguamneti completati secondo la programmazione nel mese di gennaio 2012).

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi all'attività Distrettuale ed alle Cure Primarie ed alle Case della Salute si rimanda alle alla **Sezione 2 di questo documento.**

Progetti ICT di Sanità On Line

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti attraverso la rete Sole e diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito. DGR 732/2011 Sistema informativo regionale. Mantenimento e alimentazione del patrimonio del sistema informativo della sanità e politiche sociali.

In relazione ai risultati raggiunti, relativi al potenziamento dello scambio di documenti tramite la rete SOLE, si riassumono gli interventi effettuati dall'Azienda Ospedaliera e dall'Azienda Territoriale di maggiore valenza:

- nel corso del 2011, la rete del progetto SOLE è stata ulteriormente estesa ai medici di

medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS) sino al raggiungimento di un livello di copertura sul territorio provinciale pari al 97% del totale e in particolare pari al 98% per gli MMG e al 94% per i PLS;

- è stata completata l'attività di integrazione del servizio di prenotazione CUP in SOLE per tutte le farmacie della provincia delle associazioni Federfarma e AFM, per cui sono stati erogati corsi di formazione e sedute di affiancamento ai farmacisti;
- è proseguita la sperimentazione della trasmissione in SOLE del "Report Diabetologico" dei pazienti in gestione integrata tra i medici MMG e i 7 centri diabetologici dell'Azienda USL con il coinvolgimento di 37 medici per un totale di circa 737 report scambiati relativi a circa 583 pazienti;
- è stata realizzata l'integrazione del sistema di gestione dei ricoveri per l'invio degli eventi di ricovero e dimissione ed è operativa da luglio 2011 l'effettiva spedizione degli stessi alla piattaforma SOLE;
- si è definito, in AOU, lo strumento per la redazione delle lettere di dimissione e sua integrazione con la piattaforma SOLE ed è operativa da luglio 2011 l'effettiva trasmissione delle lettere di dimissione a SOLE;
- è stato ammodernato il sistema informatico del laboratorio di analisi chimico cliniche con conseguente incremento dei volumi di referti inviati a SOLE;
- realizzata l'integrazione del sistema di gestione del pronto soccorso con l'architettura SOLE con l'effettiva trasmissione del referto di Pronto Soccorso alla piattaforma SOLE;
- sono cambiate le modalità di trasmissione del referto di radiologia tramite SATR parametrico e sono, di conseguenza, incrementati i referti inviati;

Documento	Volumi 2010	Volumi 2011
Pronto Soccorso	0	24.648
Laboratorio	47.035	72.571
Radiologia	362	7.034
Evento ricovero	0	9.694
Evento dimissione	0	9.684
Lettera di Dimissione	0	233

- attivazione per i dipendenti dell'AOU del fascicolo sanitario elettronico;
- sono state definite le modalità d'integrazione del sistema di gestione delle liste d'attesa con la piattaforma regionale (progetto SIGLA);
- realizzata la definizione di una Registration Authority aziendale. Le CNS sono ad oggi utilizzate, in AOU, come unico strumento di firma aziendale per i documenti.

Nel corso del biennio 2012-2013 verrà implementato in AOU lo strumento per l'invio alla piattaforma SOLE dei referti di specialistica.

Area della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI- SMDP)

L'Atto Aziendale ha formalizzato la costituzione del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM-DP) comprendente le aree disciplinari di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza , Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica.

Il DAI SM-DP ha integrato la componente Universitaria dei Servizi Psichiatrici presenti a Parma, tramite la formalizzazione degli accordi interaziendali e interistituzionali.

L'obiettivo strategico che ha riguardato tutte le aree del DAI SM-DP nell' anno 2011 è stata l'applicazione delle indicazioni regionali contenute nel Piano Attuativo per la Salute Mentale 2009-2011 (PASM) con particolare riguardo agli ambiti della integrazione socio-sanitaria e alla completa definizione dell'assetto dei servizi per la prevenzione, presa in cura e riabilitazione in un'ottica di costante coinvolgimento e partecipazione degli utenti e delle famiglie. In questo ambito, particolare importanza è stata l'attività del "Comitato Utenti Familiari".

Nell'ambito del programma Qualità, sono state perfezionate le procedure di interfaccia interne al Dipartimento, in particolare sono state completate le procedure finalizzate a garantire la continuità assistenziale tra la NPIA e le aree disciplinari di Psichiatria e delle Dipendenze Patologiche. E' stato avviato il percorso di adeguamento ai requisiti specifici per l'accreditamento della NPIA e dello SPOI (Clinica Psichiatrica). E' proseguito il monitoraggio dell'applicazione del documento aziendale e dipartimentale sulla prevenzione degli atti di violenza. E' stato costituito un gruppo dipartimentale per la Emergenza Urgenza al fine di predisporre nuove modalità procedure operative con il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

I dati relativi all'attività della Salute Mentale sono illustrati in maniera più dettagliata nella Sezione 2 di questo Bilancio cui si rinvia per una puntuale rendicontazione. Di seguito si esplicano in sintesi alcune azioni significative realizzate nel 2011 nelle Aree disciplinari del Dipartimento.

Area Disciplinare di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

L'Area della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza ha sviluppato le attività di prevenzione, presa in cura precoce e continuità assistenziale in particolare nelle fase di passaggio tra età minore ed età adulta; particolare attenzione è stata dedicata soggetti "multiproblematici" o con necessità di presa in carico di lungo periodo e dei pazienti con patologie cosiddette a doppia diagnosi.

I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi utenza dell'area della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, sono tendenzialmente costanti e omogenei con le tendenze regionali. L'approvazione della legge nazionale sui DSA (Disturbi Specifici di Apprendimento), ha determinato un significativo incremento della domanda di valutazione.

Programma Regionale Integrato Autismo. Il Team aziendale autismo ha proseguito e consolidato l'attività clinico-assistenziale e gli interventi di rilevazione, monitoraggio, verifica e di supporto clinico specialistico in stretto rapporto con le unitò operative distrettuali e in raccordo e collaborazione con l' "Hub" di Area vasta (Reggio Emilia). Positivo il rapporto con la Fondazione Bambini e Autismo di Fidenza per il coordinamento e l'integrazione degli interventi clinico-assistenziali e per la costruzione di un efficace percorso di cura e di assistenza. Il Sistema Curante, che vede il coinvolgimento attivo delle famiglie, della Scuola, degli enti locali con i servizi educativo-assistenziali, della rete dell'associazionismo, permette di programmare progetti di continuità assistenziale-abilitativa e di sollievo anche nel periodo estivo.

Nel 2011 è continuata l'attività del Centro per i Disturbi della comunicazione e della Socializzazione a Parma, sorto dalla collaborazione tra AUSL, Comune di Parma, Università degli Studi di Parma e Ufficio Scolastico Provinciale e rappresentanze dei genitori. Prosegue la programmazione di interventi teraputici e abilitativi con l'obiettivo di favorire un adeguato passaggio alla maggiore età, attraverso una graduale presa in carico da parte dei servizi per l'età adulta, l'attuazione di percorsi scuola-lavoro e di interventi occupazionali. Notevole importanza hanno avuto le iniziative di Formazione rivolte agli insegnanti.

La collaborazione con l'Università degli Studi di Parma - Dipartimento di neuroscienze continua in modo fattivo, sia sul versante operativo che scientifico, con la ricerca sull'autismo.

Direttiva regionale ADHD (Sindrome da deficit di attenzione e iperattività). E' proseguita l'attività del Team aziendale per favorire gli gli interventi di valutazione diagnostica e terapeutici multimodali e psicofarmacologici in modo omogeneo in ambito aziendale. E' mantenuta per il 2011 l'attività di monitoraggio e controllo attraverso il Registro Nazionale ADHD e la partecipazione al Coordinamento regionale ADHD.

Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA). L'approvazione della legge nazionale, la Direttiva regionale sui DSA hanno determinato la necessità di protocolliun notevole sforzo delle unità oeprative di NPIA per garantire adeguate risposte sia diagnostico-valutative sia di intervento e di collaborazione con l'Istituzione secondo specifici protocolli e procedure.

Adeguamento dei percorsi per il riconoscimento dell'invalidità e per l'Integrazione scolastica (L.104/92) e per la collaborazione con le istituzioni educative. La partecipazione dei neuropsichiatri infantili alle commissioni medico-legali prosegue con spirito collaborativo per rendere agevoli e adeguare le valutazioni dei soggetti in età evolutiva e favorire il rapporto con le famiglie e la collaborazione alle Istituzioni scolastiche per la programmazione degli interventi di integrazione scolastica degli alunni disabili.

Collaborazione con Servizi Sociali. E' stata implementata la collaborazione con i Servizi Sociali nel quadro

del percorso di accreditamento degli Enti che intervengono nelle attività socio assistenziali per i minori. Nel Distretto di Parma è stato attivato il percorso per la rimodulazione e il rinnovo del Protocollo per l'integrazione e il coordinamento delle funzioni sociosanitarie dell'area tutela minori tra Comune di Parma e Area Disciplinare NPIA, nell'ambito della Convenzione con DAI/SMDP.

Accreditamento NPIA. Il percorso di accreditamento istituzionale, che vede impegnati i Gruppi di lavoro dell'UONPIA, prosegue con il coinvolgimento degli operatori delle unità operative. E' stata realizzata una indagine sulla qualità percepita dei servizi offerti dalle UUOO.

Sistema informativo NPIA. Prosegue l' adeguamento del sistema di rilevazione dati "ELEA" al sistema di informatizzazione SINPIAER. L'implementazione e adeguamento del sistema avvengono con il contemporaneo percorso di accreditamento e con il coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori.

Attività di integrazione. Nell'ambito del processo di adeguamento dell'organizzazione dei servizi dell'Area Disciplinare di NPIA, ha preso avvio l'Unità Operativa Semplice dipartimentale di Integrazione Socio Sanitaria. E' stato realizzato il trasferimento delle attività presso la sede di Via Savani delle attività di NPIA.

Disturbi Comportamento Alimentare. Prosegue la collaborazione della NPIA con il Programma per i disturbi del comportamento alimentare. Oltre alla formazione si è proceduto in collaborazione con il dipartimento di sanità pubblica per la prevenzione dell'obesità infantile.

Programmi di tutela, affido e adozioni. Nell'ambito dei programmi di tutela, affido e adozioni, si è avviato, con l'Amministrazione provinciale, il monitoraggio dei protocolli per la tutela dei minori, in collaborazione con le Istituzioni scolastiche.

Area Disciplinare Psichiatria Adulti

Sono proseguiti i lavori per la realizzazione del nuovo Polo Psichiatrico Ospedaliero e la ristrutturazione della Fattoria di Vigheffio e della Residenza "I maggio". Sono proseguite ed ampliate le azioni di sostegno alla "domiciliarità assistita", anche tramite incontri specifici che sono stati effettuati con il Consorzio delle Cooperative Sociali al fine di pianificare gli interventi a favore degli utenti psichiatrici (Progetto Collettivamente sostenuto dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Parma) .

Integrazione tra DAI/SM-DP e Clinica Psichiatrica Universitaria. Nel 2011 si è consolidato il processo di integrazione tra le Aree Disciplinari del Dipartimento e l'UO CSM Parma Nord- SPOI a Direzione Universitaria.

Integrazione socio – sanitaria. La Direzione del Dipartimento ha coordinato un gruppo in AVEN finalizzato al monitoraggio dei Piani regionali per la salute mentale, dei percorsi di integrazione socio-sanitaria in psichiatria e di accreditamento.

Rappresentanti del DAISMDP hanno partecipato regolarmente ai Tavoli dei Piani per la Salute e il Benessere ed è stato istituito un Coordinamento interno al Dipartimento per garantire omogeneità e coerenza tra i progetti e le linee operative dei servizi. Si è avviata inoltre la revisione dei protocolli per l'integrazione socio sanitaria con il Comune di Parma.

Integrazione DAI/SM-DP con medici di medicina generale. Sono proseguiti in tutti i Distretti le attività di collegamento, formalizzate anche attraverso la individuazione di Medici psichiatri referenti per tutti i nuclei di Cure Primarie. Nell'ambito del Programma Leggieri si sono svolte iniziative pubbliche di educazione sanitaria e programmi di formazione congiunta tra medici psichiatri e MMG. Si è incrementata la consultazione e l'attività dello psichiatra nel Nucleo di Cure Primarie

Programma Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). E' stata aggiornata la rete per la cura dei DCA composta da AUSL, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Ospedale privato accreditato "Villa Maria Luigia", Associazioni e attivato il team integrato interaziendale per lo sviluppo del programma attraverso protocolli e iniziative formative. Particolare rilievo ha la collaborazione con l'Associazione "Sulle ali delle menti" per facilitare gli accessi, i percorsi di trattamento, per sostenere le famiglie ed arrichire le opportunità offerte dalla rete dei servizi anche attraverso la progettazione di una Residenza dedicata ai DCA. Si è continuato il "Percorso Obesity" e azioni di promozione di corretti stili di vita in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il Programma Strategico GET UP (Genetics, Endophenotypes and Treatment. Understanding early Psychosis): Nel si è completato il progetto che ha consentito agli operatori dei Centri di Salute Mentale di

migliorare le conoscenze sull'esordio psicotico, sui trattamenti in grado di migliorarne in maggior misura l'esit, di focalizzare l'attenzione sull' intervento precoce di tipo psicosociale. Fa parte del progetto anche l'obiettivo di caratterizzare dal punto di vista genetico, morfofunzionale cerebrale, endofenotipico, clinico e degli stressor ambientali i nuovi casi di psicosi al momento dell'esordio e in relazione all'esito. Sono in corso di completamento i report dei CSM sperimentali, dove è stato applicato il protocollo previsto, e dei CSM di controllo ove si sono attuate le pratiche di routine.

Le Dipendenze Patologiche

Nel corso del 2011 il Programma Dipendenze Patologiche ha continuato ad assolvere la funzione di coordinamento con gli Enti gestori delle strutture accreditate (Accordi locali e Commissioni paritetiche) e con gli Enti Locali (Piani di Zona distrettuali) secondo programmazione e normativa regionale.

Attraverso il lavoro della **Commissione Locale di Monitoraggio** si è provveduto alla stesura dell'accordo di fornitura per l'anno 2011-12 con gli Enti Ausiliari e alla verifica del rispetto dello stesso. Al fine di migliorare l'appropriatezza dell'inserimento in Comuntà Terapeutica si dato corso al Progetto Rex attraverso un gruppo di lavoro con rappresentati dei Ser.T e del privato sociale.

Il lavoro del **Tavolo di Comitato di Programma** ha migliorato le interfacce interne e gli standard d'intervento mediante specifici gruppi di miglioramento.

L'Osservatorio Dipendenze ha ottemperato ai debiti informativi regionali e ministeriali e operato in relazione ai bisogni informativi espressi da Servizi sociali e sanitari, Enti locali e privato sociale al fine di supportare una programmazione sociosanitaria. In linea con i principi di *accountability* che ispirano anche questo documento, nell'anno 2011 è stato, regolarmente redatto il *report* sui consumi di sostanze e le attività dei Servizi per le Dipendenze nella provincia di Parma (dati e attività dell'anno 2010).
Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei Servizi e d'implementazione delle funzioni di Governo Clinico, nel secondo semestre 2011, è stata intrapresa l'attività di valutazione sugli interventi di "bassa soglia" e di riduzione del danno conclusasi con un importante convegno "Processo alla riduzione del danno".

L'assistenza ai detenuti

Nel corso dell'anno 2011 si sono consolidate le funzioni trasferite e si è meglio delineata la architettura organizzativa in attuazione della DGR 2/2010 "Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari: prime indicazioni per le Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali" che ha fornito le linee di indirizzo. L'Azienda USL di Parma con delibera 999 del 29.12.2010 ha adottato il "Programma Aziendale Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari" che delinea in modo puntuale la organizzazione della erogazione delle prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta e allo stesso tempo individua le interfacce interne (con i Dipartimenti DAISM/DP e DSP) ed esterne (con l'AOU, con gli Istituti Penitenziari ed altri soggetti istituzionali e del terzo settore) ed ha trovato attuazione nel 2011. In questo ambito è stato realizzato il percorso formativo rivolto al personale infermieristico e medico operante nell'Istituito Penitenziario sui temi dell'emergenza Urgenza. Sono state diffuse linee operative con l'obiettivo di adeguare la metodologia di lavoro a quella degli altri servizi aziendali e si è iniziata la stabilizzazione del personale (infermieri e psichiatri).

Si è realizzato il progetto "La promozione del benessere psicofisico negli Istituti Penitenziari di Parma", finanziato dalla Fondazione Cariparma per una durata di tre anni. Il progetto si articola in diverse azioni che includono l'integrazione socio-sanitaria. Per una più ampia illustrazione dei dati **si rimanda alle alla Sezione 2 di questo documento.**

Area Anziani e il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.)

In continuità con gli obiettivi perseguiti e realizzati negli anni precedenti, nel 2011 l'Azienda U.S.L. ha proseguito nelle azioni mirate ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del

F.R.N.A. ed equità di accesso alle risorse in tutto il territorio, attraverso l'interazione costante con la C.T.S.S. e con i Comitati di Distretto, in particolare nelle fasi di monitoraggio dei servizi e dei costi del F.R.N.A. e nella successiva fase di programmazione dei servizi e del F.R.N.A.

I cinque anni di operatività del F.R.N.A. hanno portato ad un netto miglioramento dei servizi dell'area anziani e disabili in tutti i Distretti sia in senso qualitativo che quantitativo.

Nel 2011 le risorse assegnate con il F.R.N.A. dalla Regione Emilia Romagna per la gestione dei servizi sono ammontate a Euro 44.867.404,000 così distribuite:

- **area anziani:** Euro 33.592.544,00 ripartiti sulla popolazione ultrasettantacinquenne residente al 01/01/2010. Rispetto al 2010, nel 2011 si è registrato un incremento in valori assoluti pari a Euro 2.370.417,00;
- **area disabili:** Euro 9.539.294,00 con un incremento rispetto al 2010 in valori assoluti di Euro 140.975,00;
- **area gravi disabilità acquisite:** (ex D.G.R. 2068/2004): Euro 1.735.567,00 - somma determinata sulla base del numero dei casi censiti-, che ha visto un incremento rispetto al 2010 di Euro 320.000,00.

Ulteriori risorse sono state assegnate per l'impatto dell'accreditamento sulle gestioni pubbliche pari a Euro 593.000,00 e riequilibrio delle quote di accreditamento su gestioni particolari per Euro 113.785,00 (quest'ultima riscontata sul 2012 in quanto non trasferita nel corso del 2011).

Area anziani

Con la finalità di supportare e rafforzare le linee di innovazione introdotte dal FRNA e nell'intento di sostenere il processo di accreditamento, sono stati individuati ed attuati i seguenti obiettivi che consolidano e sviluppano la progettualità degli anni precedenti:

- supporto alla pianificazione, al monitoraggio del FRNA e allo sviluppo dei piani per la non autosufficienza;
- omogeneizzazione dei criteri di valutazione adottati dalle UVG per l'accesso ai servizi socio sanitari e rimodulazione dei livelli di valutazione, assegnando le funzioni di valutazione per l'accesso all'assistenza domiciliare ai professionisti dei Nuclei delle Cure Primarie;
- qualificazione dell'assistenza domiciliare integrata attraverso la prosecuzione del percorso formativo per operatori sanitari e sociali impegnati nell'assistenza domiciliare con specifico riferimento al rafforzamento di capacità d'integrazione professionali ed allo sviluppo di competenze relazionali e comunicative a supporto dei pazienti e dei caregiver, con particolare riguardo alle persone affette da demenza e ai contenuti etici del lavoro di cura;
- sviluppo del progetto "Gestione attiva della fragilità", avviato negli anni precedenti nel Comune di Medesano, attraverso l'attivazione del sistema di sorveglianza elaborato a seguito della mappatura degli anziani e l'identificazione della popolazione target;
- supporto al processo di accreditamento nella fase di stipula e monitoraggio dei contratti di servizio . In tale ambito sono state attivate in ogni distretto commissioni interdipartimentali integrate con UdP/SAA, finalizzate alla verifica ed al monitoraggio dei requisiti di qualità dell'assistenza socio sanitaria con particolare riferimento ai servizi ed agli interventi di competenza dell'Azienda USL, all'interno delle Case/Residenze e dei Centri Diurni per anziani accreditati. E' stato inoltre attivato un percorso sperimentale di miglioramento delle caratteristiche nutrizionali, igieniche, qualitative dei pasti e dei modelli assistenziali dell'alimentazione in 5 strutture protette, con l'obiettivo di estendere le procedure a tutte le strutture.

Area disabili e gravissime disabilità acquisite

Nel corso del 2011 l'Azienda USL:

- ha continuato la qualificazione della propria capacità di governo delle tematiche connesse all'assistenza alle persone disabili, con particolare riferimento alla definizione, monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati di assistenza (funzione di committenza mirata);
- ha intensificato gli incontri con i referenti aziendali dell'area disabilità, degli Enti locali e della Provincia di Parma con l'obiettivo di individuare metodologie e percorsi comuni nell'accesso ai servizi per i disabili;

- ha attivamente partecipato ai tavoli dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano per la programmazione complessiva delle attività, nonché alla definizione delle modalità di gestione del F.R.N.A.;
- ha interagito con i soggetti gestori per definire modalità condivise volte al miglioramento dei servizi;
- ha potenziato il coordinamento tra i Distretti con l'obiettivo di introdurre strumenti e tecniche di lavoro sempre più omogenei sul territorio aziendale;
- ha partecipato attivamente alla realizzazione del processo di accreditamento dei servizi socio-assistenziali nel rispetto delle indicazioni e dei termini temporali indicati dalla Regione;
- ha proseguito il progetto di Area Vasta AVEN "*La presa in carico sociosanitaria nell'area della disabilità. Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord*" finalizzato a rilevare ed analizzare il percorso nella rete integrata socio-sanitaria degli utenti disabili della fascia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

In materia di **gravissime disabilità acquiste in età adulta** (DGR 2068/2004 e 840/2008) è stata ulteriormente rafforzata l'integrazione tra le Commissioni distrettuali Gra.D.A. dei quattro distretti di cui si compone l'Azienda U.S.L. di Parma (Distretto di Parma, Fidenza, Valli Taro e Ceno e Sud-Est). Per sostenere tale processo, sono stati organizzati momenti mirati di confronto tra la Commissione aziendale Gra.D.A. e le Commissioni distrettuali (costituite da personale dell'Azienda e dei Comuni) con la finalità di rendere sempre più omogenei, su tutto il territorio aziendale, criteri di accesso e modalità di gestione dei singoli casi.

In quest'ottica nel 2011 è stato approvato a livello aziendale il "*Regolamento per la formulazione della graduatoria per l'inserimento in strutture residenziali di pazienti affetti da grave disabilità acquisita (Gra.D.A.)*".

Centralità del cittadino

L'attività dell'Azienda è tesa al consolidamento e all'ulteriore sviluppo di momenti di promozione e di confronto per il benessere di cittadini, grazie al costante aiuto e supporto del Volontariato e le loro rappresentazione all'interno dell'Azienda.

I Comitati Consultivi Misti

Nel 2011 l'impegno dei Comitati Consultivi Misti è proseguito nell'attività di valutazione e di miglioramento della qualità dei servizi dal punto di vista del cittadino, con particolare riferimento all'informazione e comunicazione per la salute, oltre che all'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, alla tutela e partecipazione, all'accessibilità e continuità dell'assistenza.

Il 2011 ha registrato inoltre importanti traguardi:

- la formalizzazione del coordinamento aziendale dei CCM dei quattro Distretti ha permesso di organizzare incontri con cadenza periodica per approfondire e sviluppare attività su temi di interesse comune, coinvolgendo costantemente i CCM nelle iniziative di comunicazione istituzionale aziendali (conferenze stampa, inaugurazioni, campagne di comunicazione –vedi nuovi ticket sanitari, invalidità civile - ecc) per la presentazione alla cittadinanza di nuovi servizi assistenziali, progetti e percorsi di cura
- l'inizio della fattiva collaborazione tra le due Aziende Sanitarie di Parma, grazie anche al coinvolgimento diretto dei due Direttori Generali, che ha visto l'istituzione di un tavolo di lavoro comune insieme ai Presidenti dei CCM delle due Aziende. In questa sede sono stati affrontati temi rilevanti tra i quali quello della continuità assistenziale, ovvero delle dimissioni protette, partendo dall'analisi dei protocolli aziendali e dalle direttive regionali di riferimento, per approfondire i percorsi e le modalità operative di ciascun Distretto, nonché del Presidio Ospedaliero aziendale e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Le attività del tavolo comune proseguiranno anche nel corso del 2012
- l'adozione, tramite atto deliberativo aziendale, del Regolamento per il funzionamento dei CCM, redatto secondo le direttive contenute nella Circolare n. 10 del 16 luglio 2010 della Regione Emilia Romagna.

I CCM distrettuali sono stati coinvolti in diverse iniziative, tra le altre:

- partecipazione con proposte e indicazioni utili sull'accoglienza e sull'accessibilità dei cittadini nelle Case della Salute, in corso di realizzazione nei quattro Distretti;
- partecipazione alla stesura del regolamento per l'esercizio dell'assistenza continua personalizzata non sanitaria nelle strutture dell'AUSL;
- partecipazione ai gruppi di lavoro di monitoraggio obiettivi e azioni del PAL 2009/2011.

Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale

Nel corso dell'anno il Comitato Utenti e Familiari ha effettuato quattro incontri nel corso dei quali sono stati trattati i seguenti temi:

- accessi alle strutture di ricovero da parte delle associazioni
- livelli di adeguatezza degli interventi assistenziali a domicilio
- aggiornamento sui cantieri di ristrutturazione delle strutture e sulle nuove sedi
- discussione sul report regionale sull'emergenza urgenza
- discussione sulla relazione conclusiva del sottogruppo regionale di lavoro sul riordino delle residenze psichiatriche
- discussione sul documento conclusivo del sottogruppo regionale sull'NPIA e l'integrazione scolastica
- assistenza integrativa ospedaliera non sanitaria per i pazienti psichiatrici: revisione del regolamento aziendale
- illustrazione del progetto Tips per l'avviamento al lavoro
- aggiornamento sul progetto di riordino dell'area di Vigheffio
- presentazione bozza nuovo regolamento di gestione degli appartamenti in uso al DAISM-DP
- approfondimento sul tema della psicoterapia
- presentazione della rassegna di eventi organizzati dall'AUSL "La salute della Salute Mentale"
- approfondimento sul tema delle convenzioni in essere con le strutture residenziali a gestione privata.

Le Associazioni degli emigranti all'estero delle Val Taro e Val Ceno

I forti legami degli emigrati con la loro terra d'origine, che da sempre caratterizza l'alta Val Taro e Ceno, rappresenta un valore aggiunto per l'ospedale di Borgo Val di Taro per l'impegno profuso per il miglioramento della struttura e per le relazioni fra comunità e ospedale. In particolare nel 2011 l'Associazione Valtarese Foundation, in occasione della celebrazione della Beata Vergine del Carmelo, Patrono di Borgo Val di Taro, ha donato 7.000,00 euro per l'acquisto di un nuovo sistema motorizzato per artroscopie, che permetterà di potenziare la strumentazione dell'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia. Unitamente alla Valtarese Foundation Inc., il Van Nest Club – Associazione Migranti Emilia Romagna - tramite il suo Presidente Sig. Dorino Civetta, contribuisce all'acquisto di questa moderna attrezzatura con la donazione di 1.000,00 dollari. Giunge all'Ospedale "Santa Maria" anche il lascito testamentario del signor John Belli, nato a Masanti (Bedonia) il 15 ottobre 1887, deceduto il 23 Giugno 1981, a 94 anni. John Belli al momento della redazione del testamento, decise di lasciare all'Ospedale valtarese un'importante somma che attualmente corrisponde a 390.750,00 dollari e che verrà utilizzata per l'acquisto di nuovi letti elettrici per il reparto di Medicina, di nuovi arredi per il reparto di Ortopedia - Traumatologia e per la ristrutturazione di alcuni locali dell'Ospedale da adibire a sala riunioni.Il nome del sig. John Belli è stato inserito nell'elenco dei benefattori esposto nell'atrio.

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Appropriatezza clinica ed organizzativa

Nel presente paragrafo si intende dare conto delle attività svolte, spesso in collaborazione o integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma o altre aziende sanitarie per migliorare le modalità di organizzazione ed erogazione delle attività cliniche e delle attività di supporto tecnico-organizzativo e specificatamente:

- reti cliniche e percorsi di integrazione
- gestione del rischio
- sviluppo di percorsi multiprofessionali e presidio della continuità assistenziale
- attività dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN).

Le attività realizzate nel 2011, si possono così riassumere:

- **Cure Palliative:** è stato definito una specifica procedura per garantire la continuità assistenziale in pazienti oncologici dell'Ospedale di Vaio nelle varie fasi di cura. E' stata avviata la formalizzazione di incontri con una equipe polispecialistica di cure palliative per attività formativo/informativo rivolte ai medici dei dipartimenti ospedalieri di Fidenza e Borgotaro. *Consolidamento attività di hospice e flusso informativo*: è stato assicurata l'inserimento e aggiornamento dei dati nel flusso informativo garantendo la qualità e la completezza del flusso informativo anche attraverso appositi incontri con i referenti dei quattro Hospice provinciali, i direttori di Cure Primarie dei distretti mentre. Inoltre si sono realizzati nei distretti incontri di approfondimento e di comunicazione alla cittadinanza sulla terminalità. *Coordinamento operatori:* incontri a cadenza mensile con gli operatori sanitari dei quattro Hospice e distretti, con valutazione dell'operatività presso le singole sedi. *Controllo del dolore:* è stata implementata l'attività di terapia antalgica sia a livello ambulatoriale che domiciliare e ospedaliera, in particolare nel distretto di Fidenza. Si è creato un gruppo interaziendale di applicazione della Legge 38/2010 che si è riunita ed ha previsto uno specifico sottogruppo per il controllo del dolore. *Rapporto Cure Palliative e pazienti affetti da SLA*: il progetto è illustrato nella Sez 7 del presente Bilancio di missione
- **Demenze:** nel 2011 il coordinamento tecnico-scientifico ha definito il percorso formativo per i MMG omogeneo a livello provinciale rispetto ai contenuti ed alla metodologia didattica. Il percorso è finalizzato ad aumentare la sensibilità diagnostica dei MMG e pertanto la tempestività e l'appropriatezza degli invii. Gli incontri informativi sono stati avviati in tutti i distretti nel 2011 e avranno durata biennale:
  - distretto di Parma n. 4 incontri nei NCP e una partecipazione di n. 55 MMG
  - distretto Sud – Est n. 1 incontro con la partecipazione di n. 22 MMG
  - distretto di Fidenza n. 1 incontro in occasione del seminario sulle demenze con la partecipazione di 19 MMG
  - distretto Valli Taro e Ceno n. 1 incontro con la partecipazione di 38 MMG.

  Sono stati realizzati a livello provinciale corsi di informazione/formazion erivolti ai familiari con una significativa partecipazione (n. 197 familiari). Sono stati costituiti gruppi di sostegno e auto – mutuo – aiuto ai quali hanno partecipato n. 153 familiari. *Qualificazione della rete dei Servizi:* conclusi due corsi di formazione, dal titolo "Il Benessere del Caregiver" nei distretti di Fidenza e Parma . Sono stati 158 gli operatori che hanno terminato i corsi. Attraverso apposito questionario, nel distretto di Fidenza è stata svolta un'analisi dei bisogni, la valutazione e la progettazione attraverso la definizione degli obiettivi con la famiglia e la struttura, la condizione di integrazione tra le componenti interessate nella gestione dell'intervento e il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dell'intervento. Dall'analisi dei risultati è emersa la necessità di un ulteriore sforzo nella relazione con la famiglia e nell'impostazione relativa del ruolo di cura.

Emergenza – urgenza

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Obiettivi. Per l'area dell'emergenza-urgenza, la DGR 732/11 ha posto particolare attenzione alla e allo sviluppo di percorsi e sinergie tra le Aziende sanitarie del territorio provinciale al fine di contenere gli accessi al Pronto Soccorso e di implementazione di strategie per la gestione dei posti letto che favoriscano la progressione del percorso del paziente utilizzando le risorse di ricovero più appropriate.

Risultati raggiunti

L'attività condotta dalle due aziende sanitarie della provincia di Parma si è articolata, al fine di migliorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi in emergenza-urgenza, sia in ambito ospedaliero, che territoriale. Nello specifico, per quanto attiene l'attività di soccorso pre-ospedaliero, si elencano di seguito le attività:

- È stata potenziata la presenza di mezzi professionalizzati e dedicati al soccorso preospedaliero in ambito urbano grazie alla riattivazione, in compartecipazione con la Municipalità di Parma e le Associazioni di Volontariato del soccorso cittadine, dell'ambulanza infermieristica su Parma Est, a partire dal 01/01/2012.
  Nel corso dell'annualità in oggetto si è provveduto, in accordo con le direttive della delibera RER 44/2009, ad incrementare la presenza infermieristica sui mezzi di soccorso a sostegno del consolidamento del sistema.
  Alle postazioni già attive il 2011 ha visto l'attivazione di:
  - Ambulanza infermieristica in postazione "Parma EST",
  - Autoinfermieristica h.24 "Tango 40" su postazione AP Fornovo, dedicata al soccorso presso il cantiere "Pontremolese", e programmata inizialmente per il soccorso in ambiente ostile.
  - Automedica presso postazione CRI di San Secondo.
  - Relativamente ai punti di emergenza a gestione aziendale si è dato ulteriore impulso alla fidelizzazione del gruppo medico attivando le procedure per trasformare il rapporto di lavoro dei medici da libero professionale al regime convenzionato se l'ACN 2010 della Medicina generale.
  - Si è conseguito l'accreditamento regionale dell'UO di Emergenza Territoriale del Dipartimento emergenza Urgenza e della diagnostica e si è attivato il percorso per giungere all'accreditamento regionale di tutto il sistema delle postazioni provinciali del soccorso costituenti il sistema di emergenza 118 di Parma.
  - A tale scopo stata completata la stesura delle istruzioni operative finalizzate all'omogeneizzazione del sistema anche relativamente al versante clinico.
  - Si è iniziato il percorso di miglioramento del sistema teso ad omogeneizzare le modalità di compilazione della scheda clinica di soccorso attraverso l'adozione di una scheda unica per tutto il territorio provinciale.
  - Costante promozione formativa rivolta alle tematiche di emergenza: si è inaugurato il progetto di formazione permanente all'emergenza preospedaliera tenutosi a novembre dando vita alla prima edizione del corso di Clinical Competence inerente alle tematiche formative espresse come requisito specifico nella del. 44/2009 in tema di accreditamento.

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi ospedalieri dedicati all'emergenza-urgenza, di seguito si elencano i principali contenuti. È stata effettuata la riorganizzazione dei posti letto destinati ai pazienti afferenti al Pronto Soccorso con:

- l'istituzione di una Struttura semplice dipartimentale (SSD) Medicina Interna del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, nata per una necessità di innovazione e modernizzazione dell'attività clinica di assistenza al paziente critico e comunque fragile che accede al Pronto Soccorso;
- l'ampliamento dei posti letto della Medicina d'Urgenza dedicati al monitoraggio e stabilizzazione della fase acuta di svariate patologie nonché per la diagnosi e terapia per pazienti non immediatamente inquadrabili in senso specialistico.
- Completamento dei lavori di riqualificazione della struttura destinata ad accogliere la funzione Osservazione Breve Intensiva dedicata alle urgenze sanitarie in accesso dal Pronto Soccorso, che richiedono un inquadramento diagnostico a breve termine tale per permettere un appropriato percorso diagnostico-terapeutico al domicilio, o per terapie brevi.

Allestimento dei locali destinati ad accogliere il "*Punto bianco"* dell'Azienda USL*,* ambulatorio ad accesso diretto, gestito da medici del territorio, aperto 365 giorni all'anno, dalle 8 alle 20 che permette di rispondere con maggiore appropriatezza alle esigenze di salute dei cittadini, lasciando agli altri ambulatori di Pronto Soccorso la gestione dei casi più complessi.

Questa realizzazione non rappresenta solo un'integrazione logistica, bensì un significativo miglioramento nella continuità assistenziale nelle cure primarie, in coerenza con la programmazione e le indicazioni regionali.

- **Politica del Farmaco**: la politica del farmaco intrapresa negli ultimi anni ha portato a risultati importanti, sia nel conseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva che nel contenimento della spesa farmaceutica. Le azioni messe in campo e finalizzate al governo clinico del farmaco dovranno proseguire ed essere incrementate. Lo strumento prioritario è stata

l'informazione puntuale sui farmaci e la formazione di tutti i professionisti coinvolti, MMG, PLS, Medici di CA, Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali, sul corretto utilizzo di farmaci efficaci sicuri e supportati da evidenze scientifiche. Altri strumenti utilizzati per un costante miglioramento delle prescrizioni farmaceutiche sono la farmacovigilanza, il monitoraggio costante delle prescrizioni ed i controlli sulla conformità delle medesime. Gli obiettivi prioritari hanno teso al conseguimento di una sempre maggiore appropriatezza ed al controllo della spesa farmaceutica. Per una più ampia illustrazione dei dati relativi a questo tema si rimanda alle **Sezione 1 e 2 di questo documento nel quale sono consultabili dati ed informazioni più specifiche**.

- **Medicina riabilitativa**: riabilitazione ospedaliera: sono state confermate tutte le collaborazioni strutturate in essere, sia con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, sia con l'Ospedale di Fidenza. In particolare sono state confermate:
  - la collaborazione tra Centro Cardinal Ferrari ed Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma / Ospedale di Fidenza San Secondo, per il ricovero di pazienti GRACER su posti letto 75 HS;
  - la collaborazione del centro Don Gnocchi con l' Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per ricoveri di pazienti in riabilitazione post-cardiochirurgica e per trasferiti con patologie importanti nella MDC neurologica e nella MDC osteoarticolare:
  - la collaborazione della Casa di Cura Villa Igea per pazienti dimessi dall'Ospedale di Fidenza San Secondo P.se, con particolare riferimento alla MDC ortopedica;
  - la collaborazione della casa di Cura Val Parma con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, per pazienti residenti nel Distretto Sud Est.

  Sono stati individuati i livelli di assistenza degli interventi di riabilitazione sanitaria ambulatoriale con definizione dei criteri di eleggibilità riferibili alle attività dei Centri di Riabilitazione e sono state predisposte ed applicate in tutti i distretti le modalità organizzative e i criteri definiti. Nel Distretto di Parma sono stati sottoposti a valutazione nei tempi di attesa e priorità dichiarati n ° 543 progetti riabilitativi individuali proposti dai medici fisiatri della Fondazione Don Gnocchi di Parma (100 % dei progetti presentati valutabili) con percentuale di validazione , corrispondente alla percentuale dei progetti ritenuti appropriati , pari al 89,50 % . Per quel che attiene i *Percorsi riabilitativi ospedale-territorio:* istituita la Commissione interaziendale di Riabilitazione con successivi incontri tra professionisti della A.O.U. e della Ausl al fine di approfondire aree tematiche interaziendali che ritenute di particolare rilevanza quali Lungodegenza Riabilitativa/Riabilitazione Intensiva, la riorganizzazione attività di Riabilitazione neuro-psicologica nel territorio provinciale, il Percorso Polispecialistico interaziendale SLA. E' stata effettuata la revisione percorso organizzativo per le consulenze fisiatriche e la presa in carico dei pazienti ricoverati presso la Clinica Psichiatrica e Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura.
- **Progetto Dialisi:** per l'anno 2011 erano previste mediamente 2.300 – 2.500 dialisi/mese complessivamente, per un totale di 28.000 – 30.000 dialisi. A consuntivo si conferma tal.
- **Lungodegenza:** è stato mantenuto il monitoraggio mensile e il controllo puntuale degli accessi sui posti letto riservati all'AOU presso la Casa di Cura Città di Parma. Nel primo semestre si è tenuto un seminario di presentazione del nuovo regolamento GRADA, aperto a tutti i servizi interessati dell'AUSL, all'AOUPR, agli Enti Locali, alle ASP e ad altre organizzazioni di settore della provincia di Parma. *Formazione:* è stato realizzato un corso sull'ICF. L'AUSL ha partecipato all'Audit Regionale sulla Lungodegenza, preparando e realizzando la parte di competenza sulla sorveglianza dei bed blockers e producendo un documento di applicazione locale del documento regionale, presentato in Collegio di Direzione ed trasmesso alla Regione.
- **Nutrizione Artificiale:** la programmazione 2011 si è incentrata sulla rimodulazione dei rapporti con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma avvalendosi della Commissione interaziendale e sul contenimento dei volumi di attività; si è consolidato il decentramento delle funzioni di gestione del service e delle funzioni infermieristiche di primo livello; si è confermata la piena operatività della funzione decentrata di gestione e controllo della nutrizione artificiale.

Rete Cardiologica e gestione integrata di prevenzione del Rischio Cardiovascolare

Globale

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

L'Aziende Ospedaliero-Universitaria e USL di Parma hanno proseguito nel 2011 l'impegno nel consolidamento della rete professionale Cardiologica Provinciale, attraverso la partecipazione ai lavori interaziendali del Gruppo Tecnico istituito per la conduzione degli obiettivi del Piano Attuativo Locale 2009-2011 "Rete Cardiologica". In particolare, sono state implementate le modalità organizzative per l'accesso immediato del paziente critico alle terapie di rivascolarizzazione, anche grazie all'attivazione di tutte le postazioni di teletrasmissione dell'ECG in provincia.

Nel 2011 nella provincia di Parma sono stati trattati con procedura di angioplastica 270 infarti miocardici acuti con ST sopraslivellato, di cui il 39% è arrivato direttamente nella sezione di Emodinamica dell'AOU dopo teletrasmissione di ECG mediante rete 118. Nel 2011 si è verificato un significativo incremento anche delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST, il cui ruolo è oggi epidemiologicamente preponderante. Questa situazione ha suggerito di rivedere l'intero percorso, incorporando anche le innovazioni diagnostiche, quali l'utilizzo delle troponine ad alta sensibilità, e terapeutiche, che, relativamente al timing dell'esecuzione della rivascolarizzazione coronarica, indicano una maggiore velocità di esecuzione delle procedure interventistiche rispetto al passato.

Le due Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno costituito un gruppo di lavoro interaziendale e interprofessionale per promuovere programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, individuare percorsi differenziati cui avviare i pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio, programmare la prevenzione degli errori di terapia a domicilio. Le azioni si sono mosse sia sul versante dei percorsi, definendo percorsi facilitati tra ospedale e territorio, sia sul versante dell'integrazione professionale.

Sulla base delle indicazioni regionali (Progetto sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, DGR 426/2006), finalizzate a diminuire l'incidenza degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento acuto (IMA/SCA), è stato implementato il percorso relativo alla prevenzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto, con l'obiettivo di diminuirne l'incidenza. In particolare, è stato affrontato il problema della continuità di cure ospedale territorio, in quanto uno dei problemi principali dopo la dimissione ospedaliera del paziente con evento cardiovascolare acuto è quello di assicurare al MMG che lo prende in carico un riferimento specialistico cardiologico. A tal proposito, sono stati incrementati i percorsi ospedale/territorio per un Follow up strutturato nelle fasi successive alla dimissione dopo evento cardiovascolare acuto/scompenso, che ha visto il coinvolgimento di diversi professionisti; alla dimissione infatti la complessità dell'intervento nei pazienti post-IMA/SCA prevede la necessità di una interazione tra i Medici di Medicina Generale e diversi Professionisti, quali Cardiologo, Diabetologo, Nefrologo, Medico dello Sport, Professionisti dei vari Centri di counselling sullo stile di vita, al fine di determinare il buon esito del decorso post-dimissione. Il follow up comprende visite domiciliari, interventi di educazione sanitaria con verifica dell'aderenza alla terapia, colloqui telefonici e infine visite cardiologiche.

Nell'ambito dei processi assistenziali integrati tra AOU e AUSL, nel 2011 è stata adottata la lettera di dimissione secondo il format regionale, per garantire lo scambio di informazioni tra strutture ospedaliere e territorio, al fine di assicurare la continuità assistenziale del paziente che ha subito un evento cardiovascolare acuto; questo strumento informativo è stato utilizzato dalle U.O. di Cardiologia dell'AOU di Parma e dell'Ospedale di Vaio-Fidenza dell'USL di Parma ed esteso all'U.O di Medicina dell'Ospedale di Borgotaro dell'USL di Parma.
Al fine di migliorare le attività di ricovero diurno e ambulatoriale del paziente cardiologico cronico, sono state messe in rete le attività dei DH ospedalieri provinciali e delle attività ambulatoriali relativamente alla gestione della patologia cardiaca cronica. L'assistenza a favore dei soggetti affetti da patologie croniche necessita di un rafforzamento delle cure primarie e di una forte integrazione tra Medici di Medicina Generale, altri Professionisti sanitari e Specialisti. I Dipartimenti delle Cure Primarie, articolati in Nuclei di Cure Primarie costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la migliore presa in carico dei pazienti cronici. L'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie in " Casa della Salute " intende consentire a tali strutture di rafforzare l'integrazione con l'Ospedale, migliorare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità ed a target specifici di popolazione.

Tra le attività di promozione della salute e prevenzione del rischio cardiovascolare, AOU e AUSL hanno continuato anche nel 2011 l'iniziativa annuale, denominata "7 di cuore", che ha come obiettivo la sensibilizzazione della popolazione sulla prevenzione cardiovascolare e sui percorsi assistenziali multiprofessionali esistenti a livello provinciale. Questo Programma è stato ulteriormente sviluppato con un percorso formativo rivolto alle scuole della provincia, basato sulla prevenzione primaria nella giovane età, che ha visto coinvolti, in maniera integrata i medici di diverse strutture dell'Azienda. In

contemporanea con tale iniziativa, è stata distribuita nei reparti cardiologici degli ospedali della provincia e nelle strutture territoriali la guida "Dopo una malattia coronarica... guida ai servizi territoriali e ospedalieri", riservata ai pazienti colpiti da malattie coronariche acute. La guida, oltre a fornire tutti i riferimenti utili sui servizi sanitari presenti sul territorio provinciale, contiene validi e pratici consigli di cardiologi, dietologi, diabetologi, medici del centro antifumo e medici esperti delle scienze motorie, fornendo suggerimenti per evitare complicanze future. Infine, nell'ambito dei progetti regionali, è stata approvata una ricerca multicentrica, con le due aziende sanitarie di Parma capofila, che individua il personale infermieristico ospedaliero e territoriale come soggetto di piani assistenziali dedicati alla verifica dell'aderenza ai trattamenti farmacologici e alla modifica dello stile di vita dei pazienti post IMA/SCA.

Percorso Diagnostico-Terapeutico interaziendale "Ipertensione Arteriosa Polmonare"

Nel giugno 2011 è stato attivato il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare e multiprofessionale dell'Ipertensione arteriosa polmonare (IAP), costituito da professionisti dell'AOU e dell'AUSL, per la costruzione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico che garantisca, nell'ambito di una multidisciplinarietà, un percorso comune da seguire, grazie all'attivazione di efficaci canali di comunicazione e coordinamento all'interno dell'equipe ospedaliera e tra l'ospedale ed i servizi territoriali. L'IAP è una patologia piuttosto rara con una prognosi infausta, la cui diagnosi spesso non immediata, avviene nella maggior parte dei casi per esclusione. E' indispensabile quindi una coordinazione tra il territorio e l'ospedale e tra le diverse competenze specialistiche. Nel 2011 tutti i professionisti impegnati hanno provveduto a compilare le diverse componenti del PDT, sulla base delle linee guida internazionali ed è stata individuata la disponibilità delle strutture, del personale e della strumentazione di entrambe le aziende, al fine di agevolare l'iter del paziente ed al contempo ottimizzare la qualità dell'intervento medico, anche per evitare ricoveri o terapie improprie.

Percorso Nascita

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

La D.G.R. 533/08 del Percorso Nascita ha sancito la necessità di un lavoro integrato Ospedale-Territorio, declinato in azioni progettuali interaziendali, espresse anche nel PAL (Piano Attuativo Locale) 2009-2011, al fine di garantire il continuum di assistenza a gravidanza-parto-rientro a casa della madre e del neonato.

È stata rivisitata l'organizzazione della diagnosi prenatale invasiva e non invasiva e del percorso della diagnostica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire in tempi rapidi gli opportuni approfondimenti multidisciplinari necessari.

- È stato attivato il percorso che garantisce la Diagnosi prenatale non–invasiva e invasiva alle gravide seguite nei consultori dei Distretti di Parma, Sud –Est, Fidenza e a quelle seguite nel Servizio assistenza in gravidanza dell'AOU.
- Nel 2° semestre è stata avviata la progettazione per una "*Gestione integrata dei Livelli di rischio nel Percorso Nascita*" in collaborazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma affinché la presa in carico delle gravide della provincia sia effettuata secondo il criterio dell'intensità di assistenza/cure. Il percorso organizzativo definito anche in base alle Delibere Regionali 533/2008 e 1097/2011 prevede che le gravidanze fisiologiche siano seguite nei Consultori Familiari dalle ostetriche, dopo conferma della situazione di fisiologia da parte del Ginecologo.
- La valorizzazione del ruolo dell'ostetrica è stato un obiettivo perseguito con forza (anche in modo trasversale a tutti gli 11 obiettivi della D.G.R. 533/2008,), trattandosi di una figura professionale che gode di autonomia nell'assistenza alla gravidanza, al parto a basso rischio e al neonato sano oltreché di fondamentale importanza in qualità di collaboratore del medico nel percorso ad alto rischio.
- Attraverso iniziative formative si è proceduto al confronto con i MMG per l'appropriatezza degli invii ai consultori e al II livello .
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per dare risposta alle Gravidanza ad alto-medio rischio ha strutturato nel corso del 2011 e attivato nei primi mesi del 2012 un percorso di Day Service Ambulatoriale (DSA 2) consistente nella elaborazione di un sistema facilitato e semplificato di accesso dell'utente alle strutture ambulatoriali ospedaliere per problemi che richiedono l'esecuzione di più prestazioni specialistiche.
  Il DSA2, quale quello per la **Gravidanza a Rischio**, è rivolto a pazienti che richiedano valutazioni

periodiche programmate sulla base di un protocollo; il numero degli accessi deve essere coerente con il numero degli accessi stabiliti dal protocollo.

- In relazione all'obiettivo 2 della 533/2008 è stato rivisto il percorso della diagnostica ecografica di I II e III livello. Le 3 ecografie di **I livello,** come previste dalla normativa attuale secondo i LEA vengono eseguite, seguendo le linee guida della SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica), nelle strutture territoriali. L'ecografia ostetrica di **II-III livello** richiede specifica indicazione, quando cioè si identifica un rischio, sia anamnestico che attuale, che rende più elevata la possibilità di anomalie strutturali fetali, e viene eseguita presso il Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ivi comprese le ecocardiografie fetali effettuate in collaborazione con lo specialista neonatologo e la risonanza magnetica nucleare.
- L'evento nascita non è solo un evento sanitario ma anche familiare e sociale, pertanto si è curato l'aspetto del contatto precoce madre-bambino, dell'allattamento al seno e di un sostegno a domicilio in una fase delicata come il puerperio. Sono stati effettuati corsi di formazione sull'Allattamento al seno e la revisione delle Linee Guida.
- Il Progetto **Dimissione Appropriata della madre e del neonato** è attuato in tutto il territorio provinciale.
- Nell'ultimo trimestre del 2011 sono stati istituiti gruppi di lavoro interaziendali finalizzati alla definizione dell'appropriatezza delle indicazioni al taglio cesareo e al controllo del benessere fetale in travaglio di parto.
- È in funzione da maggio 2011 il nuovo servizio di Accoglienza ostetrico-ginecologico che prevede una attività di Triage da parte del personale ostetrico/infermieristico.

Interventi in fase di sviluppo:

- È in definizione un Progetto per il sostegno del dolore nel parto con tecniche di analgesia farmacologica e non-farmacologica.
- È in fase di attuazione un progetto sulla Qualità percepita nel percorso Nascita che ha previsto la restituzione del lavoro dei focus group e che vedrà realizzato per il 9 giugno un Open Space con la popolazione.
- È in stesura il percorso interaziendale multidisciplinare sul disagio emozionale in gravidanza e post-partum.

Criticità rilevate

- Fatica al cambiamento e la difficoltà a intravvederne i vantaggi.
- Organizzazione poco flessibile.
- Difficoltà di comunicazione tra professionisti di strutture e discipline diverse.

- **Sviluppo delle reti cliniche pediatriche**: anche nel 2011 si è teso all'ulteriore promozione e diffusione di forme associative fra i pediatri di famiglia privilegiando, ove possibile, la modalità di "gruppo", attraverso la definizione e valorizzazione di specifico accordo locale in corso di definizione. Favorire l'integrazione dei pediatri di famiglia nei NCP, al fine di un appropriato utilizzo dei servizi.Circa le Unità Pediatrica di Cure Primarie: a fine 2011 risultano formalmente costituite ed avviate in tutti i Distretti le Unità Pediatriche di Cure Primarie afferenti al Dipartimento Cure Primarie , per le quali è stata anche formalizzata la nomina del medico Coordinatore /Referente. La Pediatria di Comunità, a seguito del passaggio al Dipartimento Cure Primarie, ha riorientato la propria mission al target di popolazione 0-14 anni e sviluppando altre attività, oltre a quelle legate alla prevenzione, con particolare riferimento alla presa in carico del bambino cronico. Deve essere completata la presa in carico della fascia di popolazione 14-18 anni da parte del Dipartimento di Sanità Pubblica per la gestione dei programmi vaccinali.Altro importante ambito di intervento quale strumentio di analisi è il *Profilo Pediatrico Distrettuale*: l'analisi dei dati del 2009 per i PLS è stata completata e il Profilo è stato consegnato alla AUSL dopo il feedback ricevuto dai PLS intervenuti ad un meeting tenutosi a febbraio. A seguito della discussione emersa durante la presentazione sono state condivise alcune integrazioni e precisazioni al profilo, ed ogni UPCDC, sulla base dell'analisi dei dati, ha individuato un obiettivo di miglioramento da perseguire durante il 2011. *Progetti regionali per popolazione pediatrica:* proseguito il progetto "Nati per leggere" con numerosi incontri fra le istituzioni interessate e stesura del Protocollo condiviso; organizzata una giornata "Nati per leggere" rivolta a genitori, bibliotecari e pediatri che si è tenuta a Traversetolo il 7/5/2011; organizzata una giornata di presentazione del Progetto aziendale il giorno 26/11/2011 per presentare Il progetto 2012 che verrà attuato a partire

dal 1/1/2012 con una collaborazione fra AUSL, in particolare PDC e PLS, Provincia di Parma Istituzione Biblioteche del Comune di Parma. E'stato acquistato il materiale informativo da utilizzare in tutte le PDC (opuscolo e segnalibro). E' stato inaugurato presso la PDC di via Vasari l'angolo NPL con i libri forniti dalla Biblioteca Alice di Parma che provvederà al rinnovo periodico del libri. Sono stati effettuati gli incontri previsti dal Progetto Primi Passi. Nell'ambito dell'importante percorso per la realizzazione del nuovo "*Polo Pediatrico*" *nel Distretto di Parma*, sono in fase di attivazione le procedure per l'aggiudicazione dei lavori ai fini della realizzazione della struttura. Nell'ambito della *prevenzione ortodontica* si rimanda al box successivo, mentre per quel che attiene i *programmi vaccinali* e *lo sviluppo della Funzione Pediatrica c/o l'Ospedale di Vaio* si rimanda alle **Sezione 1 e 2 di questo documento nel quale sono consultabili dati ed informazioni più specifiche.**

Gestione Integrata Diabete

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Le Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno aderito al progetto "Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze" a partire dal 2005, in applicazione della circolare regionale n. 14/2003 e delle "Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito". Tale progetto ha l'intento di migliorare la qualità dell'assistenza del paziente diabetico di tipo 2, mediante la gestione diretta da parte dei Medici di Medicina Generale di quella quota di pazienti diabetici che, per grado di compenso, età, adesione alla terapia, assenza di gravi complicanze non richiedano un ricorso sistematico allo specialista e possano essere gestiti secondo modalità condivise tra specialista diabetologo e MMG. Nel 2011 nella provincia di Parma, fonte il Registro Provinciale di Patologia, risultano presenti 27.528 pazienti diabetici su una popolazione residente di 442.070, ovvero il 6,23% della popolazione. I nuovi entrati nel registro di patologia nel 2011 rispetto al 2010 sono 2444, con un'incidenza pari allo 0,5% sulla popolazione residente. L'implementazione del progetto di Gestione Integrata ha permesso, attraverso la creazione di un gruppo di lavoro provinciale (AOU, AUSL e MMG), di conseguire una diversi progetti, che hanno riguardato: sviluppo del Registro Provinciale della Patologia Diabetica, attivazione di un sistema informatico di comunicazione tra MMG e Struttura Diabetologica attraverso la rete SoLe, definizione dei criteri per la concessione dei presidi per il monitoraggio domiciliare della glicemia e le modalità distributive degli stessidefinizione dei criteri per la diagnosi del diabete gestazionale nell'ambito di un percorso condiviso tra le due aziende sanitarie della provincia, attivazione di un percorso provinciale integrato tra le due aziende per la diabetologia pediatrica**. Ulteriori dati sono presenti nella Sezione 2 di questo documento**.

Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Le attività, realizzate nell'anno 2011 nell'ambito del Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica, sono state caratterizzate da un obiettivo comune alle due aziende sanitarie, Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria, ovvero la standardizzazione dell'offerta, oltre a responsabilizzare le strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato e ad uniformare i comportamenti nei vari aspetti che attengono al Programma Odontoiatrico.

Risultati raggiunti

- Nel 2011, sono state adottate le "Linee guida per l'attività odontoiatrica" documento predisposto da un gruppo di lavoro interaziendale con rappresentanti dei vari Distretti impegnati a vario titolo nelle attività del Programma Odontoiatrico. Con tale documento si è cercato di uniformare i comportamenti, in particolare facendo riferimento alle condizioni di accesso al programma, alle urgenze odontoiatriche e alla registrazione dell'attività, consolidando ulteriormente le innovazioni introdotte con la D.G.R. 374/2008 e della Circolare 2/2008 dando piena attuazione ai contenuti delle stesse.
- L'obiettivo di standardizzare e uniformare i comportamenti nei vari aspetti che attengono al Programma Odontoiatrico, nelle Aziende di Area Vasta Emilia Nord, ha portato nel corso del 2011 ad elaborare e condividere una linea guida di Area Vasta che verrà adottata in corso dell'anno 2012 dalle

Aziende AVEN in seguito all'iter valutativo e di approvazione delle Direzioni Sanitarie.

- Nel 2011, è proseguito il processo di responsabilizzazione delle strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato rispetto alle specifiche del flusso, anche attraverso la verifica periodica dell'attività svolta mediante la valutazione dei dati inseriti nel flusso ASA e l'evidenziazione di eventuali anomalie attraverso il confronto con i semestri precedenti.
- Sempre nella direzione di uniformare i comportamenti, anche per quanto attiene gli aspetti economici, sono stati adottati, dalle due Aziende Sanitarie e dai gestori privati accreditati, importi forfetari onnicomprensivi annuali per quanto riguarda gli apparecchi ortodontici fissi e mobili, per essere in linea con i prezzi applicati in Area Vasta e per semplificare le procedure di fornitura nell'interesse degli utenti, formalizzando i contenuti in un regolamento per il recupero del pagamento dei manufatti ortodontici.
- Secondo quanto già previsto nel "Piano per l'Assistenza Odontoiatrica - Applicazione della nuova D.G.R. 374/2008", nell'anno 2011, a partire dal mese di gennaio, l'Azienda USL ha ampliato l'offerta di cure odontoiatriche con l'attivazione di una convenzione con un privato accreditato che gestisce attività odontoiatrica conservativa, protesica e ortodontica, nella sede di Medesano. Presso la sede poliambulatoriale di Traversetolo, nello stesso periodo, è stata avviata l'attività di un nuovo ambulatorio odontoiatrico con un impegno settimanale di cinque ore.

Nell'anno 2011 le due Aziende hanno attivato congiuntamente i programmi di prevenzione previsti dal Programma di Assistenza Odontoiatrica della Regione Emilia-Romagna. Le patologie del cavo orale, come riportato anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed eventualmente in associazione con malattie cronico degenerative, immunitarie e infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva. Appare pertanto chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione odontostomatologica. Per essere efficace, la prevenzione primaria richiede interventi individuali fin dai primi periodi di vita del bambino, mirati ad un maggiore controllo sui fattori di rischio come scarsa accuratezza dell'igiene orale, persistenza di abitudini errate, l'uso del fluoro e il monitoraggio periodico dello stato di dentizione, promuovendo inoltre comportamenti più salutari nella famiglia. Con questi obiettivi pertanto sono state affrontate queste tematiche nelle scuole primarie, inserendo nel Piano di Offerta Formativa per l'anno 2011-2012 la prevenzione primaria odontoiatrica, in continuità con quanto svolto negli anni precedenti ma aderendo, nei contenuti e nella forma, all'iniziativa ministeriale "Guadagnare Salute IdentiKit", inserita nel progetto articolato "Crescere in armonia, educare al benessere" e legando l'iniziativa al più ampio ambito dei corretti stili di vita.

La gestione del rischio

Ambito rischio clinico/infettivo

Il progetto di diffusione dell'utilizzo delle check list in ambito operatorio (SOS-net) non è ancora in uso in modo uniforme in tutti gli ambienti chirurgici dell'azienda sia in termini di Unità operative coinvolte sia in riferimento alla "universalità" di copertura per disciplina. L'Azienda ha pertanto intrapreso un percorso di miglioramento per coinvolgere tutte le unità operative e assicurare la registrazione su supporto informatico.

Sono state mantenute le procedure di sicurezza in ambiente chirurgico (a marzo '10 era stata adottata la procedura per la profilassi del tromboembolismo venoso post-operatorio in ortopedia ed in chirurgia addominale) e deve essere intrapresa l'attività di monitoraggio della loro applicazione e dei loro risultati.

La conclusione della elaborazione del sistema di sicurezza nella diagnostica per immagini (sistema RIS PACS), ha avuto il suo culmine con la presentazione in Collegio di Direzione dell'elaborato stesso: anche in questo caso si rende necessario strutturare l'attività di monitoraggio della loro applicazione e dei loro risultati.

Per quanto concerne la sorveglianza delle infezioni in ambito ospedaliero nel corso dell'anno è stato perfezionato l'utilizzo del il sistema di segnalazione dei germi alert e delle resistenze antibiotiche tramite il laboratorio istituendo anche, tramite il Nucleo Interpresidi del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) una procedura di antimicrobial stewardship che, tramite l'intervento di un infettivologo, un dirigente biologo ed una funzione infermieristica specificamente formata ha permesso una costante monitorizzazione

dialettico/dialogica tra Unità operative di degenza e ruoli di controllo, contenimento e contrasto della diffusione di ICA (infezioni correlate all'assistenza).

IL progetto Sicher (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia Romagna) è stato adottato da tutte le unità operative coinvolte nella fase sperimentale. I dati attesi per l'esame della fase sperimentale permettono di ipotizzare una futura estensione anche all'ambiente urologico ed a quello ginecologico, come previsto dal progetto tuttora in fase di estensione progettuale.

Ambito giuridico-assicurativo

Nell'anno 2011 sono state consolidate ed implementate le attività intraprese in ottemperanza agli obiettivi posti dalla D.G.R. n. 1706/2009 come modificata dalla D.G.R. n. 2108/2009, sviluppando ulteriormente l'attività di gestione delle posizioni di danno tanto in sede stragiudiziale quanto in sede giudiziale.

In particolare il Comitato Valutazione Sinistri si è regolarmente riunito per esaminare, unitamente alla compagnia assicuratrice, sia dal punto di vista medico-legale che legale-assicurativo le richieste di danno, definendo congiuntamente le posizioni nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa e concordando le migliori soluzioni difensive nell'interesse dell'Azienda e degli operatori sanitari coinvolti.

Per tutte le richieste di risarcimento danni è stato eseguito uno studio della documentazione sanitaria che ha poi condotto alla stesura di una relazione inerente le eventuali problematiche di responsabilità professionale. L'attività medico-legale di revisione e lo studio della cartella clinica hanno consentito di individuare alcune aree di rischio che hanno necessitato di inteventi correttivi.

Nel corso dell'anno l'Azienda ha curato l'implementazione del database "gestione del contenzioso" inserendo i nuovi sinistri ed aggiornando i dati delle posizioni già registrate sulla base delle definizioni nel frattempo realizzate, giungendo così ad avere un quadro completo del contenzioso sanitario.

L'Azienda infine ha coordinato il gruppo "risk management e assicurazioni" istituito in ambito Aven al fine di uniformare le condizioni di copertura assicurativa della responsabilità civile collocata a far tempo dal 30.06.2011 e di omogeneizzare l'approccio alla gestione dei sinistri.

A seguito della Liquidazione coatta amministrativa (LCA) della società FARO assicurazioni dal luglio 2011, è stato assicurato il coordinamento delle Aziende AVEN relativamente alle azioni da intraprendere per la gestione dei sinistri e nei confronti della LCA, in raccordo con la Regione. Inoltre l'Azienda ha dovuto svolgere un ruolo diverso nella gestione delle posizioni di danno aperte, anche al fine di giungere alla corretta liquidazione del danno secondo modalità confacenti alla natura ed alla complessità di ciascun evento nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa e di contabilità pubblica.

Le attività di rilievo del Servizio Infermieristico e Tecnico

Dipartimento di Cure Primarie

Per il continuo miglioramento della qualità e continuità assistenziale requisito ineludibile è rappresentato dall'integrazione tra i professionisti, che mettono a disposizione competenze, esperienze, idee e progettualità diverse e riconosciute.
In coerenza con gli atti di indirizzo regionale, che hanno rimarcato l' esigenza di un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche, i progetti/percorsi aziendali attivati e consolidati nel 2011, hanno tenuto conto della necessità di cambiare paradigma, passare quindi dalla medicina d'attesa a quella di iniziativa, attraverso lo sviluppo del chronic care model.

Le principali iniziative che hanno coinvolto le professioni assistenziali sono le seguenti: gli ambulatori infermieristici per l'educazione terapeutica alla persona con diabete, i percorsi per la consulenza infermieristica – fisioterapica distrettuale (lesioni cutanee, ossigenoterapia, nutrizione enterale, bisogno riabilitativo semplice), l'accettazione infermieristica nei servizi specialistici ambulatoriali, i percorsi ospedale – territorio a garanzia della continuità assistenziale.

Dipartimento di Sanità Pubblica

Nel 2011 sono proseguiti i percorsi di formazione, avviati nel 2010, rivolti agli operatori dei servizi di prevenzione per la realizzazione del progetto riguardante il Regolamento REACH – Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso, come indicato dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2011.

Sono stati inoltre realizzati cinque interventi ispettivi sull'applicazione del Regolamento presso le Aziende. In particolare proseguirà l'attività di supporto e di formazione per le imprese, i professionisti ed i soggetti portatori di interesse attraverso lo sportello informativo appositamente istituito. Si intende inoltre proseguire e favorire la collaborazione dei professionisti nell'esercizio di competenze che prevedono anche il coivolgimento di Servizi diversi.

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

In coerenza con le indicazioni sullo sviluppo professionale ed organizzativo contenute nel documento regionale Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011, è proseguita l'attività di collaborazione in ambito formativo con l'Università degli Studi di Parma, in particolare, con la componente universitaria dipartimentale, e l'Azienda USL di Piacenza, che ha consentito l'attivazione della seconda edizione del corso di perfezionamento "Case manager in psichiatria" volto all'inserimento e al consolidamento della figura del case manager, Infermiere ed Educatore, nei Dipartimenti Salute Mentale delle due Aziende. Nell'ambito del percorso di integrazione tra Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e della prospettiva della successiva attivazione del Polo Ospedaliero Psichiatrico, sono stati definiti gli interventi a carattere informativo, formativo ed organizzativo rivolti alle due équipe; nel corso del II semestre, sono iniziati i periodi di stage del personale tra i due servizi nella prospettiva di far acquisire, ai componenti delle équipe, la conoscenza delle attuali caratteristiche operative e dei modelli assistenziali adottati, coinvolgendoli, inoltre, nell'individuazione di elementi, ed interventi, ritenuti significativi per migliorare ed omogeneizzare l'attività assistenziale.

Presidio Ospedaliero Aziendale

L'Ospedale di Fidenza – San Secondo nel percorso di costruzione del proprio sistema di gestione della qualità come previsto dal modello di Accreditamento Istituzionale della Regione Emilia-Romagna, ha preparato e superato la Verifica per il rinnovo dell'Accreditamento nell'anno 2011. Il contributo offerto dai professionisti afferenti al Servizio Infermieristico e Tecnico nel percorso affrontato è stato fondamentale.

In un'ottica di relazione che vede coinvolti i professionisti, il cittadino e l'organizzazione si è posta particolare attenzione alla definizione delle responsabilità organizzative e professionali, alla trasparenza del processo, alle esigenze dell'utente, ai risultati finali da garantire. In una prima fase è stata definita la *Rete dei Referenti* con il coinvolgimento di professionisti dell'area Dirigenza e dell'area Comparto. I componenti della Rete hanno lavorato in sinergia all'interno delle Unità Operative e trasversalmente nell'ambito dipartimentale per lo sviluppo del percorso.

Si è proceduto su due fronti: da una parte la Direzione Medica e Infermieristica come supporto ai Dipartimenti per sviluppare il Sistema di Gestione della Qualità, dall'altra i Dipartimenti e le Unità Operative per riempire di contenuti, secondo il Modello di Accreditamento, i percorsi individuati.
Lo sforzo importante è stato quello di revisionare i documenti già in essere (Manuale, procedure, percorsi clinico assistenziali, altro) allo scopo di aggiornarli rispetto ai cambiamenti organizzativi, ai cambiamenti legislativi, alle norme di buona pratica per renderli più completi, efficaci, fruibili.

Sono stati ridefiniti gli indicatori di processo e di esito soprattutto nell'ambito di gestione del Rischio. La rilevazione dei dati di aderenza a procedure e percorsi clinico assistenziali è avvenuta nelle singole Unità Operative ed ha costituito uno dei punti di maggior rilievo nelle attività di controllo e monitoraggio, i risultati sono stati discussi collegialmente ed hanno costituito oggetto di percorsi di miglioramento.

La creazione della *Rete dei Referenti* ha perrmesso una forte integrazione fra le professionalità, ha favorito la comunicazione e la condivisione di obiettivi e strategie sia a livello intradipartimentale che extradipartimentale nella costruzione e nel governo dei percorsi sia clinico assistenziali che organizzativi. Anche l'Ospedale "S.Maria" di Borgotaro nel corso del 2011, è stato oggetto di verifica da parte dei team individuati dalla Regione Emilia Romagna.

Per la struttura ospedaliera di Borgo Val di Taro si è trattato della prima visita di accreditamento, un appuntamento che ha comportato un grande lavoro di squadra tra le varie equipe dipartimentali e, inevitabilmente, anche un notevole impegno soprattutto rispetto alla necessità di destrutturare, rivalutare e documentare molti dei processi e dei percorsi che caratterizzano l'ambito assistenziale.

Lo sforzo maggiore è stato soprattutto quello di entrare in nuovo modello concettuale che presuppone la necessità di guardare oltre lo stereotipo del fare, facendo emergere la necessità di dare evidenza e, soprattutto di misurare il proprio operato con degli standard di riferimento. In sostanza creare un "sistema qualità".

Ruolo fondamentale è stato rivestito dai diversi referenti, che all'interno dei Dipartimenti Ospedalieri, oltre ad avere prodotto tutta la documentazione necessaria prevista e richiesta hanno creato una rete di collaborazione utile a sviluppare momenti di confronto e di discussione tra le équipe. L'impegno profuso ha permesso di valorizzare qualità professionali ai diversi livelli evidenziando potenzialità e opportunità di sviluppo, sia in termini di integrazione multi professionale che di crescita delle competenze di tutti i professionisti della struttura.

Attività dell'area Vasta Emilia Nord (Aven)

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena:

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
- Azienda Unità sanitaria Locale di Parma
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Aziedna Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
- Azienda nità Sanitaria Locale di Modena
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione a livello di Area Vasta, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, al fine di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

Nel primo semestre 2011, le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno operato per dare continuità e consolidare le iniziative ed i progetti già in essere inserendoli coerentemente nel quadro giuridico ed organizzativo scaturito dalle indicazioni regionali poi raccolte nella DGR 927 del 27 giugno 2011, cercando di individuare nuovi modelli organizzativi, in grado di garantire funzionalità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il 7 settembre 2011 è stato approvato dall'Assemblea dei Direttori Generali l' "Accordo Quadro" costitutivo dell'Area Vasta, successivamente trasmesso ai Presidenti delle Conferenze Territoriali delle Provincie di riferimento dell'Area Vasta Emilia Nord, che hanno proceduto all'esame ed alla sua approvazione. Si è proceduto anche all'informazione ed al confronto con le Organizzazioni sindacali,

mediante la convocazione di 3 incontri specifici al termine dei quali le OO.SS. hanno concordato alcune osservazioni sul testo loro sottoposto.

Acquisti centralizzati
In questo settore si registra un costante incremento delle attività, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti), da un livello di programmazione stringente e costantemente monitorato, dall'abitudine ormai consolidata a procedere nell'ottica della suddivisione del lavoro e dell'integrazione di risorse. Si è puntato soprattutto a migliorare le tempistiche, che sono strettamente connesse alla capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche.

A tale proposito si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro di farmacisti, con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM), incaricato di fungere da riferimento per i Servizi Provveditorato per le problematiche relative alle procedure di gara per l'acquisizione di DM e finalizzato anche a garantire adeguato flusso informativo nei Servizi Farmacia delle Aziende sull'andamento e sulle scelte operate per le singole gare; analogamente anche i Servizi di Ingegneria Clinica delle Aziende AVEN hanno proceduto ad una suddivisione di compiti, con la definizione di referenti per le specifiche gare programmate, in stretto rapporto con la struttura del Dipartimento Interaziendale Acquisti.

È in fase di implementazione il sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività: su questo punto occorre investire ulteriore impegno. Si è dato continuità al lavoro di monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci e alla gara per l'acquisizione di endoprotesi coronariche.

L'Area Vasta Emilia Nord ha provveduto a definire la propria programmazione degli acquisti per il biennio 2011 – 2012 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati (Regionale, di Area Vasta e Aziendale).

La riorganizzazione dei Servizi Acquisti, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2011 – 2012, in coerenza con la pianificazione 2010 – 2011, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.

La tabella che segue riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle gare di Area Vasta ed i risultati economici conseguiti.

N. Gare programmate per il biennio 2011 – 2012	117
N. Gare aggiudicate nell'anno 2011	42
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2011	16
N. Gare avviate al 31.12.2011	27
N. Gare programmate ancora da avviare	32
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2011	€. 171.401.811,69
Stima dei risparmi indotti	11,3%
N. Procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2011	24

Per quanto concerne i rapporti con l'Agenzia Regionale Acquisti, è proseguita la collaborazione per l'attuazione della programmazione gare, assicurando:

- la partecipazione del Direttore Operativo e del Responsabile DIA di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;
- l'attività di coordinamento e raccordo della Direzione Operativa tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ing. Clinica..) ed i professionisti coinvolti nelle gare;

- la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER;
- l'attività dei Servizi Provveditorato, dei Servizi di Farmacia ed Ing. Clinica per la trasmissione ad Intercent-ER di tutti i dati (fabbisogni, prezzi, tipologia di prodotti, segnalazioni, variazioni..), sia per la fase di preparazione delle procedure di gara, che per la fase di applicazione delle convenzioni.

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli "ordinativi di fornitura" emessi dalle Aziende associate all'AVEN nel 2011 risulta pari ad €. 71.903.475,51. Si segnala la recente aggiudicazione della gara per l'acquisizione del principio attivo Filgrastim (per il quale sono oggi disponibili farmaci biosimilari) per il consistente risultato economico raggiunto: l'applicazione del nuovo prezzo (10,85€/fl vs 49€/fl precedente) corrisponde ad un risparmio di quasi 2 ml di euro annui, calcolato sui consumi AVEN dell'anno 2010.

Nel corso del 2011, inoltre, è stata avviata una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, volta a produrre sinergie per la fase di selezione e valutazione di prodotti specialistici a rilevante impatto dal punto di vista tecnico-scientifico ed economico; tale lavoro è direttamente collegato anche all'espletamento a livello regionale di alcune importanti gare (DM per oculistica, endoprotesi coronariche, farmaci innovativi, biosimilari, materiale protesico), per le quali si cerca di favorire un maggior raccordo e scambio tra le strutture delle 3 Aree Vaste.

Progetto di logistica integrata - magazzino centralizzato
Le attività connesse alla costruzione dell'edificio sono state ultimate e la struttura è stata consegnata dalla ditta appaltatrice. Nel primo semestre 2011 si è proceduto all'aggiudicazione dell'appalto per l'allestimento della struttura e l'affidamento dei servizi connessi alla sua gestione. Non è però stato possibile giungere alla firma del contratto a causa della presentazione, da parte di uno dei soggetti risultati non aggiudicatari, di un ricorso sul quale il TAR si è espresso a novembre. Tale sentenza ha però comportato l'attivazione delle procedure di ricorso al Consiglio di Stato con richiesta di sospensiva cautelare della sentenza del TAR Parma.

È stato elaborato dal Comitato Tecnico e dall'Assemblea e successivamente adottato, da parte di tutte le Aziende AVEN, l'Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del Polo Logistico. Fondamentale per la condivisione del testo è stato il lavoro condotto dai Direttori Amministrativi e dai Responsabili dei Servizi Bilancio delle Aziende AVEN, col supporto della Direzione Operativa per l'approfondimento e la definizione degli aspetti connessi alla gestione finanziaria del magazzino. Sono proseguiti i lavori del gruppo incaricato di definire le procedure informatiche ed operative finalizzate all'attivazione dell'anagrafica centralizzata dei beni sanitari, che ha concluso la fase preliminare con l'organizzazione di momenti formativi destinati agli operatori delle Aziende interessati.

Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi
Relativamente a tale settore di attività, la programmazione AVEN prevedeva le seguenti direttrici di attività:

- consolidamento delle attività del Dipartimento Interaziendale Acquisti (di cui sopra);
- proseguimento delle attività della Commissione Farmaco di Area Vasta, con il coordinamento e supporto del CeVEAS: la Commissione Farmaco si è riunita mensilmente, ha provveduto all'aggiornamento del Prontuario Terapeutico AVEN, all'approfondimento del ruolo in terapia di specifici gruppi di farmaci (anche tramite il coinvolgimento capillare dei clinici utilizzatori), a iniziative di monitoraggio/verifica di dati di utilizzo, all'approfondimento di tematiche relative ai farmaci, connesse ai processi di acquisizione;
- definizione di una procedura per la vigilanza e l'attivazione di sistemi di allerta nel caso di difettosità, incidenti, ritiri o altri eventi connessi all'utilizzo di beni sanitari: tale procedura è stata elaborata ed è in corso di validazione presso le strutture interessate delle Aziende associate;
- iniziative per promuovere il coordinamento delle Commissioni Aziendali per i Dispositivi Medici (CADM) e giungere alla costituzione di una Commissione di Area Vasta dei dispositivi medici e materiale protesico. Sono emerse criticità (in termini di risorse) e resistenze che hanno impedito di procedere nell'attivazione di un percorso condiviso. Occorre trovare modalità organizzative più funzionali e coerenti, almeno per i beni sanitari oggetto di centralizzazione logistica, per i quali sarà necessario prevedere anche attività di valutazione e selezione centralizzate.

Integrazione in ambito amministrativo – gestionale e clinico - assistenziale

Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo–gestionale, che clinico–assistenziale.
In particolare si segnala l'attività svolta dai gruppi di area clinico-assistenziale: gruppo referenti specialistica, gruppo laboratori, gruppo responsabili formazione, gruppo prescrizione informatizzata del farmaco (progetto di modernizzazione Prisma), gruppo responsabili dipartimenti di sanità pubblica. Per quanto concerne i gruppi di area amministrativo-gestionale, si segnalano le attività svolte dal gruppo dei responsabili risorse umane, gruppo normativa appalti, gruppo responsabili servizi di prevenzione e protezione, gruppo assicurazioni, gruppo responsabili servizi bilancio. Infine, si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione di comuni orientamenti applicativi della Legge 136/2010.

Promozione del cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo

Eccellenza clinica

Nel 2011 è proseguito il progetto di ricerca in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia per la definizione di Profili di Cura dei NCP che, partendo dall'analisi descrittiva delle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione assistita dei medici di medicina generale presente in ogni NCP e dei comportamenti dei professionisti che vi operano rispetto al consumo di assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, costituiscono una base di partenza fondamentale per poter costruire indicatori di qualità dell'assistenza erogata, stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico. In questa prospettiva l'obiettivo generale è l'approfondimento e la diffusione dei risultati con i professionisti coinvolti. Nella Sezione 6 sono illustrate in specifico le attività svolte nel 2011.

Progetto "Governo Clinico"

Il processo di cura è un sistema complesso che spesso richiede l'intervento di molteplici figure professionali. Il governo clinico esige un'assistenza integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative, condizioni che sono realizzabili pienamente solo nel contesto di un'organizzazione di tipo dipartimentale, assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che la compongono. Per ottenere i risultati desiderati, occorre che le capacità tecnico-cliniche siano adeguatamente supportate da strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Si tratta di un impegno multidisciplinare, che deve trovare la collaborazione sia tra operatori clinici, sia tra chi nei servizi ha responsabilità cliniche e chi ha invece responsabilità organizzative e manageriali.

Nel 2011 è stato elaborato un Piano assistenziale individualizzato (PAI) come strumento di pianificazione dell'assistenza e di un percorso finalizzato alla gestione di pazienti con disturbi cognitivi persistenti da sperimentare inizialmente su pazienti che presentano una particolare complessità assistenziale. Il PAI è stato utilizzato negli Hospice aziendali, dove lo strumento è risultato applicato al 100% dei casi. Nelle altre unità operative è stato utilizzato in almeno il 60% dei casi trattati

L'utilizzo del PAI dovrà essere avviato sperimentalmente, anche nelle LDPA di S. Secondo P.Se e Borgotaro. Per queste UU.OO è in corso la definizione dello strumento informativo

Sicurezza delle cure

Nell'ambito della Sicurezza delle cure, oltre a implementare l' attività di formazione degli operatori sanitari in tema di rischio clinico con eventi inerenti l'incident reporting e la sicurezza in sala operatoria ed il progetto SOSnet, sono state sviluppate ed utilizzate attività di mappatura e verifica dei rischi tramite l'utilizzo di specifici programmi e protocolli di sorveglianza, a tale proposito si cita:

- il SIChER (Sistema di Sorveglianza dell'infezione del Sito Chirurgico), presso l'ospedale di Vaio e di Borgo Val di Taro con l'adesione di quasi la totalità delle Unità Operative. Nella Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono stati verificati con SIcher il 55% degli interventi;
- nel corso dell'anno è stato attivato il SITIER (sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva) a Vaio, è stato esteso il sistema di SOS-net con l'entrata a regime in 4 Unità Operative su 6 con estensione nel corso del 2012;.
- il progetto Ris-Pacs è stato attivato approvato dal Collegio di Direzione, deliberato con apposito atto e portato a regine nel corso del 2011, i dati relativi all'utilizzo si avranno nel 2012 apposita delibera;
- nel giugno è stato attivato il SITIER (sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva) a Vaio;
- il consumo globale di prodotti idralcolici (*proxy* per pratica di igiene delle mani) è statoa di litri 331 e negli Ospedali dell'Azienda hanno partecipato al questionario di autovalutazione sulla procedura dell'Igiene Alcolica delle Mani collocandosi su valori intermedi nella scala di valutazione.
- nell'ambito del rischio Infettivo si sono tenuti incontri del Comitato Infezioni Ospedaliere che hanno anche contribuito a definire la progettualità di sistema, oltre alle riunioni del gruppo di lavoro per la prevenzione e controllo della legionellosi ceh ha esaminato lo stato corrente della sorveglianza ed ha potuto convenire per una riduzione della frequenza dei controlli in atto;
- circa il contenzioso, nell'anno 2011 sono state consolidate ed implementate le attività intraprese in ottemperanza agli obiettivi posti dalla D.G.R. n. 1706/2009 come modificata dalla D.G.R. n. 2108/2009, sviluppando ulteriormente l'attività di gestione delle posizioni di danno tanto in sede stragiudiziale quanto in sede giudiziale.
  In particolare il Comitato Valutazione Sinistri si è regolarmente riunito per esaminare, sia dal punto di vista medico-legale che legale-assicurativo le richieste di danno, definendo le posizioni nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa e concordando le migliori soluzioni difensive nell'interesse dell'Azienda e degli operatori sanitari coinvolti.
  L'Azienda ha curato l'implementazione del database "gestione del contenzioso" inserendo i nuovi sinistri ed aggiornando i dati delle posizioni già registrate sulla base delle definizioni nel frattempo realizzate, giungendo così ad avere un quadro completo del contenzioso sanitario e rispettando allo stesso tempo il flusso informativo SIMES.
  L'Azienda infine ha coordinato il gruppo "risk management e assicurazioni" istituito in ambito Aven al fine di uniformare le condizioni di copertura assicurativa della responsabilità civile collocata a far tempo dal 30.06.2011 e di omogeneizzare l'approccio alla gestione dei sinistri.
  Analogamente per quanto riguarda il coordinamento in ambito Aven della gestione dei sinistri gravanti sulla polizza Faro, alla luce del fatto che lo stato di LCA del precedente Assicuratore ha imposto alle Aziende di svolgere un ruolo diverso nella gestione delle posizioni di danno, anche al fine di giungere alla corretta liquidazione del danno secondo modalità confacenti alla natura ed alla complessità di ciascun evento nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativi;
- il team di mediazione dei conflitti ha definito positivamente 3 casi, portando a conclusione l'intero percorso; alcuni casi sono stati conclusi con il solo contatto telefonico. Intensa l'attività di ascolto della figura del mediatore presso l'URP del Distretto di Taro-Ceno che ha concluso positivamente casi sia territoriali sia ospedalieri.

Eccellenza tecnologica

L'informatizzazione a supporto del sistema informativo e dell'organizzazione

Le azioni perseguite per l'anno 2011 hanno rappresentato il proseguimento delle attività 2010 e sono state orientate al raggiungimento di obiettivi atti a garantire lo svolgimento di servizi di supporto tecnico-informatico alle linee di attività aziendali e in linea con gli obiettivi definiti nel nuovo Piano Attuativo Locale PAL 2009-2011 e le linee di programmazione regionale 2011. Le attività hanno riguardato gli ambiti di applicazione di seguito specificati.

- **Progetti ICT per il 2011:** l'Azienda USL di Parma ha partecipato regolarmente all'attività dei gruppi

di lavoro per la realizzazione dei progetti ICT in ambito regionali e in ambito di AVEN. In particolare il contributo è stato rivolto allo svolgimento dei lavori del Sottogruppo ICT e del Comitato Tecnico dell' Accesso in ambito regionale e del tavolo di lavoro del Gruppo degli Informatici in ambito AVEN.

- **Sicurezza e Privacy:** In linea con quanto previsto dalla legislazione vigente in data 31 marzo 2010, le attività si sono svolte nel rispetto del nuovo Documento Programmatico per la Sicurezza dell'Azienda Usl di Parma ed in applicazione a quanto risposto con nota del Direttore Generale prot. n. 65825 relativo al nuovo modulo di informativa per il trattamento dei dati personali, che recepisce le indicazioni presenti nella circolare regionale 6/2009 per la gestione del consenso in SOLE.
- **Infrastruttura di rete:** Le attività tecniche di monitoraggio e di mantenimento del corretto funzionamento dell'infrastruttura di rete dati aziendale sono state erogate con continuità, garantendo gli interventi di assistenza on site e da remoto e gli orari di copertura dei servizi di help desk previsti dall'organizzazione del Servizio RIT.
- **Tecnologie Hardware:** tutte le attività atte a garantire il progressivo adeguamento delle macchine server e delle postazioni di lavoro sono state realizzate nel rispetto della programmazione economica e delle richieste pervenute dai servizi. In particolare si segnala che le attività di sostituzione e aggiornamento del parco postazioni di lavoro (Pc + stampante) hanno comportato nel corso del 2011 un volume di interventi on site pari a circa 2.800 unità.
- **Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003):** Nel corso del 2011 è proseguita l'attività dei Distretti relativa l'utilizzo della nuova Anagrafe Regionale dei Ricettari e Medici Prescrittori (ARMP) per la registrazione dei ricettari cartacei consegnati ai medici e l'alimentazione delle procedure di prenotazione Cup e di rendicontazione della spesa farmaceutica territoriale;
- **Anagrafe degli assistiti:** Nel corso dell'anno è proseguito l'invio dei dati in tempo reale per l'alimentazione della Nuova Anagrafe Assistiti Regionale NAAR, in applicazione del nuovo MANUALE OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI DATI ANAGRAFICI NELLE PROCEDURE DI SANITA' TERRITORIALE E OSPEDALIERA redatto in collaborazione con la Direzione Amministrativa, in cui sono state recepite le indicazione presenti nelle linee guida regionali relative al funzionamento della Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR).
- **Doc Area + e il processo de materializzazione dei documenti**: Dopo i corsi di formazione all'utilizzo del protocollo informatizzato integrato con l'utilizzo della Posta Elettronica Certificata (PEC) per il personale della dirigenza e del comparto dell'area amministrativa condotti nel corso del 2010, sono proseguite le attività di scambio dei documenti formalmente trasmessi ad altri enti della PA mediante l'utilizzo del protocollo informatico e della PEI . Gli indirizzi di PEI e PEC nel numero complessivo di 6 sono stati pubblicati sull'indice IPA. Si segnala che sono proseguite le azioni organizzative volte ad adottare a livello sperimentale la dematerializzazione nel processo di trasmissione di comunicazioni di carattere ufficiale in ambito aziendale. In particolare si segnala l'attività finalizzata alla realizzazione del nuovo albo pretorio on line, che secondo le direttive ministeriali è stato attivato dall'inizio del 2011 e prosegue con regolarità. Infine l'Azienda è stata impegnata a partecipare con propri rappresentanti ai tavoli di lavoro regionali il cui obiettivo è di individuare con i rappresentanti del Polo Archivistico della Regione ER (PARER) al fine le soluzioni per gestire le fasi di conservazione anticipata e conservativa dei documenti amministrativi e clinici firmati digitalmente.

Il Technology Assessment

Il Technology Assessment, in ambito aziendale, è una attività di coordinamento multiprofessionale destinata a fornire il supporto necessario per effettuare valutazioni di appropriatezza e di priorità, , secondo i principi del governo clinico, in piena compatibilità con i programmi di sviluppo definiti a livello Regionale e di Area Vasta. Le attività di Technology Assessment sono inoltre correlate al tema della ricerca ed innovazione, in particolare quando l'innovazione riguarda l'utilizzo sperimentale o comunque non consolidato, di nuovi strumenti o dispositivi medici.

Nle 2011 per facilitare e suportatre l'attività di appropriatezza eèpriotrità è stato predisposto un software

che consente alle articolazioni aziendali di avere l'elenco dettagliato delle attrezzature elettromedicali, sia al fine dell'autorizzazione sanitaria al funzionamento, sia la fine della loro gestione manutentiva e di controllo e verifiche di sicurezza. Il nuovo software è stato predisposto ed installato sulle postazioni dei due Ospedali Aziendali e dei Distretti oltre ad essere stata completata l'installazione presso le Unità Operative Ospedaliere, che consente una più diretta partecipazione alle operazioni di gestione manutentiva ed il controllo delle verifiche di sicurezza. Pee promuoverne il corretto utilizzo è stata realizzata un'apposita formazione con l'addestramento dei Coordinatori delle Unità Operative Complesse Ospedaliere.

Il Piano Annuale delle Attrezzature è stato costruito seguendo delle disposizioni di una apposita procedura, che prevede l'uso di schede tecniche, differenziate per tecnologie consolidate di medio bassa e di alta complessità/prezzo; ed un percorso di validazione che parte dalle UOC per proseguire a livello di Dipartimento ed, infine, a livello di nucleo aziendale di technology assessment, dove si integrano le competenze sanitarie con quelle di ingegneria clinica. La necessità di utilizzo di una scheda tecnica per tecnologie innovative e di uso non consolidato e la procedura ad hoc, hanno evitato la presentazione di proposte non congruenti con la mission aziendale.

Nell'ambito delle iniziative regionali dell'Osservatorio Regionale per la Ricerca e Innovazione (ORI) si è data continuità alla partecipazione del personale Servizio Attività Tecniche agli incontri rivolti al Gruppo Tecnico "Ingegnerie Cliniche" di AVEN, con riferimento alla programmazione degli acquisti per il 2011 relativi all'Ingegneria Clinica.

Eccellenza organizzativa

Percorsi qualità dei Servizi esternalizzati

Nel corso dell'anno 2011 è stato messo a regime il progetto di introduzione, all'interno dell'organizzazione aziendale, delle logiche necessarie per l'evoluzione del sistema di monitoraggio dei servizi e processi esternalizzati, con utilizzo di strumenti statistici, instaurato con una forte sinergia tra Coordinatori sanitari e personale amministrativo incaricato di gestire i contratti relativi ai servizi interessati dal progetto, al fine di migliorare le prestazioni complessive.

Il risultato fondamentale del progetto, con riferimento all'anno 2011, è stata la definizione di strumenti ed obiettivi qualitativi che costituiscono il presupposto per la definizione di vincoli contrattuali, con applicazione di penali o premi relativamente alle forniture interessate, in funzione dei risultati che si raggiungeranno nel corso dell'anno 2012. L'attività effettuata si è estrinsecata nelle seguenti prestazioni principali:

- formulazione del manuale di riferimento per il controllo dei servizi esternalizzati, specificando gli scopi, il campo di applicazione, le procedure di campionamento e le analisi statistiche da effettuare;
- applicazione ed estensione ad altri servizi dell'utilizzo di indici sistemici e sintetici di valutazione delle prestazioni, sia con riferimento alla quantità che alla qualità del servizio (con particolare riferimento al servizio di ristorazione dei degenti degli Ospedali di San Secondo Parmense e Borgotaro).

Nel 2011 il progetto si è ulteriormente sviluppato con la formazione connessa alle conoscenze teoriche e pratiche in materia di esecuzione di attività di audit. Nel corso del 2012 si prevede di applicare concretamente i principi appresi con la formazione prima indicata, al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- interagire con fornitori su tematiche moderne del Controllo Qualità, applicando i principi della qualità complessiva delle funzioni complesse
- applicare le regole di pianificazione, esecuzione e reporting degli audit sui fornitori
- sperimentare l'audit sui processi di 2 dei contratti selezionati tra i servizi esternalizzati.

La programmazione, i Dossier Formativi ed altri ambiti formativi

Dal 2011 ha preso avvio il nuovo sistema ECM definito nell'Accordo Stato regioni del 5/11/2009 che rende necessaria una riorganizzazione dei processi di erogazione della formazione ed un nuovo sistema di crediti. In linea con la Regione, ha preso avvio la sperimentazione del dossier formativo di gruppo che ha comportato una diversa modalità di organizzazione della programmazione formativa in forte connessione con lo sviluppo dell'organizzazione e delle competenze dei professionisti.

Tale percorso ha richiesto una revisione dei processi aziendali ed una forte integrazione fra Formazione e Risorse Umane e tra Formazione ed Articolazioni aziendali per una programmazione congiunta. Il Piano delle Attività Formative contenente i Dossier Formativi di gruppo, costruito in forma integrata con il Piano delle Azioni, è stato discusso ed approvato dal Collegio di Direzione nel febbraio del 2011.

Attività realizzata
Si è proceduto al consolidamento della rete dei referenti della formazione attraverso la co-costruzione dei documenti di programmazione ed in particolare il Dossier formativo di Gruppo e il Catalogo degli eventi formativi. La riorganizzazione dei processi amministrativi è stata caratterizzata da azioni specifiche:

- rilevazione delle competenze dei coordinatori finalizzata alla costruzione di piani di sviluppo;
- avvio di un gruppo di lavoro per la definizione e valutazione delle competenze dei dirigenti di struttura semplice;
- applicazione della procedura operativa per la gestione amministrativa ed economica degli eventi da parte delle articolazioni;
- avvio di un gruppo di lavoro per la revisione del percorso del neoassunto (continuità con la revisione della procedura 2010) finalizzato alla omogeneizzazione dei percorsi, dei contenuti e alla costruzione di un percorso FAD;
- pieno consolidamento del sistema informativo integrato (Formazione – Risorse Umane);
- nell'ambito della formazione specifica in medicina generale è' stato avviato il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la sede di Fidenza (dove è già presente il corso di laurea in Infermieristica);
- è stata effettuata la pianificazione delle attività didattiche e dei tirocini (compresa Azienda Ospedaliero-Universitaria) anche attraverso l'individuazione di specifici tutor;
- l'attività del Comitato Scientifico ha riguardato la valutazione della programmazione dei Dossier e degli eventi 2011;
- per quel che attiene l'avvio del nuovo sistema ECM, in relazione alle linee guida regionali relative all'Accordo Stato Regioni:
    - si è provveduto ad adottare i nuovi criteri ECM dal gennaio 2011
    - è stato adottato un modello di Dossier Formativo di gruppo (validato in Regione a gennaio)
    - da novembre (in applicazione delle DGR 1331 e 1332/2011) è stato avviato il percorso con l'Agenzia Sanitaria per l'avvio dell'accreditamento per la funzione di governo e per la funzione di provider. In tale direzione è stato individuato anche il RAQ della Formazione che seguirà il percorso regionale.

Formazione specifica in Medicina Generale
La Regione Emilia-Romagna coordina e cura i corsi triennali di formazione specifica in medicina generale avvalendosi delle Aziende Sanitarie per l'organizzazione e la realizzazione dei percorsi formativi previsti dal D.lgs. 368/99. Dall'anno accademico 2011-2012 l'Azienda USL di Parma è diventata sede formativa del corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, pianificato dalla Regione Emilia-Romagna, la cui sede è collocata a Fidenza. Il Corso, con n. 11 corsisti, è riservato a laureati in medicina e chirurgia, abilitati alla professione, iscritti ad un Ordine provinciale dei medici chirurghi ed odontoiatri e selezionati tramite pubblico concorso. Ogni corsista è assegnato a 2 Medici di Medicina Generale in possesso di attestato di tutor. Nella Sezione 4 sono presenti dati in specifico circa l'attività formativa del 2011.

Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è Organo dell'Azienda, ha compiti di elaborazione e proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, il Programma aziendale di gestione del rischio. Esprime inoltre pareri sui regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale (delibera n. 107 del 13 marzo 2008 e la successiva verifica di conformità da parte della Giunta regionale avvenuta con deliberazione n. 442 del 30 marzo 2008) l'assetto e le funzioni del Collegio di Direzione sono state adeguate alla direttiva regionale approvata con deliberazione n. 286/2006 (delibera di costituzione del nuovo Collegio di Direzione n. 520 del 28/08/2008, regolamento di funzionamento approvato con deliberzione n. 721 del 12/12/2008 a seguito dell'approvazione da parte del Collegio stess, nella seduta del 1/12/2008).

E' presieduto dal Direttore sanitario ed è composto da:

- il Direttore delle attività socio-sanitarie
- i Direttori di Distretto
- il Direttore medico del Presidio ospedaliero aziendale
- i Direttori dei Dipartimenti sanitari ospedalieri e territoriali
- i Direttori dei Dipartimenti delle Cure primarie
- il Direttore infermieristico e tecnico aziendale
- i Direttori del Servizio farmaceutico ospedaliero e territoriale
- i Direttori dei Dipartimenti di area amministrativa e tecnica
- il Direttore del Servizio Risorse Umane
- il Direttore del Servizio Risorse economico - finanziarie
- n. 5 componenti individuati dal Direttore generale fra i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera coordinatori dei nuclei di cure primarie o componenti degli uffici di direzione distrettuale, e fra i Medici specialisti ambulatoriali coordinatori di branca.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare in relazione a specifici argomenti i responsabili delle funzioni di staff e di articolazioni organizzative aziendali. Il Collegio di direzione, nella nuova composizione, è stato formalmente costituito con deliberazione n. 520 del 1/09/2008 nella quale sono stati individuati anche i medici di medicina generale, i pediatri e i medici specialisti ambulatoriali che fanno parte del Collegio.

Nel 2011 il Collegio di Direzione ha intensificato la sua attività che lo ha portato a svolgere pienamente il ruolo che gli assegna l'Atto aziendale esaminando tutti gli atti più importanti per l'attività dell'Azienda ed orientando il suo impegno sui temi del governo clinico e dell'organizzazione. Le sedute sono state 8 e i principali temi affrontati i seguenti:

- programmazione e pianificazione aziendale: verifica del Piano Azioni 2010, approvazione Piano Azioni 2011, Bilanci di Previsione 2011 e Consuntivo 2010, piano degli investimenti 2010/2012 e il piano delle attrezzature, stato di attuazione e technology assestment, piano liste di attesa;accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e progetti di integrazione con l'AOU;
- governo clinico e organizzazione aziendale: linee di indirizzo per la clinical governance aziendale, analiisi degli screening, audit clinico-organizzativo sullo stroke, attuazione dell'audit regionale sulla lungodegenza, livelli di rischio nel percorso nascita: la gestione integrata ospedale-territorio, esiti della verifica dell'accreditamento dell'ospedale S. Maria di Borgo Val di Taro, programmazione dell'health technology assessment, sistema Ris-Pacs ;
- ricerca e innovazione: partecipazione dell'Azienda al bando "Fondo regionale per la Modernizzazione 2011/2012, mediazione culturale: iniziative aziendali, progetto "second opinion", progetto "Indagine monitoraggio anziani fragili", un "blog" per il governo clinico
- formazione: approvazione del Piano di Formazione 2010 e avvio dell'accreditamento;

L'attività del Collegio di Direzione non è tuttavia esaustiva della ricchezza delle forme e delle modalità attraverso le quali si realizza la partecipazione dei professionisti alle scelte ed alla definizione delle attività

aziendali.

A livello gestionale e tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata nell'ambito dei Comitati di dipartimento e del Collegio di Presidio nei due ospedali aziendali e nell'ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell'attività aziendale e a realizzare il governo clinico.

Anche nell'anno 2011 è proseguita l'attività di partecipazione dei professionisti che, per gli aspetti gestionali e tecnici, si è realizzata soprattutto nell'ambito dei Collegi di Ospedale e dei Comitati di Dipartimento, con particolare riguardo al tema del Governo clinico (oggetto di una specifica iniziativa di cui si da conto in altro paragrafo), i cui incontri si sono svolti con una periodicità significativa.

Nel corso dell'anno sono state tenute:

- n. 1 riunioni del Collegio di Ospedale Fidenza – S. Secondo e n. 12 riunioni dei Comitati di Dipartimento (5 del Dipartimento di Medicina, 3 del Dipartimento di Chirurgia, 4 del Dipartimento di Emergenza)
- n. 2 riunioni del Collegio di Ospedale di Borgo Val di Taro e n. 10 riunioni dei Comitati di Dipartimento (6 del Dipartimento di Chirurgia e 4 del Dipartimento di Medicina).

I Comitati di Dipartimento ospedaliero hanno consolidato il sistema di pianificazione delle attività, della formazione e del piano delle attrezzature. Nel corso del 2011 i Dipartimenti dell'ospedale S. Maria di Borgo Val di Taro hanno iniziato il percorso di accreditamento istituzionale che si è concluso positivamente con la visita della commissione regionale nell'ottobre 2011. Per quanto concerne l'O spedale di Vaio è proseguita l'attività dei gruppi di lavoro della rete dei referneti e dei tutor di dipartimento per la predisposizione dei materiali documentali e per il consolidamento dei requisiti organizzativi di accreditametno, la cui verifica di secondo livello, effettuta dalla Commissione regionale nelle giornate del 29 e 30 novembre, è stata superata con buoni risultati da tutti i Dipartimenti. E' stato altresì deliberato, con atto n. 510 del 21.07.2011, il nuovo regolamento dei Dipartimenti del Presidio ospedaliero Aziendale.

Diversi gruppi di professionisti sono stati costituiti per elaborare linee di indirizzo aziendali su temi connessi alle priorità definite nella programmazione aziendale. In diversi paragrafi della presente sezione sono richiamati gli impegni assolti da gruppi di lavoro composti dai professionisti dell'Azienda e non solo.
Di seguito si elencano i principali gruppi di lavoro che hanno svolte la propria attività nel 2011, ovvero documenti significativi elaborati da gruppi di professionisti.

Organismi formalmente istituti che hanno operato nel 2011

OGGETTO	DEL. N.	DATA
COSTITUZIONE GRUPPO DI COORDINAMENTO PROVINCIALE DEL PIANO REGIONALE "PER IL CONTROLLO UFFICIALE SULLA PRODUZIONE, SUL COMMERCIO E SULL'UTILIZZO DEI PRODOTTI FITOSANITARI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CONSUMATORI, PER LA VALUTAZIONE DEGLI EVENTUALI EFFETTI DEI MEDESIMI PRODOTTI SULLA SALUTE DEI LAVORATORI ESPOSTI E SUI COMPARTI AMBIENTALI".	78	11/02/2011
ISTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO-SCIENTIFICO TRA DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELL' AUSL DI PARMA, ARPA SEZ. PROV.LE DI PARMA E UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA SUL TEMA "MONITORAGGIO AMBIENTALE E SANITARIO DEL TERMOVALORIZZATORE DI PARMA	12	20/01/2011
ISTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (C.U.G.)	525	21/07/2011
ISTITUZIONE DEL BOARD AZIENDALE DELLA RICERCA E INNOVAZIONE	287	29/04/2011

Principali gruppi di lavoro:

Gruppi di area tematica del Governo Clinico:

- gruppo di area tematica del Governo clinico "Etica delle Governanance"
- gruppo di area tematica del Governo clinico "Ricerca e Innovazione"

- Comitato Infezioni Ospedaliere

Altri ambiti:

- Commissione provinciale per il monitoraggio delle linee guida per il management del diabete mellito, che ha redatto il documento "implementazione del "Registro Provinciale Diabete" di Parma nel contesto della gestione assistenziale integrata"
- Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici
- Comitato ospedale e territorio senza dolore
- Commissione provinciale per al gestione deintegrata del paziente in terapia anticoagulante orale
- Commissione interaziendale per il monitoraggio della nutrizione artificiale
- Commissione interaziendale per il governo clinico della insufficienza respiratoria
- Commissione interaziendale dialisi
- Protocollo d'intesa contenente misure ed iniziative per contrastare irregolarità, illegalita' e precarieta' del lavoro e per tutelare la sicurezza nei luoghi di lavoro nell'ambito degli appalti pubblici e privati di servizi sul territorio della provincia di Parma
- Protocollo d'intesa relativo agli accordi di mobility management tra l'Ausl e il Comune di Parma
- Protocollo d'intesa con l'associazione Ciac onlus per la definizione delle modalita'operative del coordinamento socio sanitario e per l'individuazione dei percorsi di cura ed integrazione delle vittime di tortura e violenza in carico
- Protocollo d'intesa tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, A.Vo.Pro.Ri.T. (Associazione Volontaria Promozione Ricerca Tumori) e Lilt (lega italiana per la lotta contro i tumori) per la Promozione di iniziative a supporto dei programmi di screening oncologici
- Organismo provinciale - sezione permanente per il coordinamento degli interventi della pubblica amministrazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro
- Studio conoscitivo finalizzato alla valutazione dell'esposizione al rischio amianto dei lavoratori addetti alle bonifiche
- Applicazione delle linee guida regionali per l'accertamento di assenza tossicodipendenza e assunzione sostanze in determinate categorie di lavoratori
- Protocollo di intesa con la Provincia di Parma ed i Comuni sede di Sportello Unico per la "Gestione e snellimento dell'accesso e delle procedure amministrative connesse ai procedimenti per attività di produzione di beni e servizi di competenza dello Sportello Unico"
- Protocollo d'intesa tra Provincia, Federfarma e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per il progetto "pronto farmacia", servizio di consegna farmaci a domicilio
- Commissione locale di monitoraggio degli accordi con gli enti ausiliari
- Commissione aziendale per la sperimentazione clinica in medicina generale e pediatria di libera scelta
- Gruppo progetto territorio senza fumo
- Definizione delle procedure operative in occasione di ritiro di dispositivi medici qualora i medesimi possano costituire condizioni di rischio per il loro utilizzo.
- Applicazione locale del programma regionale integrato per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico 'PRI-A"
- Gruppo di lavoro sul percorso nascita
- Gruppo Gruppo di lavoro cure palliative
- Gruppo di lavoro interaziendale multiprofessionale per l'assistenza a favore di soggettiportatori di stomie e incontinenze gravi
- Gruppo di lavoro progetto polo senologico unificato
- Gruppo di lavoro progetto senologico presso gli ospedali di Borgotaro e di Vaio
- Gruppo di lavoro procreazione medicalmente assistita
- Gruppo tecnico multiprofessionale e interistituzionale in materia di violenza a danno di minori
- Gruppo di lavoro interdipartimentale per l'ampliamento del nuovo ospedale di Vaio
- Monitoraggio del modello organizzativo Day Service aziendale
- Gruppo di lavoro aziendale e singoli gruppi distrettuali finalizzati a sostenere e monitorare le azioni di sviluppo del processo d'integrazione tra i Medici di Medicina Generale ed il Dipartimento Salute Mentale e tra il sistema delle Cure Primarie ed il sistema di Salute Mentale nell'ambito del Progetto Regionale "Giuseppe Leggieri"
- Monitoraggio del programma di assistenza odontoiatrica a seguito degli interventi realizzati per

l'applicazione della nuova normativa regionale
- Progetto "prevenzione del rischio biologico"
- Gestione globale dell'anafilassi
- Gestione ambientale e sviluppo sostenibile
- Gruppo di Lavoro Interaziendale per i Rapporti Ospedale-Territorio
- Team Interaziendale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (Dca)
- Nucleo Operativo Provinciale (N.O.P.) di Parma per il Prontuario Terapeutico AVEN
- Organismo Paritetico Provinciale per il Comparto Sanità Ausl – Azienda ospedaliera Universitaria - OO.SS..
- Unità di Crisi Locale "Sicurezza Alimenti e Mangimi".

Gli Uffici di Direzione Distrettuale

A livello distrettuale il Direttore del Distretto favorisce la partecipazione dei professionisti responsabili dell'assistenza e delle articolazioni organizzative afferenti il distretto, e realizza la sintesi tra le competenze e le professionalità espresse. L'Ufficio di Direzione Distrettuale (U.D.D.) costituisce la funzione organizzativa attraverso la quale sono definite le modalità di integrazione e ne è valutato il livello.

Con la deliberazione n. 520 del 1/09/2008, oltre che il Collegio di Direzione, sono stati costituiti anche gli Uffici di direzione delle attività distrettuali, previsti dall'Atto aziendale con la seguente composizione:
- Direttore del Distretto
- Direttori del Dipartimento delle cure primarie, del Dipartimento Sanità pubblica, del Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche
- Direttore delle attività socio-sanitarie
- Referente per la medicina generale
- Referente per la pediatria di libera scelta
- Direzione medica del Presidio ospedaliero
- Direzione infermieristica e tecnica
- Direzione dell'assistenza farmaceutica
- uno specialista ambulatoriale interno

ed è stata demandata ai Direttori di Distretto la concreta individuazione dei componenti, avvenuta con determina n. 109 del 19/09/2008 del Direttore del Distretto di Parma, determina n. 141 del 25/09/2008 del Direttore del Distretto di Fidenza, determina n. 192 del 25/09/2008 del Direttore del Distretto Sud-Est, determina n. 100 del 29/09/2008 del Direttore del Distretto Valli Taro e Ceno.

Di seguito si illustrano brevemente i temi trattati durante le riunioni degli UDD nel 2011:

UDD Distretto di Parma:
- programmazione 2011
- programmazione Case della Salute Distretto di Parma
- verifica Piano delle Azioni 2011

UDD Distretto di Fidenza:
- accreditamento sociosanitario
- accreditamento Ospedale Fidenza/San Secondo P.se
- prospettive Lungodegenza San Secondo P.se
- ospedale di Comunità

UDD Distretto Sud Est :
- bilancio consuntivo 2010
- bilancio di previsione 2011
- progetto Case della Salute
- piano di formazione dei facilitatori Case della salute

- servizio farmaceutico aziendale e rapporti con il Distretto sud est
- presentazione nuovo Direttore del Distretto

UDD Distretto Valli Taro e Ceno:

- programmazione distrettuale anno 2011
- risorse Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
- andamento spesa farmaceutica
- resoconto attività distrettuale anno 2011 e ipotesi attività distrettuale anno 2012 -Piano distrettuale piano di zona per la salute ed il benessere.

Miglioramento dei processi organizzativi

Si è dato avvio al miglioramento di alcuni processi operativi e organizzativi al fine di accrescere la riconoscibilità, la trasparenza e l'uniformità di procedure amministrative e della gestione di risorse economico-finanziarie. In particolare questi processi hanno riguardato:

- è stata messo a regime il progetto di valutazione della qualità dei servizi di supporto esternalizzati con particolare riguardo alla formulazione del manuale di riferimento (strumenti, modalità e tecniche nonchè indici di valutazione), alla formazione degli operatori sanitari ed amministrativi, alla sperimentazione delle schede di valutazione definite;
- è effettuata la verifica del Piano triennale per la razionalizzazione delle dotazioni strumentali approvato con deliberazione n. 869/2008 ed è stato approvato il nuovo Piano triennale con deliberazione n. 145/2011; è stato acquisito ed avviata l'implementazione di uno specifico software per la gestione complessiva ed unitaria del patrimonio aziendale;
- è proseguita la partecipazione al progetto regionale "DOC AREA+" (è stata completata la dotazione degli scanner e avviata la sperimentazione della trasmissione in via digitale della documentazione);
- sono state aggiornate le linee operative per il controllo delle esenzioni ticket per motivi di reddito ed è divenuto pienamente operativa la riscossione dei ticket tramite pagamento on line con l'adesione al progetto regionale gestito da CUP 2000, e tramite MAV bancario;
- sono state effettuati le verifiche ispettive presso tutti gli istituti termali della provincia di Parma (n. 7), ed è stata data attuazione alla circolare regionale n. 19/2009 in materia di ticket per le cure termali.

Sezione 4

CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE

La "carta di identità" del personale

Valutazione dei rischi

Valutazione delle competenze, affidamento degli incarichi aziendali e sistemi premianti

Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze

L'attività formativa

La "carta di identità" del personale

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dall'Azienda USL di Parma.

I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:

- uno per la Dirigenza Medica e Veterinaria;
- uno per la Dirigenza Sanitaria (Farmacisti, Fisici, Biologi, Chimici, Psicologi, ecc.), Tecnica, Professionale ed Amministrativa;
- uno per il Comparto (sia del ruolo Sanitario, Tecnico, Amministrativo).

La tabella seguente elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2011 comprendente anche il personale assunto ai sensi dell'art. 15 septies D.lgs. 502/92; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 524 unità ossia il 20,0 %. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,6 % del totale.

Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,3 %, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

TABELLA 1 – DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E TEMPO DETERMINATO.

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2011				
Personale dipendente	**Tempo indeterminato**	**Tempo determinato**	**Totale al 31.12.2011**	%
Dirigenti Medici Veterinari	427	3	430	16,3
Dirigenti Sanitari	63	0	63	2,4
Dirigenti PTA	34	0	34	1,3
Totale Dirigenza	***524***	***3***	***427***	***20,00***
Personale infermieristico	936	30	966	36,6
Personale tecnico sanitario	87	4	91	3,4
Personale prevenzione	120	1	121	4,6
Personale riabilitazione	150	5	155	5,9
Assistenti sociali	28	9	37	1,4
Personale tecnico	193	9	202	7,7
O.S.S.	182	5	187	*7,1*
Personale amministrativo	351	1	352	*13,3*
Totale Comparto	***2047***	***64***	***2111***	***80,0***
TOTALE	**2571**	**67**	**2638**	**100,0**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 1/BIS DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE FRA LE ARTICOLAZIONI AZIENDALI AL 31 DICEMBRE ANNI 2010/2011

	Personale al 31/12/2010	Personale al 31/12/2011
Sede centrale	303	308
Distretto di Parma	743	749
Distretto di Fidenza	318	329
P.O. di Fidenza	635	651
Distretto Valli Taro e Ceno	175	177
P.O. Borgo Val di Taro	228	229
Distretto Sud-Est	195	195
TOTALE	**2.597**	**2.638**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Il conteggio del personale della tabella 1/bis fotografa la situazione al 31.12 e conteggia ogni testa come "intera", non tenendo conto pertanto del personale a part-time od occupato per periodi dell'anno. La tabella 1 suddivide il personale (a tempo determinato ed indeterminato) tra le articolazioni aziendali contrapponendo i dati relativi agli anni 2010/2011.

Nella tabella 2 invece si introduce un diverso conteggio del personale, che viene proporzionato rispetto alle ore lavorate settimanalmente (ad es. 36 ore = 1 unità; 18 ore = 0,50) ed anche alle giornate retribuite nell'anno.

Viene quindi fotografato il personale presente dal 01.01 al 31.12 conteggiando le giornate "pagate", se un tempo determinato lavora da marzo a settembre vale 180/360 = 0,5 , e risulta inoltre rapportato al part-time (24 ore su 36 lavorative = 0,67).

Tale calcola risulta importante tenendo presente che oggi in Azienda vi sono 233 dipendenti (ossia circa il 10%) con rapporto a part-time; 12 in meno rispetto allo scorso anno..

La tabella 3 è una tabella analitica, e descrive il personale pesato rispetto ai giorni pagati ed all'eventuale part-time, suddiviso per articolazione aziendale e per dipartimento.

TABELLA 2 PERSONALE EFFETTIVO AL 31 DICEMBRE ANNI 2010/2011

	A tempo determinato			A tempo indeterminato		
Personale	**2010**	**2011**	**Variazione**	**2010**	**2011**	**Variazione**
Medico e veterinario	9,3	5,0	-4,26	410,1	412,0	+1,9
Sanitario non medico - dirigenza	1,6	0,2	-1,37	54,7	60,3	3,8
Sanitario non medico - comparto	24,4	37,5	+12,6	1.212,0	1.213,3	-9,7
Professionale – dirigenza	0,0	1,0	1,0	6,0	6,0	-1,7
Tecnico - dirigenza	0,0	0,0	0,0	4,0	5,2	0,0
Tecnico - comparto	18,5	21,1	+2,6	389,4	385,7	-3,7
Amministrativo - dirigenza	0,0	1,0	1,0	19,0	19,0	0
Amministrativo comparto	1,0	0,6	-0,4	313,5	334,6	21,1
Totale	**58,05**	**66,4**	**+5,94**	**2.407,9**	**2436,4**	**+28,5**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 3 – ORGANICO AZIENDALE UOMO/ANNO PER ARTICOLAZIONE E DIPARTIMENTO – 2011

PRESIDI OSPEDALIERI	Dipartimento	Comparto	Dirigenti Medici e Veterinari	Dirigenti non Medici	Totale
BORGOTARO P. O.	CHIRURGIA	66,6	23,5	0,0	90,1
	MEDICINA	87,0	13,8	0,0	100,8
	PATOLOGIA	9,5	1,0	1,0	11,5
	FARMACIA AZIENDALE	2,8	0,0	2,0	4,8
	SERVIZI GENERALI	12,9	1,0	0,0	13,9
BORGOTARO P. O. Totale		**178,7**	**39,3**	**3,0**	**221,0**
FIDENZA P. O.	EMERGENZE	149,8	53,4	0,0	203,2
	CHIRURGIA	140,9	42,7	0,0	183,5
	MEDICINA	117,2	30,0	0,0	147,2
	PATOLOGIA	19,9	1,0	6,0	27,9
	SERVIZI GENERALI	48,0	3,8	1,0	52,8
FIDENZA P. O. Totale		**475,8**	**130,9**	**7,0**	**614,6**
Totale Presidi Ospedalieri		***654,5***	***170,2***	***10,0***	***835,6***

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 4 – PERSONALE DISTRETTUALE SUDDIVISO PER ARTICOLAZIONE AZIENDALE E PER DIPARTIMENTO

Centro di gestione	DIP.TI CURE PRIMARIE	DIP. TO SALUTE MENTALE	DIP.TO SANITÁ PUBBLICA	FARMACIA AZIENDALE	SERVIZI GENERALI	SERVIZI SOCIALI	Totale DISTRETTI
BORGOTARO	80,5	32,3	33,7	2,0	20,7	0	169,2
FIDENZA	109,2	55,2	59,2	29,9	47,1	37,8	336,3
PARMA	282,7	274,8	96,1		47,0	5,0	705,6
SUD/EST	65,8	32,0	61,8		23,4	1,0	184,0
Totale	**538,2**	**394,3**	**250,8**	**31,9**	**138,2**	**43,8**	**1395,1**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Come si può notare rispetto alle macroarticolazioni, il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti n. 705,6 Altra articolazione con rilevante numero di occupati è il Presidio Ospedaliero di Fidenza/S.Secondo, con n. 614,6 operatori.

Nella tabella 4 sono riportati i dipendenti suddivisi per fascia di età, per sesso, per area contrattuale: dirigenza o comparto.

Il personale femminile è pari al 71,62% del totale, e rappresenta il 78% dell'Area Comparto, ed il 49,5% nell'Area Dirigenziale (era il 45,0%).

Riguardo il dato anagrafico, vediamo che la concentrazione assolutamente più rilevante è fra i 40 ed i 55 anni, oltre il 60% complessivo. Fra gli uomini anche la fascia di età 55/59 è rilevante rappresentando il 20% del totale.

TABELLA 5 – DIPENDENTI SUDDIVISI PER SESSO M/F.

	Femmine		Maschi		Totale
Personale dip. Complessivo	1.897	71,62%	741	28,38%	2.638
Dirigenti Medici	179	49,15%	178	50,85%	357
Dirigenti Veterinari	13	17,57%	59	82,43%	72
Dirigenti Sanitari	40	56,60%	23	38,10%	63
Dirigenti PTA	13	41,94%	21	58,06%	34
Personale comparto	1.652	78,12%	460	21,88%	2.112
Incarichi strutt. complessa	19	28,1%	46	71,9%	65
Incarichi struttura semplice	41	43,0%	51	57,0%	92
Altri incarichi dirigenza	185	50,1%	184	49,9%	369
Personale Part-Time	216	92,7%	17	7,3%	233

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

La tabella 6 riporta i dati del personale presenti al 31/12 ma suddivisi per Area assistenziale: Distretti, Ospedali, Prevenzione, Servizi Generali.

Il 39,0% del personale viene utilizzato nell'assistenza territoriale; il 32,0 % per l'assistenza ospedaliera; il 13,0 % per l'area della prevenzione; il 16,0 % per i servizi generali presso cui sono censite tutte le attività di supporto amministrative e tecniche.

TABELLA 6 – ANDAMENTO DEL PERSONALE A TEMPO PARZIALE/IMPEGNO RIDOTTO.

	Dipendenti Part-time 31/12/2008	Dipendenti Part-time 31/12/2009	Dipendenti Part-time 31/12/2010	Dipendenti Part-time 31/12/2011
Dirigenti Medici Veterinari	2	3	3	3
Dirigenti Sanitari	3	3	5	3
Dirigenti P.T.A.	0	0	0	0
Personale Infermieristico	120	107	103	98
Pers. Tecnico sanitario	10	10	9	9
Personale Prevenzione	14	15	10	8
Personale Riabilitazione	32	26	23	25
Assistenti Sociali	4	4	5	4
Personale Tecnico	12	14	13	15
O.T.A.	0	0	0	0
O.S.S.	7	9	9	9
Personale Amministrativo	68	69	65	59
TOTALE dip. part-time	**272**	**260**	**245**	**233**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Valutazione dei rischi

Continua all'interno dell'Azienda l'implementazione del Sistema di Gestione della Sicurezza, così come previsto dall'art. 30 del D.L.vo 81/08 e s.m.i.: il Sistema è monitorato dal SPPA di concerto con le varie Articolazioni Aziendali (Distretti, Direzione Generale e Direzione degli Ospedali).

La valutazione di tutti i rischi lavorativi è intesa come un "processo in progress" finalizzato alla riduzione dei rischi presenti nelle varie Sedi Aziendali; il percorso di valutazione dei rischi rimane "il momento centrale" all'interno dell'organizzazione aziendale mirato al cambiamento, ma soprattutto al miglioramento delle condizioni di lavoro, che si interfacciano con l'incremento quali-quantitativo dell'attività svolta, anche in termini di attività assistenziale.

Anche nel corso dell'anno 2011 sono stati predisposti gli aggiornamenti relativi della Scheda di Valutazione dei rischi per le sedi aziendali già attive, compresi gli aggiornamenti, e la Scheda di valutazione dei rischi per le nuove sedi aziendali: tali documenti, che comprendono anche l'eventuale proposta di interventi di bonifica, sono state condivise con il Datore di Lavoro ed i Dirigenti.

Oltre alle "Schede di Valutazione dei rischi" specifiche per le sedi aziendali oggetto di rivisita, il SPPA ha indagato e valutato anche gli altri rischi presenti, attribuendo un indice di gravità agli stessi e proponendo, qualora necessarie, le varie soluzioni di bonifica. Si è proceduto anche all'aggiornamento e / o predisposizione dei Piani di Emergenza, dove necessario, unitamente alle planimetrie dei locali, anche in riferimento all'attivazione delle Case della Salute.

Fra le azioni principali ricordiamo le riunioni con i RLS – Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

- nel secondo semestre 2011 è stata predisposta la documentazione necessaria per l'organizzazione della prevista r**iunione periodica di cui all'art. 35 del D.L.vo 81/08**; il materiale così predisposto, che comprende sia il riepilogo dell'attività svolta dal SPPA nel corso dell'anno 2011 che le proposte operative per il biennio 2012-2013, detto materiale è stato presentato ed approvato in Collegio di Direzione. Il Piano dell'attività è stato inoltre illustrato ai RLS. Le Riunioni ex art. 35 sono state successivamente fissate nel mese di gennaio 2012; si prevede di organizzare una Riunione per ogni singola articolazione aziendale (4 Distretti, compreso Ospedale dove presente – Direzione generale), che sarà convocata da ogni Direttore di Distretto e Gestione Complessiva Ospedali e dal Direttore Amministrativo, alla presenza dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, del Servizio Prevenzione Protezione Aziendale e dei Medici competenti. La riunione rappresenta un'importante opportunità per la programmazione dei progetti ed azioni di misure prevenzione da intraprendere a livello locale, nell'articolazione locale di riferimento, oltre ai piani di formazione. Inoltre sarà convocata anche specifica Riunione aziendale per affrontare le problematiche legate all'applicazione del D.L.vo 230/95 relativamente alla radioprotezione dei lavoratori;
- continuano le verifiche periodiche sulle apparecchiature radiologiche presenti in Azienda, in riferimento sia alla sicurezza della popolazione che dei lavoratori addetti e la sorveglianza dosimetria su personale esposto;
- rispetto alla **Valutazione del Rischio da Sostanze pericolose** (riferimento al Titolo IX del D.L.vo 81/08), si è proceduto al monitoraggio ambientale e successiva valutazioni del rischio specifiche rispetto all'utilizzo di gas anestetici negli Ospedali di Vaio e Borgotaro;
- per quanto riguarda il **Rischio Biologico:** il SPPA riceve le segnalazioni degli infortuni a rischio biologico, che nel corso dell'anno 2011 ha visto un leggero incremento degli infortuni a 62 eventi occorsi al personale dipendente. Le Procedure di lavoro relative al contenimento del Rischio biologico rappresentano il momento specifico per la prevenzione: massima attenzione viene quindi rivolta alla loro corretta applicazione; ciò si attua anche attraverso incontri con il personale e sopralluoghi mirati. Sono forniti agli operatori i dispositivi di protezione individuale specifici unitamente ai dispositivi medici, scelta congiuntamente al SPPA. Continua l'organizzazione dei Corsi di formazione specifici;

- analisi e valutazione del rischio della situazione lavorativa in cui è presente ed utilizzato il laser ad olmio – Ospedale di Vaio, comparto operatorio;
- **continua la predisposizione del DUVRI** – Documento Unico di Valutazione del Rischio da Interferenze (Riferimento art. 26 del D.L.vo 81/08 e s.m.i.) sia per i nuovi contratti con Ditte esterne che per l'aggiornamento dei contratti in essere (GLOBAL SERVICE, che comprende i servizi di pulizia e sanificazione, smaltimento rifiuti speciali, disinfezione, disinfestazione e derattizzazione, sorveglianza locali, gestione magazzino economale - traslochi e facchinaggi interni ed esterni - trasporto farmaci e beni sanitari, lavanolo - Fornitura gas medicali – Gestione Centri DIALISI - SERVIZI ESTERNALIZZATI LOGISTICA e Gestione Monitoraggio dei Servizi Esternalizzati Az.le (n. 12 Società/Cooperative Sociali coinvolte) - GESTIONE CALORE - Fornitura gas medicali - Manutenzione elettromedicali - PROSA (solo per il Complesso Ospedaliero di Vaio) - vari Service di laboratorio. E' in uso il Programma informatizzato per la gestione dei DUVRI, con PW di accesso per Articolazioni Aziendali e le Ditte esterne;
- rispetto al **Documento Aziendale che identifica i DPI – Dispositivi di Protezione Individuali:** nel 2011 è iniziato il percorso di aggiornamento in collaborazione con i Responsabili SIT Az.li. Inoltre è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare denominato " Tavolo guanti " incaricato per scelta delle diverse tipologie di guanti in collaborazione con Serv. Farmaceutico az.le e S.I.T. Az.li.
- è stato predisposto un Documento che identifica le calzature – intese come DPI - **Dispositivi di Protezione Individuali** per tutti i dipendenti esposti a rischio specifico;
- **monitoraggio delle Verifiche periodiche** (effettuate dal Servizio Attività Tecniche che conserva la Documentazione relativa agli Atti), come da Normativa vigente su: Impianti elettrici presenti (compresa l'eventuale riconduzione a norma) - Apparecchiature elettromedicali, comprese le apparecchiature radiologiche (compresa l'eventuale riconduzione a norma) - Gestione calore - Gestione Gas medicali - Sistemi di protezione antincendio (estintori, idranti, centraline, rivelatori di fumo, porte tagliafuoco) - Ascensori e montalettighe;
- a livello locale si è insediato l'Organismo Paritetico Provinciale (previsto dall'art. 50 del DLvo 81/08) Sanità Pubblica fra le Aziende Sanitarie Pubbliche e le OO.SS.; per il biennio 2011-12 la Presidenza è assunta dal Responsabile del SPPA che ne coordina ed organizza anche tutta l'attività;
- il Responsabile del SPPA ha svolto il Coordinamento del Gruppo di Lavoro reg.le su Valutazione dei rischi da movimentazione manuale delle persone; il Gruppo era composto da Responsabili o Addetti dei SPPA di Aziende USL ed Aziende Ospedaliere Regionali;
- a seguito del trasferimento delle competenze in materia di gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie per la popolazione carceraria alle Regioni /Azienda USL, il SPPA ha predisposto il Documento di Valutazione del rischio per i locali specifici e per l'attività sanitaria svolta all'interno degli Istituti Penitenziari.

Gestione delle Emergenze

Il problema legato al controllo ed alla gestione delle emergenze nelle attività sanitarie con presenza di posti letto o comunque frequentate da numerosi utenti che possono presentare diversi gradi di disabilità è sempre complesso e rappresenta per l'organizzazione un punto critico rispetto allo svolgimento dell'attività assistenziale.

Le sedi aziendali sono dotate di un **Piano di Emergenza,** composto dalle planimetrie esposte nei luoghi di lavoro, indicanti le vie di esodo ed il posizionamento dei presidi antincendio e da una parte cartacea contenente le Procedure operative da adottare in caso di emergenza da parte degli operatori addetti alla gestione dell'evento.

Nel corso del 2011 il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale ha provveduto anche ad aggiornare alcuni Piani di emergenza, è ha organizzato e condotto sia i corsi di addestramento di base antincendio che specifici incontri formativi in materia di emergenza/sicurezza incendio, che comprendono anche la simulazione di situazioni di emergenza coadiuvando i Datori di lavoro all'identificazione dei Responsabili Gestione Emergenza e degli Addetti delle Squadre di Emergenza.

Particolare rilevanza per l'anno 2011 ha avuto dapprima l'aggiornamento dei Piani di emergenza (planimetrie e Procedure operative) per le tre sedi ospedaliere, in previsione della simulazione di emergenza che è stata effettuata con successo appunto negli ospedali aziendali. La Prova di evacuazione è stata preceduta da vari incontri di addestramento degli operatori.

TABELLA 7: QUADRO RIEPILOGATIVO RELATIVO AGLI ADDETTI CHE HANNO FREQUENTATO CORSI DI FORMAZIONE ANTINCENDIO (ATTUALMENTE PRESENTI IN SERVIZIO – SONO STATI ESCLUSI GLI OPERATORI CHE, PUR AVENDO FREQUENTATO I CORSI DI FORMAZIONE NON RISULTANO PIU' IN FORZA NELL'AZIENDA)

ARTICOLAZ. AZIENDALE	**N° ADDETTI	CORSO 8 ORE	CORSO 16 ORE	TOTALE ADDETTI FORMATI	%
Distretto Borgotaro	177	123	18	141	79,66
Ospedale di Borgotaro	228	64	104	168	73,68
Direzione Generale	283	47	24	71	25,09
Distretto di Fidenza	357	88	52	140	40,23
Ospedale Fidenza San Secondo	650	45	187	232	35,69
Distretto di Parma	749	302	44	346	46,19
Distretto Sud - Est	194	133	1	134	69,07
TOTALE	**2.638**	**802**	**430**	**1.232**	**46,70**

** Numero addetti effettivi in Servizio al 31.12.2011

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto all'anno 2011:

	CORSI ANTINCENDIO EFFETTUATI	
	CORSI 8 ORE (docenza a carico SPPA)	**CORSI 16 ORE (docenza a carico dei VV.F.)**
Anno 2011	N°2 corsi N°29 operatori	N° 2 corsi N° 44 operatori

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Sarà ulteriormente incrementato il numero degli operatori formati in materia di emergenza antincendio. Sono state organizzate e condotte le seguenti **iniziative di informazione e formazione del personale dipendente**, riferite a rischi specifici presenti nei luoghi di lavoro dell'Azienda:

- sopralluoghi per l'aggiornamento della Valutazione dei Rischi, finalizzati anche alla ricognizione relativa alla presenza della cartellonistica di sicurezza e dei presidi di sicurezza;

- **incontri informativi sulle procedure d'emergenza specifiche**, relative alla struttura di appartenenza; fra tutti si ricorda l'incontro formativo teorico-pratico presso la Camera Iperbarica di Vaio a novembre che rappresenta un momento molto importante di formazione e confronto con gli Operatori addetti alla conduzione della Camera Iperbarica;
- **incontri informativi finalizzati all'addestramento all'uso delle centraline di allarme antincendio** presenti nelle sedi aziendali. Le sedi nelle quali si sono svolti gli incontri sono: Polo Sanitario di Noceto, Polo Sanitario Parma Ovest – Via Pintor, Polo Sanitario di Fornovo, Complesso Ospedaliero di Borgotaro, Complesso Ospedaliero di San Secondo, Padiglione Braga c/o Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma;
- **incontri di addestramento relativi all'utilizzo di attrezzature di lavoro, comprese le apparecchiature elettromedicali**;
- incontri di addestramento relativi all'utilizzo di azoto liquido, congiuntamente alla scelta dei DPI idonei;
- conduzione e completamento del **Corso di Formazione per i Preposti aziendali** " Organizzazione della tutela della salute dei lavoratori in Azienda " – 15 ore di lezione, per 3 edizioni (numero partecipanti complessivi 103);
- **corso di formazione rischio biologico** (5 edizioni), rivolto ai Coordinatori aziendali che, a loro volta, hanno formato i Collaboratori diretti. Monitoraggio dell'attività di ricaduta sugli operatori e Predisposizione di Linee guida per prevenzione rischio biologico per alcune attività da svolgere;
- corso di formazione per operatori aziendali (in particolare DAISM-DP e Punti di Primo Soccorso) relativo alla P**revenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**, organizzati dal SPPA e DAISMDP (n. 5 edizioni). E' intenzione riproporre il Corso di Formazione nel 2012; sempre nel 2012 saranno avviati i Focus Group specifici nei singoli Servizi aziendali per la ricaduta del corso e per la predisposizione di proposte operative mirate al miglioramento delle condizioni di lavoro;
- **incontri informativi finalizzati alla predisposizione delle Procedure di sicurezza** relative all'accreditamento istituzionale delle sedi aziendal;
- **corso di formazione ed aggiornamento in materia di radioprotezione** (in collaborazione con Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) rivolto a tutto il personale radioesposto;
- **attività di coordianamento e Tutoraggio per Corso di formazione in FAD** sulla sicurezza, rivolto agli operatori sanitari – Area Comparto che operano nelle sedi ospedaliere e in alcune sedi territoriali.

Rischio e sicurezza

Come previsto dalla normativa vigente, ogni anno il SPPA provvede alla raccolta, all'elaborazione ed alla distribuzione della statistica annuale degli Infortuni occorsi al personale dipendente. Dall'analisi dei dati degli infortuni relativi all'anno 2011 si evidenzia l'aumento degli infortuni – 142 infortuni nel 2011, contro i 121 infortuni nel 2010, accompagnato da un considerevole aumento delle giornate lavorative perse: 3019 gg. lavorative perse nel 2011 contro le 2.570 gg. lavorative perse nel 2010. Numericamente nel 2011 si sono verificati n. 142 infortuni contro i 121 infortuni del 2010, con una pressoché durata media costante: 21,26 nel 2011 e 21.23 nel 2010.

TABELLA 8: DISTRIBUZIONE DEGLI INFORTUNI PER TIPOLOGIA (FORMA) E GIORNATE LAVORATIVE PERSE NELL'ANNO 2011

FORMA	N. INFORTUNI	%	G. LAVOR. PERSE	%
Sollevando e/o spostando con sforzo	21	14,79%	845	27,99%
In Itinere	21	14,79%	402	13,32%
Caduto in piano su	18	12,68%	445	14,74%
Aggredito	12	8,45%	91	3,01%
Sollevando e/o spostando senza sforzo	12	8,45%	314	10,40%

Ha urtato contro	8	5,63%	121	4,01%
Scivolando	7	4,93%	142	4,70%
Movimento incoordinato	6	4,23%	110	3,64%
Colpito da	5	3,52%	119	3,94%
Ha messo un piede In Fallo	5	3,52%	78	2,58%
Inc. alla guida di	4	2,82%	101	3,35%
Schiacciato da	4	2,82%	15	0,50%
Si è punto con	4	2,82%	14	0,46%
Altro	3	2,11%	31	1,03%
Urtato da	3	2,11%	92	3,05%
Esposto a	2	1,41%	8	0,26%
Impigliato / agganciato a	2	1,41%	21	0,70%
Morso da	2	1,41%	15	0,50%
Incidente a bordo di	1	0,70%	7	0,23%
Affaticamento Muscolare	1	0,70%	23	0,76%
Caduto dall'alto	1	0,70%	25	0,83%
TOTALE	**142**	**100 %**	**3.019**	**100 %**

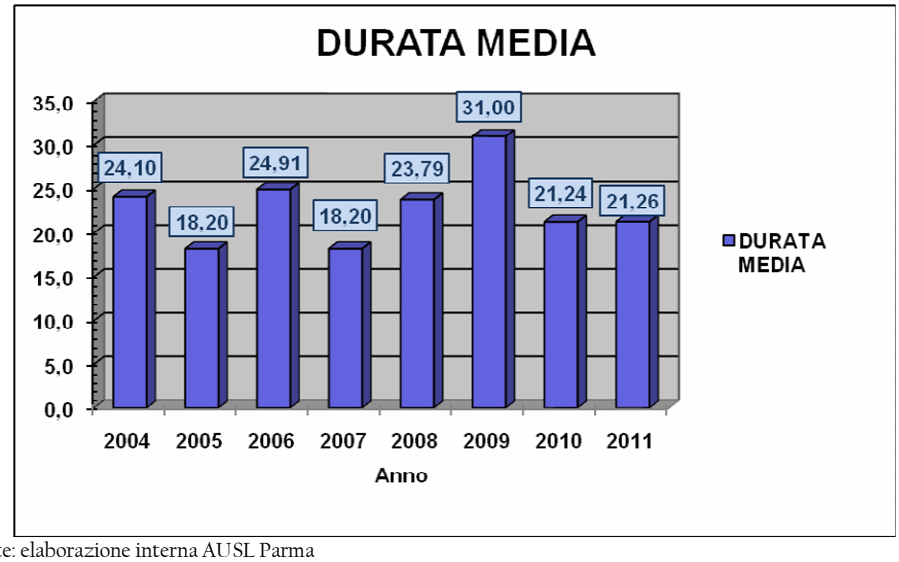
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 9: DISTRIBUZIONE DEGLI INFORTUNI PER ETÀ ANAGRAFICA DEGLI ADDETTI

INFORTUNI			
Classi età	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
23 - 32	9	12	21
33 - 42	14	24	38
43 - 52	19	40	59
53 - 62	5	19	24
TOT	**47**	**95**	**142**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

FIGURA 1: DURATA MEDIA DEGLI INFORTUNI ANNI 2004/2011



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Analizzando nel dettaglio le forme di infortunio più frequenti, il confronto fra gli anni 2010/11 evidenzia quanto segue:

TABELLA 10: DISTRIBUZIONE INFORTUNI – CONFRONTO ANNI 2010/2011

FORMA	N. INFORTUNI 2011	N. INFORTUNI 2010
Sollevando e/o spostando con sforzo	21	21
In Itinere	21	22
Caduto in piano su	18	2
Aggredito	12	4
Sollevando e/o spostando senza sforzo	12	-
Ha urtato contro	8	7
Scivolando	7	14
Movimento incoordinato	6	14
Colpito da	5	7
Ha messo un piede In Fallo	5	16
Inc. alla guida di	4	3
Schiacciato da	4	7
Si è punto con	4	2
Altro	3	-
Urtato da	3	-
Esposto a	2	-
Impigliato / agganciato a	2	-
Morso da	2	-
Incidente a bordo di	1	-
Affaticamento Muscolare	1	1
Caduto dall'alto	1	-
Imprecisato	-	1
TOTALE	**142**	**121**

TABELLA 11: DISTRIBUZIONE GIORNATE LAVORATIVE PERSE – CONFRONTO ANNI 2010/2011

FORMA	GG. LAVOR. PERSE 2011	GG. LAVOR. PERSE 2010
Sollevando e/o spostando con sforzo	845	494
In Itinere	402	686
Caduto in piano su	445	10
Aggredito	91	12
Sollevando e/o spostando senza sforzo	314	
Ha urtato contro	121	58
Scivolando	142	364
Movimento incoordinato	110	238
Colpito da	119	71
Ha messo un piede In Fallo	78	416
Inc. alla guida di	101	85
Schiacciato da	15	119
Si è punto con	14	2
Altro	31	-
Urtato da	92	-
Esposto a	8	-

Impigliato / agganciato a	21	-
Morso da	15	-
Incidente a bordo di	7	-
Affaticamento Muscolare	23	14
Caduto dall'alto	25	-
Imprecisato		1
TOTALE	**3.019**	**2.570**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

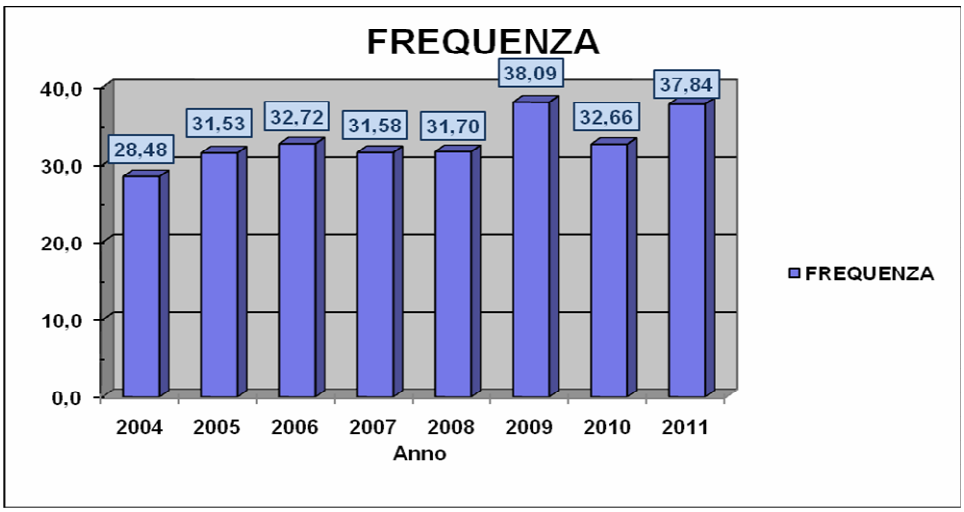
Rispetto alle singole Articolazioni Aziendali (Distretto di: Parma – Sud Est – Borgotaro – Fidenza, Presidio Ospedaliero Fidenza-San Secondo e Borgotaro, Sede Centrale), si evidenzia quanto segue:

TABELLA12: DISTRIBUZIONE INFORTUNI E GIORNATE LAVORATIVE PERSE PER ARTICOLAZIONE AZIENDALE – ANNI 2010/2011

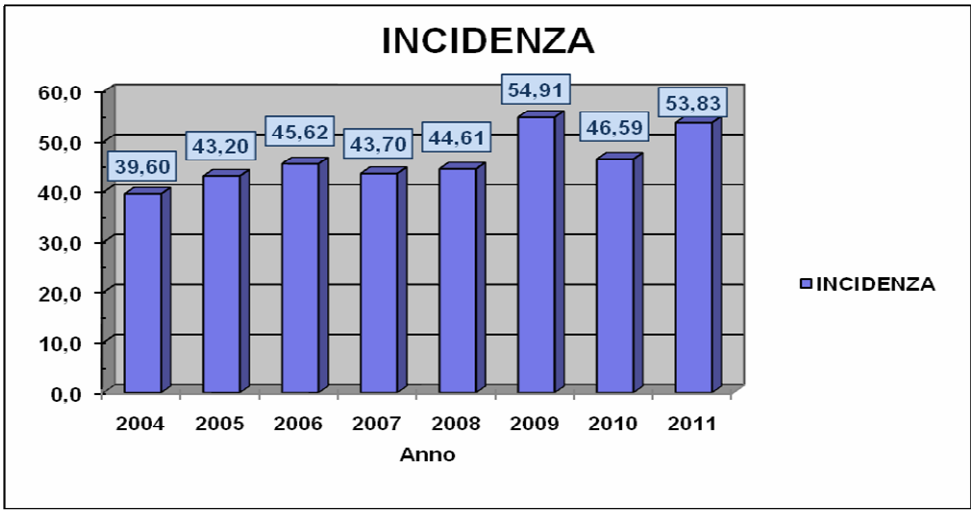
Articolazione Aziendale	N. addetti	Infortuni anno 2011	GG. lav. perse anno 2011	Durata media gg.
Distretto Parma	749	42	827	19,7
Ospedale Fidenza – S. Secondo	650	49	878	17,9
Distretto di Fidenza	357	14	223	15,9
Sede Centrale	283	9	111	12,3
Ospedale Borgotaro	228	15	388	25,8
Distretto Sud Est	194	9	266	29,5
Distretto Borgotaro	177	4	326	81,5**
intera Azienda	**2.638**	**142**	**3.019**	**Media az.le 21,26**

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

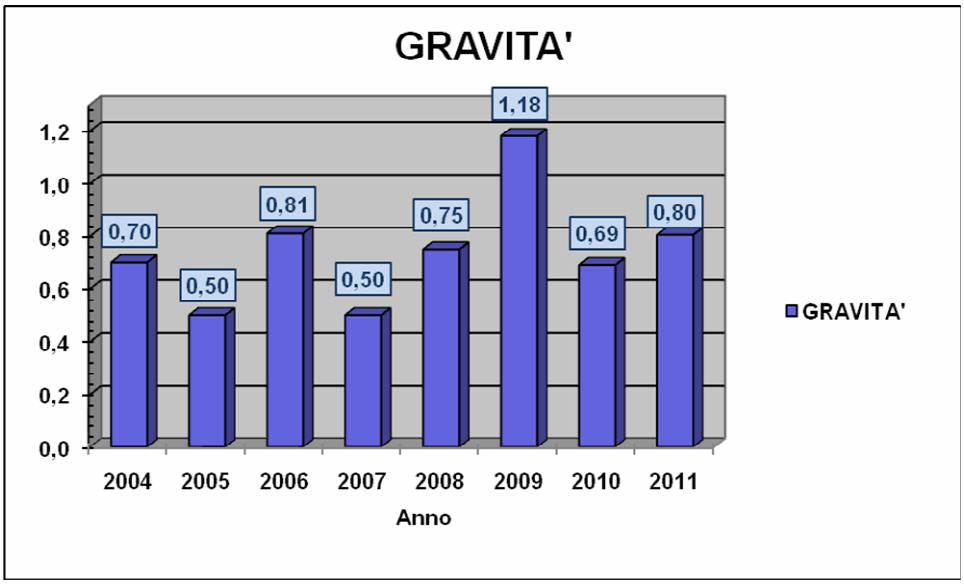
Tale diminuzione è evidente anche nell'analisi dell' **Indice di Frequenza – IF** = (numero di infortuni/Numero Ore lavorate) x 1.000.000 - che passa da 32,66 nel 2010 a 37,84 nel 2011. Deve essere segnalato l'aumento del numero di dipendenti (n. 2.597 nel 2010 contro i n. 2.638 nel 2011), accompagnato dal conseguente aumento delle ore lavorate.



L' **Indice di Incidenza - II** = (numero di infortuni/numero di dipendenti) x 1.000 – passa da 46,59 nel 2010 a 53,83 nel 2011.



Anche l' **Indice di Gravità – IG** = (numero di giorni di assenza/numero di ore lavorate) x 1.000 – aumenta sensibilmente: da 0,69 nel 2010 passa a 0,80 nel 2011 ed è in linea con l'aumento del numero di giornate lavorative perse, a causa degli infortuni, la cui gravità è decisamente superiore.



Gli infortuni a rischio biologico con prognosi 0 giorni (non comportanti cioè l'assenza dal lavoro) per l'intera Azienda USL nel 2011 sono pari a 62 eventi contro i 58 nel 2010 e sono così suddivisi:

TABELLA 13: INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO CON PROGNOSI A ZERO GIORNI ANNI 2010–2011

Articolazione Aziendale	Infortuni a rischio biologico 2011	Infortuni a rischio biologico 2010
Ospedale Fidenza San Secondo	32	30
Distretto Parma	8	9
Ospedale Borgotaro	16	11
Distretto Borgotaro	4	5
Distretto di Fidenza	2	3
Distretto Sud Est	0	0
Sede Centrale	0	0
TOTALE	62	58

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto al personale esposto:

	Valore assoluto
Personale Medico	12
Personale Infermieristico	35
Assistente Sanitaria	7
Tecnico di laboratorio	2
Allievo infermiere	4
Allievo OSS	1
Tecnico della prevenzione	1
TOTALE	62

Informazioni sierologiche della fonte di esposizione (per HIV – HBV – HCV)

PAZIENTE HIVAb +	0
PAZIENTE HBsAg +	0
PAZIENTE HCVAb +	10
PAZIENTE SIERONEGATIVO	35
FONTE SCONOSCIUTA	16
ALTRO (specificare) NON TESTATO	0
ALTRO	1
TOTALE	**62**

Nell'anno 2011 non si sono verificati casi di sieroconversione. Il SPPA provvede anche al follow-up relativo agli infortuni a rischio biologico dell'intera Azienda.

Tutela della salute dei lavoratori: risultanze della sorveglianza sanitaria

Medico Competente: visite mediche preventive e periodiche D.Lgs 81/2008 e D.Lgs 230/1995

Nel 2011 sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato e degli scadenziari, sono stati visitati, ai sensi del D.Lgs 81/2008, 910 dipendenti dei Distretti e degli Ospedali di Fidenza-S.Secondo e Borgotaro. La visita è stata integrata da quelle prestazioni, erogate direttamente dal medico competente e dalla azienda USL, necessarie per la redazione del giudizio di idoneità (vaccinazioni, test tubercolinici (Mantoux, Quantiferon), elettrocardiogrammi, audiometrie, esami ematochimici e strumentali, visite specialistiche,ecc). Le patologie dell'apparato osteoarticolare ed in particolare del rachide/spalla connesse con l'attività di movimentazione di pesi o assistiti, si confermano, in linea con le conclusioni dei precedenti bilanci, con quanto riportato anche in letteratura per il Comparto Sanità e ,non ultimo, per effetto dell'anzianità anagrafica in costante aumento, il principale problema di salute della popolazione lavorativa dell' Azienda USL di Parma, con ripercussioni sulla continuità lavorativa assistenziale e sui giudizi di idoneità alla mansione espressi.

La tabella successiva riporta l'entità numerica della sorveglianza sanitaria attuata e dell'esposizione a rischi professionali, utilizzando lo stesso schema della Comunicazione ex-Dlgs 81/2008.

TABELLA 14: L'ENTITÀ NUMERICA DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

	Totale
Totale lavoratori	2.638
Tipologia MP segnalate (codifica DM 14.01.08)[4]	-
n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	2.361
n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento	910
n. idonei	721 (79,2%)
n. idoneità parziali con prescrizioni/limitazioni	178 (19,5%)
n. inidoneità temporanee	7 (0,7%)
n. inidoneità permanenti	2 (0,2%)
N. malattie professionali segnalate	3

TABELLA 15: RIPARTIZIONE DEI VISITATI PER PROFILO DI RISCHIO LAVORATIVO DLGS 81/2008

	Totale
n. esposti a movimentazione manuale dei carichi	**410**
n. esposti ad agenti chimici -non rilevante	**79**
manipolazione farmaci antiblastici	**4**
n. esposti ad agenti cancerogeni e mutageni	
n. esposti ad agenti biologici	**763**
n. esposti videoterminali (vdt)	**83**
n. esposti vibrazioni corpo intero mano-braccio	**-**
n. esposti rumore (veterinari area b –macelli)	**11**
n. esposti campi elettromagnetici (rmn)	**59**
n. esposti radiazioni ionizzanti	**88**
n. esposti microclima severo	**-**
n. esposti atmosfere iperbariche	**4**
n. esposti stress lavoro-correlato	**-**
n. addetti lavoro notturno	**322**
n. esposti ad altri fattori emersi dal d.v.r.	**-**

La prevalenza di giudizi di NON IDONEITA' PERMANENTE O TEMPORANEA e di IDONEITA' CON

LIMITAZIONE riguarda dipendenti con qualifica sanitaria (infermieristicae OSS) e veterinaria.

La prevalenza di non idoneità o idoneità con limitazione riscontrata nel personale sanitario (infermieristico e ausiliario (OSS, OT,ausiliari) di Presidio Ospedaliero, è in linea con quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali.
Rispetto al 2010 si è ridotto il numero percentuale di "non idonei-non idonei temporaneamente" per effetto di spostamenti di mansione, mentre si è mantenuto costante il numero delle "idoneità con prescrizione/limitazione".

Attività di partecipazione alla Valutazione dei Rischi (art 25 DLgs 81/2008 e DLgs 230/1995)
L'attività del medico competente, oltre alla sorveglianza sanitaria, si è estrinsecata soprattutto nella collaborazione al Datore di lavoro e al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale per la redazione/aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi, per quanto attiene le tematiche su movimentazione dei carichi, rischio biologico, rischio chimico-cancerogeno, rischio radiologico,anche attraverso i sopralluoghi periodici previsti per legge o straordinari per l'approfondimento dei rischi per la salute. La collaborazione si è estrinsecata anche nella redazione di un format per l'analisi del profilo di rischio per singola mansione e di una check list con cronogramma per la valutazione del rischio biomeccanico. Per il 2011 è stato mantenuto il programma di controllo dell'esposizione a gas anestetici mediante la metodologia del monitoraggio biologico urinario degli agenti chimici o loro metabolici.

Attività di formazione
I medici hanno collaborato alla predisposizione dei materiali formativi e alla docenza nei corsi di formazione promossi dall' azienda in tema di:

- corso per Preposti DLgs 81/2008 (2 corsi)
- corso per formatori sul rischio biologico (7 corsi)
- corso su stili di vita e rischio cardiovascolare nelle donne"
- corsi per "Rischio Alcol in Sanità" nei 4 distretti (4 corsi).

Stesura di protocolli e procedure di sicurezza

- materiale informativo su alcol e lavoro e bozza di procedura per il controllo interno, ai sensi della L. 125/2001
- revisione della Procedura di profilassi post-esposizione (Determinazione n. 54/2011).

Riunioni sulla sicurezza art. 35 D.Lgs 81/2008

- riunioni periodiche sulla sicurezza e sul rischio radiologico con Direttori di Distretto, ai sensi del DLgs 81/2008 e DLgs 230/1995 (6)
- riunioni con Dirigenti, Preposti e Lavoratori sul rischio "alcol" in sanità (3)
- riunioni di preparazione corsi/pacchetti formativi su rischio biologico e alcol (7)
- incontri con lavoratori per la gestione dei contatti a rischio per TBC, scabbia, meningite (8)

Piano vaccinale annuale

- piano di vaccinazione antinfluenzale 2011-2012 per il personale sanitario e tecnico- amministrativo.

Sistema informativo aziendale e regionale

- incontri per la predisposizione del sistema informativo aziendale sulla sorveglianza sanitaria DLgs 81/2008
- incontri in Regione per la omogeneizzazione del sistema informativo/registrazione dati di attività, delle procedure di sorveglianza sanitaria e di gestione del rischio biologico lavorativo.

Valutazione delle competenze, affidamento degli incarichi aziendali e sistemi premianti

Le ultime innovazioni normative che hanno coinvolto la materia dei sistemi di valutazione del personale, dei correlati sistemi premianti ed i metodi di costituzione ed individuazione delle risorse economiche destinate al finanziamento di tali sistemi (D.L. 112/2008, convertito in L. 133/2008, D.Lgs. 150/2009, D.L. 78/10, convertito in L. 122/10) hanno comportato sensibili ricadute sull'effettivo utilizzo degli strumenti aziendali dedicati al riconoscimento delle competenze e delle prestazioni del personale di comparto e delle aree dirigenziali.

In particolare per quanto riguarda il riconoscimento del trattamento economico incentivante al personale di area comparto è stata garantita la corresponsione delle quote economiche di incentivazione alla produttività mensili, correlate principalmente al raggiungimento di obiettivi connessi al mantenimento quali-quantitativo delle prestazioni.

La riduzione delle risorse economiche destinate alla costituzione dei fondi contrattuali ed il contestuale sensibile incremento di organico registrato in Azienda nell'anno 2011 hanno, di fatto, impedito la possibilità di erogare al personale di area comparto quote di incentivazione alla produttività a fronte della realizzazione di specifici progetti-obiettivo fortemente orientati al conseguimento di miglioramento nei servizi all'utenza od a programmi di attuazione di innovazioni organizzative, tecnologiche e di servizio.

In applicazione delle norme che hanno introdotto, per il triennio 2011,2012 e 2013 il divieto di superamento del trattamento economico ordinariamente spettante per l'anno 2010 (art. 9, c. 1 L. 122/2010), non è stata attuata alcuna progressione economica orizzontale a beneficio di personale di area comparto, né sono stati riconosciuti benefici economici derivanti da automatismi temporali sia per il personale di area comparto che di area dirigenziale.

Nel corso del 2011 è stata sostanzialmente mantenuta la struttura quali-quantitativa degli incarichi aziendali di responsabilità già individuati nell'assetto organizzativo definito negli anni precedenti, provvedendo, nel contempo, alla attribuzione degli incarichi resisi vacanti nel corso dell'anno a seguito di cessazione di personale.
Lo sviluppo e la gestione delle carriere del personale dell'Azienda è stato costantemente oggetto di concertazione con le organizzazioni sindacali di categoria che ha portato alla condivisione sia della definizione dell'assetto organizzativo aziendale che delle modalità ed i criteri adottati per il conferimento degli incarichi dirigenziali di struttura semplice e professionali, nonché degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento per il personale di area comparto.

Nel corso dell'anno il complesso del sistema degli incarichi dirigenziali aziendale ha assunto la consistenza/composizione riassunta nella seguente tabella:

TIPOLOGIA INCARICO	AREA CONTRATTUALE	TOTALE
DIPARTIMENTI	DIPARTIMENTI SANITARI	19
	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI	4
	TOTALE INC. DIPARTIMENTO	23
STRUTTURE COMPLESSE	AREA MEDICA E VETERINARIA	46
	AREA DIRIGENZA SANITARIA	6
	AREA DIRIGENZA P.T.A.	13
	TOTALE INC. STRUTTURA COMPLESSA	65
STRUTTURE SEMPLICI	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	92
INC. PROFESSIONALI ALTA SPECIALIZZ.	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	69
INC. PROFESSIONALI ANZIANITA' > 5 ANNI	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	183
INC. PROFESSIONALI ANZIANITA' <5 ANNI	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	117

Nel corso dell'anno il complesso del sistema degli incarichi conferiti al personale di area comparto ha assunto la consistenza/composizione riassunta nella seguente tabella:

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO			
Personale Dipendente Area Comparto		Personale titolare Posizione Organizzativa	Personale titolare Coordinamento
Pers. Area Socio - Sanitaria	1.321	41	141
Pers. Area Tecnico Amministrativa	726	48	-
Totale	2.047	89	141

E' proseguita nel corso del 2011 l'attività di valutazione e l'iter di verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti previsto degli artt. 25 e seguenti dei CC.NN.NN.LL. delle aree dirigenziali quadriennio 2002/2005 per il personale riportato nella seguente tabella, che nel complesso rappresenta il 8,93 % della totalità del personale del ruolo dirigenziale, con un esito positivo per la totalità dei casi verificati:

Area Contrattuale	Organico Complessivo	PERSONALE SOTTOPOSTO A VERIFICA				
		Incarichi UOC in scadenza anno 2011	Incarichi UOS in scadenza anno 2011	Incarichi Professionali in scadenza anno 2011	passaggio fascia indennità Esclusività	TOTALE
Dir. Medici	357	2	10	8	12	32
Dir. Veterinari	72	0	1	7	1	9
Dir. Sanitari	63	1	2	1	0	4
Dir. PTA	34	0	1	1	0	2
TOTALE	**526**	**3**	**14**	**17**	**13**	**47**

Nel corso dell'anno sono state, inoltre, attivate e concluse le procedure di verifica riguardo all'attività del personale di area comparto titolare di incarico di coordinamento al 31/12/2011, la conclusione di queste procedure ha portato alla conferma di tutti gli incarichi sottoposti a verifica.

Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze

Area Comparto. Accordi Anno 2011

I principali argomenti che hanno improntato i rapporti con le OO.SS. Area Comparto nell'anno 2011 hanno riguardato accordi con contenuti economici:

a) la stipula dell'Accordo aziendale relativo a risorse regionali incentivanti;
b) l'adeguamento dei fondi contrattuali – definito d'intesa anche con la delegazione trattante dell'azienda ospedaliera - del riconoscimento di risorse relative "all'art. 40" – Indennità infermieristica. Sono poi stati stipulati accordi su specifici argomenti relativi a riorganizzazione di servizi assistenziali in ambito infermieristico.

Gli Accordi:

- Accordo "Prestazioni aggiuntive degli operatori addetti alla ricezione delle domande per "esenzioni ticket per reddito". DM 11.12.2009 (07.02.2011)
- Accordo aziendale "Assistenza infermieristica domiciliare domeniche e festivi" (31.03.2011)

- Accordo "Clinica Psichiatrica – riconoscimento fascia economica a personale transitato da Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma" (31.03.2011)
- Accordo aziendale "Integrazione dell'accordo aziendale in data 20/10/2010 in materia di progressione economica orizzontale anno 2010" (31.03.2011)
- Accordo relativo all'Emergenza assistenziale – periodo estivo 2011- (31.03.2011)
- Accordo per "Incentivazione personale addetto al CUP – biennio 2011/2012" (27.04.2011)
- Accordo "Personale infermieristico postazione di soccorso Parma Est" (23.05.2011)
- Accordo inerente i criteri organizzativi per la collocazione del personale in regime di part-time a seguito delle indicazioni e del confronto previsto dalla nota RER del 28.04.2011 - (23.05.2011)
- Accordo "Laboratorio Ospedale Borgotaro" (20.06.2011)
- Accordo per "Progetto gestione informatica dell'utilizzo del parco automezzi di proprietà dell'Azienda USL di Parma" (12.09.2011)
- Accordo "Incentivazione personale addetto al CUP – proroga intesa tra AUSL Parma ed OO.SS./R.S.U. relativa al biennio 2011/2012. Sospensione accordo biennio 2011/2012" (26.10.2011)
- Accordo per la revisione dell'assetto dei Coordinamenti del Servizio Dialisi territoriale – (26.10.2011)
- Accordo in applicazione dell'intesa regionale per l'utilizzo di risorse regionali incentivanti la flessibilità nelle Aziende del S.S.R. sottoscritta in data 20/09/2011 – (26.10.2011)
- Accordo per attribuzione indennità servizi malattie infettivi al personale infermieristico operante presso l'Istituto Penitenziario – (26.10.2011).

Area Dirigenza. Accordi Anno 2011

Sono da segnalare principalmente accordi di carattere organizzativo raggiunti a livello locale per l'anno 2011:
- Verbale di intesa "Ospedale di Fidenza e S.Secondo – U.O. Chirurgia – organizzazione degli orari di lavoro mesi di Luglio e Agosto 2011" – Dirigenza Medica - (20.06.2011)
- Accordo "Progetto gestione informatica dell'utilizzo del parco automezzi di proprietà dell'Azienda USL di Parma" – Dirigenza Medica - (20.06.2011); Dirigenza STPA - (29.11.2011)
- Verbale di intesa "Ospedale di Fidenza e San Secondo p.se – U.O. Chirurgia – proroga al 31/01/2012 dell'organizzazione degli orari di lavoro concordati nell'accordo siglato in data 20.06.2011" – Dirigenza Medica - (20.10.2011).

L'attività formativa

Nel 2011 nell'incontro del 9 febbraio del Collegio di Direzione è stato adottato il Piano delle Attività Formative per il triennio 2011/2013 che riguarda in particolare la definizione delle linee di sviluppo dei dossier formativi di gruppo e individuali e nell'applicazione delle indicazioni metodologiche contenute nell'Accordo Stato regioni del 5/11/2009.

La programmazione della formazione si è caratterizzata con due evidenze documentali:
- la definizione dei fabbisogni formativi (connessi allo sviluppo dell'organizzazione e delle competenze professionali) che trova la sua traduzione nei dossier dipartimentali e trasversali (Piano triennale aggiornato annualmente) che trova una sua forte coerenza con la programmazione aziendale
- il catalogo annuale degli eventi che trova coerenza all'interno dei dossier dipartimentali e trasversali e rappresenta la traduzione operativa in percorsi formativi della programmazione svolta.

I Dipartimenti nella fase di costruzione delle proposte formative annuali hanno negoziato con l'UO Formazione Aziendale il budget per ogni singolo evento. Agli eventi approvati è stato poi assegnato lo stanziamento con determina.

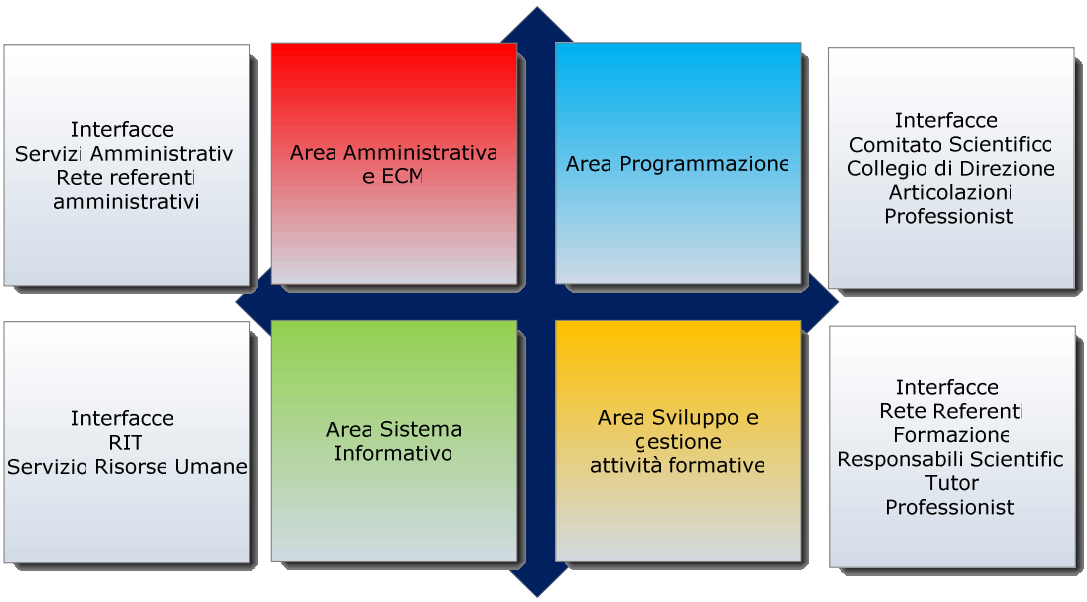
Nel complesso sistema dedicato alla formazione del personale, i dati relativi alle partecipazioni evidenziano un buon livello di copertura rispetto al personale dipendente (ECM) e alle partecipazioni esterni ad eventi formativi aziendali. La programmazione 2011 è stata caratterizzata dallo svolgimento di 420 eventi formativi (complessivi di edizioni e corsi ecm e non ecm – vedi tabella sotto) con una alta valorizzazione della Formazione in aula e residenziale.

Tipologia	Corsi ECM	Corsi non ECM	Totale corsi	%
Formazione in Aula o Residenziale	318	7	325	77,38
Formazione sul Campo	94	0	94	22,38
FAD	0	1	1	0,24
N. corsi con sponsorizzazioni	0	0	0	0
TOTALE CORSI CON EDIZIONI	412	8	420	100,0

Le attività svolte hanno registrato una buona partizione fra le 4 aree traccianti della formazione (competenze tecnico professionali, competenze trasversali relazionali, miglioramento continuo, ricerca e innovazione e competenze organizzativo relazionali) cui si sono aggiunti eventi di formazione sul campo connessi alle attività di commissioni e comitati aziendali.

Aree traccianti	Formazione residenziale	Formazione sul campo	FAD	Totale	%
Competenze tecnico professionali	210	32	1	243	57,87
Competenze trasversali relazionali	43	5	0	48	11,43
Miglioramento continuo, ricerca innovazione	37	18	0	55	13,10
Competenze organizzativo-manageriali	35	15	0	50	11,90
Comitati Commissioni	0	24	0	24	5,71
TOTALE	**325**	**94**	1	420	100,0

Rispetto alle funzioni svolte si possono identificare 4 aree di attività:



- *Programmazione*: con forte raccordo con il Collegio di Direzione, il Comitato Scientifico della Formazione e la rete dei referenti dipartimentali della formazione per tutti gli aspetti di individuazione degli obiettivi formativi e degli eventi in forte sinergia con gli altri strumenti di programmazione aziendale

- *Gestione e sviluppo delle attività formative*: attraverso il coordinamento delle varie fasi del processo e della gestione dell'iter formativo
- *Sistema informativo*: lo sviluppo della funzione è passata attraverso la riqualificazione del sistema informativo
- *Area amministrativa*, caratterizzata dal coordinamento degli aspetti amministrativi ed economici (budget) connessi agli eventi formativi

Le interfacce primarie dell'UO Formazione Aziendale sono: il Collegio di Direzione, il Comitato Scientifico della Formazione e la rete dei referenti dipartimentali. **Per quel che attiene l'ottenimento dei Crediti ECM** il raggruppamento in tre grandi categorie (fino a 25 da 26 a 50, da 51 a 75) permette di vedere nella tabella seguente il raggiungimento del minimo dei crediti formativi, mediante formazione erogata o pagata dall'Azienda.

Raggruppamento crediti	**N. persone**	**%**
0 crediti ECM o non attribuiti	269	14,7
Da 1 a 25 crediti ECM	578	31,6
Da 26 a 50 crediti ottenuti	449	24,6
Da 51 a 75 crediti ottenuti	276	15,1
Più di 75 crediti ECM	255	14,0
TOTALE	1.827	100,0

I dati si riferiscono al personale dipendente del ruolo sanitario con debito ECM. Nella categoria 0 crediti sono stati inseriti tutti i dipendenti che non hanno avuto (in ambito aziendale) crediti formativi indipendentemente dalla loro condizione o esenzione.

L'accesso alla documentazione scientifica è garantita attraverso una convenzione con l'Università di Parma (Biblioteca di Medicina e Chirurgia) consultando le banche dati:

- **PubMed:** banca dati primaria, contiene citazioni bibliografiche per l'accesso alle riviste full text, consente di effettuare ricerche articolate sui quesiti clinici
- **Clinical Evidence**, **Cochrane Library, UptoDate:** banche dati secondarie, consentono la ricerca e l'accesso al full text di articoli selezionati sulla base del quesito clinico.

Le richieste di articoli scientifici da parte dei professionisti ai quali è stato proposto apposito corso formativo per l'accesso alla documentazione, sono state nel 2011 circa 300.
E' proseguita anche la **collaborazione con Enti** in relazione alle attività formative è stata indirizzata alla collaborazione per lo sviluppo comune di progetti formativi specifici.

Con gli Enti pubblici il livello di collaborazione e programmazione comune è stato caratterizzato da:

- collaborazione con l'Amministrazione Provinciale di Parma per la progettazione di percorsi comuni per OSS e per iniziative nell'ambito dello sviluppo delle competenze per gli operatori dell'area sociosanitaria
- con i Comuni e le ASP per la progettazione aziendale di eventi su tematiche connesse all'integrazione istituzionale e professionale (tra sociale e sanitario).

Con gli Enti privati il livello di collaborazione e programmazione è stato caratterizzato da:

- con le strutture private accreditate (con cui è attivo un contratto di fornitura) è stato condiviso un protocollo di intesa per lo sviluppo di progetti formativi comuni che prevede, per temi formativi di interesse comune, l'accesso degli operatori delle strutture ad aventi aziendali, l'attivazione ed il finanziamento di percorsi formativi da parte delle strutture su argomenti oggetto dell'accordo di fornitura.

Con gli Enti di formazione per la gestione di percorsi formativi per figure professionali specifiche (OSS) su programmazione della Provincia (FormaFuturo, Enaip).

Sezione 5

SISTEMI DI RELAZIONE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Ruolo e strategia comunicativa

La comunicazione per l'accesso ai servizi

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

I rapporti con i mezzi di informazione

La comunicazione interna aziendale

L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

Ruolo e strategia comunicativa

La comunicazione per un'azienda sanitaria ha un ruolo cruciale, e si sviluppa nella produzione di strumenti e servizi integrati per tre ambiti di destinatari: l'utenza, la comunità di riferimento (stakeholders) e gli operatori aziendali.

Sul versante dell'utenza, lo sviluppo dei servizi comunicativi aziendali ha come obiettivi il corretto accesso/utilizzo dei servizi e l'informazione su prestazioni e percorsi di cura: l'attività di comunicazione contribuisce promuovere educazione alla salute e corretti stili di vita. L'attività di comunicazione migliora il rapporto dei servizi aziendali con l'utenza, valorizzando il ruolo dei cittadini in quanto soggetti titolari di diritti inviolabili quali partecipazione, accesso, informazione, trasparenza, tutela.

Sul versante degli stakeholders, o committenza istituzionale, la comunicazione aziendale si integra con quella degli enti territoriali, per promuovere informazione sanitaria sui servizi disponibili e l'adesione dei cittadini alle campagne di prevenzione.

Infine, sul versante degli operatori aziendali, i servizi di comunicazione contribuiscono a rafforzare l'assunzione di responsabilità, la condivisione di obiettivi, l'innovazione organizzativa e clinica, l'integrazione tra professionisti.

La strategia comunicativa dell'Azienda si basa dunque su due capisaldi:

- garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie promuovendo la salute nei contesti della programmazione negoziata che vede attori attivi i professionisti della salute, i cittadini e le istituzioni;
- capacità di lettura del bisogno e orientamento delle azioni per la salute, valorizzando suggerimenti provenienti dall'esterno (cittadini, enti locali, associazioni, sindacati, opinione pubblica, mass media) e dall'interno (professionisti, operatori, collaboratori).

L'Ufficio Comunicazione aziendale è quindi il perno di una rete di informazione e di ascolto che contribuisce, in forma coordinata ed integrata, al miglioramento continuo dei servizi.

Un ruolo, quest'ultimo, ben definito dal "Programma pluriennale di attività di comunicazione aziendale", approvato dal Collegio di Direzione nel 2009, dove obiettivo qualificante delle attività dell'Ufficio è la ricerca di sinergie e modalità di lavoro integrate per ottimizzare l'attività di strutture ed operatori che si occupano di informazione e comunicazione, investendo sulle persone, su capacità e potenzialità comunicative confacenti alla complessità organizzativa aziendale ed alle caratteristiche del territorio.

La comunicazione per l'accesso ai servizi

La comunicazione per l'accesso ai servizi ha come fine ultimo la promozione di strategie di *empowerment* della popolazione, ovvero di co-responsabilizzazione del cittadino-utente nella gestione della propria salute.

La comunicazione serve a far conoscere i servizi, accoglie ed orienta l'utenza, garantisce l'informazione sui percorsi, facilita il corretto utilizzo dei servizi nonché la loro valutazione, con particolare attenzione agli anziani, immigrati, disabili, popolazione femminile, famiglie, adolescenti, definendo di volta in volta strumenti comunicativi mirati alle nuove esigenze delle suddette tipologie di utenza. Particolare attenzione, inoltre, è stata rivolta alla predisposizione di materiale informativo plurilingue.

Il coordinamento delle azioni di comunicazione

L'azione comunicativa aziendale si integra con quella distrettuale e di presidio ospedaliero grazie a due principali strumenti di coordinamento: il coordinamento aziendale degli Ufficio relazione con il pubblico (URP) e il coordinamento aziendale dei Comitati Consultivi Misti (CCM).

Il coordinamento aziendale URP ha permesso di proseguire la promozione dell'immagine unitaria dell'Azienda, accrescendone la visibilità e la trasparenza, integrando i percorsi per la gestione delle segnalazioni dei cittadini con azioni di comunicazione ad hoc, per la restituzione pubblica dei risultati della partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi, d'intesa con l'Ufficio qualità aziendale.

Nel corso del 2011 è stata inoltre definita una procedura operativa per la migliore efficacia comunicativa di azioni sviluppate in modo integrato tra Ufficio comunicazione aziendale e rete degli URP distrettuali, definendo ambiti e competenze a secondo delle necessità comunicative.

Il coordinamento aziendale dei Comitati Consultivi Misti ha consentito la condivisione di progettualità su scelte organizzative, promozione della salute e miglioramento dei percorsi di accesso per i cittadini. Su queste tematiche si rimanda alla Sezione 3 del presente Bilancio di Missione.

Entrambi gli strumenti di coordinamento aziendale qui delineati, sono risultati, anche nel corso del 2011, particolarmente attivi ed efficaci nell'implementazione operativa sul territorio delle numerose campagne di comunicazione e prevenzione sanitaria , promosse sia dall'Azienda che dalla Regione Emilia-Romagna, oltre che di particolari eventi promossi o dalle organizzazioni di volontariato o dagli Enti Locali dei Comitati di Distretto.

I servizi comunicativi per l'accesso

Nel corso del 2011 è proseguito il rafforzamento degli strumenti rivolti al cittadino sia nella produzione di documentazione (opuscoli, guide, locandine) sia e soprattutto nei servizi informativi via WEB.

Lo sviluppo del sito Internet, i servizi on line collegati e gli altri sotto-siti aziendali

Nel 2011 il **sito** ha ulteriormente ampliato i contenuti informativi e le sue funzioni, diventando così uno strumento in grado di informare tempestivamente i cittadini, e gli utenti in generale, in particolare con la sezione "news" aggiornata quotidianamente. Anche grazie a questi interventi, a fine 2011 il sito ha superato i 280mila visitatori unici durante l'anno, pari dunque ad oltre la metà della popolazione provinciale residente.

Anche le richieste di informazioni dei cittadini, che pervengono via e-mail tramite la funzione "Scrivici" in home-page del sito, sono in costante aumento. A queste l'Ufficio Comunicazione aziendale ha dato risposta via e-mail in collaborazione con gli operatori e dei servizi aziendali interessati dagli stessi quesiti.

A fronte di un crescente utilizzo del Web da parte dei cittadini, l'Azienda ha realizzato anche nuovi servizi on line per facilitare l'accesso alle informazioni, anche di natura amministrativa. E' il caso di specifici link attivati in home page a nuovi servizi quali il pagamento on line dei ticket con carta di credito, la pubblicazione degli atti deliberativi con l'attivazione dell'Albo pretorio on line, i link a servizi regionali di informazione e trasparenza quali Guida ai servizi on line e Tempi d'attesa Emilia-Romagna (www.tdaer.it),

la sezione con la rilevazione mensile dei tempi di attesa, la lista delle caselle aziendali di Posta elettronica certificata (PEC).

Nel 2011 si è consolidata la newsletter via e-mail **"Ausl Parma News"**, inviata ogni due settimane a una mailing list di circa tremila indirizzi. Con questo strumento è stata così ulteriormente potenziata sia la comunicazione dell'Azienda verso i cittadini che verso la propria comunità istituzionale di riferimento (stakeholders). Le informazioni contenute nella newsletter sono collegate alla sezione news del sito aziendale: in questo modo grazie all'effetto di rimbalzo si genera un aumento di traffico anche sul sito aziendale, che risulta cosi maggiormente visitato.

In una sottosezione del sito aziendale è possibile accedere alle informazioni e ai servizi offerti dallo Spazio Giovani, il consultorio dell'AUSL di Parma riservato agli adolescenti.

Grazie a questo sito vengono informati e coinvolti ogni anno centinaia di giovani, che utilizzano le tecnologie della comunicazione on line anche per esporre dubbi, problemi e condividerli nell'anonimato con i propri pari, in un ambiente dove comunque è mantenuta costante la supervisione e interazione a parte degli operatori dello Spazio Giovani. Un'iniziativa che viene ampiamente descritta è quella relativa al Meeting annuale dei giovani: momento di incontro e di riflessione sui temi importanti del mondo giovanile e momento di condivisione culturale.

Si è infine consolidata la collaborazione redazionale ai contenuti informativi del sito della Regione Emilia-Romagna www.saluter.it, interessato già nel 2010 da un restyling grafico-editoriale cui ha collaborato operativamente anche l'Ufficio comunicazione aziendale in raccordo con la redazione centrale presso l'Assessorato regionale Politiche per la Salute.

Documentazioni e pubblicazioni: guide, locandine e depliant informativi

Per favorire il corretto accesso e utilizzo dei servizi aziendali, oltre che per promuovere percorsi di cura e di presa in carico, l'Ufficio comunicazione ha realizzato numerosi prodotti informativi, tra cui guide, pieghevoli poster scientifici, distribuiti nelle sedi aziendali a disposizione dell'utenza. Alcuni di questi strumenti sono stati condivisi anche con i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e con associazioni di volontariato di volta in volta interessate.

Sinteticamente si segnalano le iniziative e pubblicazioni principali:

- è stata realizzata la raccolta annuale di tutti gli "Informasalute" pubblicati nel 2010 sul quotidiano Gazzetta di Parma, e distribuita ai cittadini in oltre 50mila copie a inizio anno.
- sono state realizzate e distribuite le **Guide ai servizi distrettuali, per informare i cittadini sull'accesso ai servizi.**

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

L'Azienda è impegnata a mettere in campo azioni informative per orientare l'accesso ai servizi e alle prestazioni con correttezza ed appropriatezza, a seconda del bisogno sociosanitario espresso. In particolare le azioni informative riguardano lo sviluppo di comunicazioni tra medico di famiglia e strutture sanitarie per il miglioramento dei percorsi di cura (Progetto SOLE), sulla prescrizione appropriata dei farmaci per la popolazione anziana, la disponibilità di informazioni e modulistiche per la semplificazione degli accessi, le potenzialità offerte agli attori del sistema dall'implementazione della banca dati del Numero Verde Regionale, l'erogazione del servizio di risposta del secondo livello aziendale dello stesso Numero Verde Regionale.

L'applicazione delle normative relative alla semplificazione amministrativa (DPR 445/2000) e di accesso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (DGR 2142/2000) ha comportato la revisione della modulistica relativa all'accesso, alle certificazioni e alla refertazione. Tale modulistica è presente nei vari punti di accesso dell'utenza ed è scaricabile via web (sottosezione sportello unico).

Un altro importante versante informativo sviluppato è stato quello del consenso informato. La rete informativa del Progetto SOLE è migliorata nell'estensione ed in altri aspetti attraverso la risoluzione dei problemi tecnici, l'estensione del numero di medici collegati e dei servizi attivi sul territorio. Per maggiori informazioni si rimanda alla Sezione 3 del presente documento.

La banca dati del Numero Verde Regionale

Nel corso del 2011 l'Azienda ha continuato il lavoro di allineamento e omogeneizzazione della banca dati del Numero Verde Regionale, un servizio fondamentale per poter fornire informazioni utili e precise ai cittadini del servizio sanitario regionale. La banca dati regionale, alimentata da tutte le aziende sanitarie e ospedaliere, contiene informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali erogate dal sistema sanitario, costituisce la base informativa a supporto del servizio di informazione telefonica "Numero Verde" 800 033 033, i cui dati di utilizzo da parte dei cittadini sono in costante aumento. La banca dati, quale riferimento informativo comune all'intero sistema, è centrale anche per gli URP dell'intera rete regionale e costituisce la base per il servizio on-line "Guida ai servizi – informazioni on line" accessibile tramite il portale regionale Saluter e anche sul sito web aziendale.

Nel corso del 2011 si è completato il percorso di riorganizzazione del secondo livello aziendale di risposta al Numero Verde, uniformando così il modello organizzativo alle direttive regionali. E' stato così attivato un punto unico di risposta presso l'Ufficio comunicazione aziendale.

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

La comunicazione integrata tra le due aziende Sanitari provinciali

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

E' proseguito anche nel corso del 2011 il percorso di comunicazione integrato tra i servizi comunicazione delle due azienda sanitarie pubbliche parmensi. Alla base di questi percorsi vi è infatti l'esigenza di intervenire, con specifiche azioni di informazione congiunta, per informare la cittadinanza su iniziative ed eventi promossi dal Servizio sanitario regionale, che a livello provinciale coinvolgono e integrano le due Aziende nei rispettivi ambiti. È il caso, ad esempio, delle numerose campagne di informazione per la prevenzione realizzate nel corso dell'anno dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, e condivise all'interno del Gruppo comunicatori per la salute costituito presso l'Ufficio comunicazione e stampa dello stesso Assessorato, cui partecipano operativamente anche i referenti della comunicazione delle due Aziende. In questa sede vengono infatti approfondite le modalità di implementazione a livello provinciale delle campagne regionali, con un ruolo attivo dei referenti comunicazione e stampa aziendali di proposta e ricerca delle migliori soluzioni. Un esempio sono le campagne informative sugli screening oncologici, l'emergenza caldo, le normative sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini, la donazione del sangue. La comunicazione intergrata si è sviluppata inoltre in stretto raccordo con le azioni di comunicazione previste dalla programmazione annuale della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (Ctss).

Altre iniziative di comunicazione congiunte sono state realizzate in accordo con alcune associazioni di volontariato locale, aderendo a campagne nazionali (Nastro Rosa) o locali, come ad esempio la settimana di prevenzione e sensibilizzazione cardiologica "Sette di cuore", o per intervenire sulla stampa parmense con chiarimenti o approfondimenti anche su richiesta dei cittadini (per esempio con risposte congiunte alle "Lettere al Direttore").

In tutti questi ambiti, gli Uffici comunicazione e stampa delle due Aziende hanno condiviso e integrato le rispettive procedure operative, realizzando in modo congiunto, e tempestivo in base all'occorrenza, materiali e strumenti di comunicazione specifici quali comunicati e conferenze stampa, locandine ed opuscoli. È stato così possibile definire una procedura operativa comune da attivare in situazione specifiche come quelle descritte: nata dall'esperienza sul campo, la procedura è stata via via perfezionata e sono in definizione modalità e tempi per la sua formalizzazione.

La definizione di una procedura comune tra le due Aziende è uno strumento di comunicazione integrato che rientra anche nei risultati validati dell'Obiettivo 10 dei Gruppi di lavoro sullo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale delle due Aziende, parte integrante del Piano Attuativo Locale 2009-2011.

Le progettualità con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

La Legge Regionale n. 29/2004 ha posto l'accento sul ruolo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella programmazione delle strategie e degli interventi, volti alla promozione della salute ed alla prevenzione con il supporto delle Aziende sanitarie. In pratica gli enti locali (attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria con il sostegno delle Aziende Sanitarie) sono promotori delle strategie e degli interventi finalizzati alla promozione della salute ed alla prevenzione.

In questa direzione le azioni di programmazione, sia sotto il profilo dell'innovazione sia sotto quello del consolidamento delle attività, sono state caratterizzate da numerosi momenti di comunicazione all'interno delle Aziende, nei confronti degli altri Enti e portatori di interesse.

Alcuni esempi sono le azioni di comunicazione alla cittadinanza e agli Enti locali, decise e coordinate dall'ufficio di presidenza della Conferenza, e attuate con strategie operative e azioni integrate dalle due Aziende sanitarie parmensi in stretto raccordo – quando previsto – con gli uffici stampa e comunicazione

degli Enti locali interessati, sia in occasione di presentazioni di bilanci di attività che si importanti eventi pubblici di programmazione sanitaria (Case della Salute).

La comunicazione e la programmazione negoziata in ambito distrettuale

I momenti di programmazione in ambito distrettuale, caratterizzati prevalentemente dalla definizione dei Piani delle attività territoriali e dei Piani di zona, hanno visto come prima ricaduta la diffusione informativa nel contesto interistituzionale.

La comunicazione e la prevenzione

Nel corso del 2011 è continuata l'attività di informazione e diffusione di campagne su numerose tematiche legate alla prevenzione e alla promozione di corretti stili di vita, quali screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale, la lotta alla zanzara tigre, la prevenzione all'AIDS, i programmi di screening pediatrici, la donazione del sangue, ecc.

Specifiche iniziative di comunicazione sono poi state realizzate a favore dei malati di diabete, per la lotta all'obesità, malati di AIDS, la prevenzione all'alcolismo, e per promuovere l'accesso e la conoscenza dei servizi aziendali dedicati all'assistenza e cura dei malati di Alzheimer, e di altre malattie neurologiche (autismo).

I rapporti con i mezzi di informazione

Il 2011 ha dato continuità allo sviluppo dell'attività di tipo giornalistico in linea con le normative su stampa, informazione, trasparenza e riservatezza della comunicazione istituzionale degli enti pubblici. Le strategie comunicative implementate hanno privilegiato da un lato i temi di informazione sanitaria, legati all'accesso ai servizi e alla partecipazione dei cittadini ai processi di miglioramento degli stessi, dall'altro ambiti quali l'educazione alla salute, ovvero i programmi di prevenzione e la promozione di corretti stili di vita.

Nell'ambito della informazione-comunicazione con i cittadini, si segnala la realizzazione dell'inserto "Informa salute", inserto di mezza pagina a colori sul principale quotidiano parmense. La versione tv della rubrica "Informa salute" è proseguita con cadenza settimanale sull'emittente Teleducato, iniziativa che si affianca ad analoghi servizi informativi televisivi su Tv Parma e su RTA Teletaro con cadenza quindicinale. Sempre su Teleducato sono proseguite le trasmissioni quindicinali di "Dottor tv", un programma nato per presentare anche con approfondimenti i servizi e le prestazioni garantiti dai due ospedali aziendali per la cure di specifiche patologie. Questo programma è diffuso anche su Teleducato Piacenza e sull'emittente RTA Teletaro.

E' proseguita anche la realizzazione di spot televisivi sulle campagne informative e di comunicazione, sia promosse dall'Azienda che dalla Regione Emilia-Romagna, ai quali si è aggiunge la diffusione di spot radiofonici su Radio Parma sugli stessi temi.

Informasalute, Dottor Tv e gli Spot: rubriche e video per i media locali

Nell'ambito della informazione-comunicazione con i cittadini, si segnala la realizzazione dell'inserto "Informa salute", inserto di mezza pagina a colori sul principale quotidiano parmense.

Altre due pagine sono pubblicate, con cadenza mensile, sul magazine Il Mese con capillare diffusione in tutta la provincia.

Questi spazi sono dedicati ai cittadini, per presentare i servizi offerti in città e su tutto il territorio provinciale, anche con informazioni di dettaglio per sapere a chi rivolgersi e come accedere alle prestazioni offerte dall'Azienda USL di Parma. Tutte le pagine informative sono consultabili e scaricabili via web dal sito aziendale e dall'Intranet.

Gli argomenti trattati si rifanno essenzialmente a temi relativi a situazioni patologiche, ai percorsi di presa in carico per i pazienti cronici, alla sicurezza alimentare, alla prevenzione e agli aspetti di programmazione sociosanitaria generale e specifica.

La versione tv della rubrica "Informa salute" è proseguita con cadenza settimanale sull'emittente Teleducato, iniziativa che si affianca ad analoghi servizi informativi televisivi su Tv Parma e su RTA Teletaro con cadenza quindicinale. Sempre su Teleducato sono proseguite le trasmissioni quindicinali di "Dottor tv", un programma nato per presentare anche con approfondimenti i servizi e le prestazioni garantiti dai due ospedali aziendali per la cure di specifiche patologie. Questo programma è diffuso anche su Teleducato Piacenza e sull'emittente RTA Teletaro.

E' proseguita anche la realizzazione di spot televisivi sulle campagne informative e di comunicazione, sia promosse dall'Azienda che dalla Regione Emilia-Romagna, ai quali si è aggiunge la diffusione di spot radiofonici su Radio Parma sugli stessi temi.

Nell'ambito degli spazi di Informasalute su TV Parma e su Teleducato si è posta l'attenzione in particolare ai temi relativi alla prevenzione (alcologica, infortuni sul lavoro, zanzara tigre, vaccinazioni influenzali, ecc), donazioni e trapianti, percorso nascita, presentazione dell'Ospedale di Fidenza-Vaio, Meeting con i giovani, ecc.

L'attività di Ufficio stampa

Il comunicato stampa rappresenta uno degli strumenti di informazione esterna più diffusi, anche nella nostra Azienda. E' redatto in modo accurato, chiaro, completo: occorre, infatti, utilizzare lo stesso linguaggio giornalistico dei destinatari cui si rivolge (i giornalisti delle redazioni) per evitare possibili interpretazioni falsate, fuorvianti, allarmistiche.

Nel corso del 2011 l'Ufficio stampa ha realizzato oltre 300 interventi, suddivisi tra la produzione di testi per comunicati stampa, cartelle per conferenze stampa, risposte di lettere dei cittadini a quotidiani, risposte con fornitura dati alla stampa, e contatti tra giornalisti e professionisti aziendali.

La comunicazione interna aziendale

Il sistema della comunicazione interna si è strutturato attraverso due direttrici:

- lo sviluppo di strumenti per la diffusione delle informazioni a tutti gli operatori, per offrire la più ampia condivisione di conoscenza e informazione sull'organizzazione (meccanismi, strategie, obiettivi, ecc.);
- la comunicazione per favorire la promozione di innovazioni organizzative, l'adesione a specifici programmi di prevenzione aziendale, l'attività formativa.

Un ulteriore progetto di diffusione informativa, per il miglioramento delle competenze interne, si è realizzato grazie al consolidamento del servizio di accesso on-line a biblioteche scientifiche. Ulteriori informazioni sul tema sono presenti nella Sezione 4 di questo documento.

La newsletter "Flash d'Azienda"

La newsletter "Flash d'Azienda" è un documento di sintesi che, a cura dell'Ufficio comunicazione, viene redatto mensilmente ed allegato al cedolino del personale dipendente. Rappresenta un importante veicolo di trasmissione delle informazioni soprattutto sulla programmazione e sulle altre notizie riguardanti il contesto sanitario aziendale e provinciale. La newsletter, presente anche nell'intranet aziendale, ha consolidato la sua efficacia comunicativa, grazie anche alla sua nuova veste grafico-editoriale introdotta nel 2009.

Flash d'Azienda 68

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Nuova UO di governo clinico
Diretta da Lombardi, l'Unità operativa è stata attivata in Direzione sanitaria

Rubriche tv aziendali al via la stagione 2012

Fiaso, tre progetti Ausl selezionati tra 69 italiani

La rete intranet aziendale

Nella rete Intranet è stato costante l'inserimento di notizie utili per consentire agli operatori di essere informati su documenti, atti deliberativi, convegni e seminari. Altre azioni di comunicazione interna hanno implementato sulla Intranet aziendale alcune nuove sezioni tematiche, oltre all'aggiornamento costante delle aree preesistenti, su temi quali la nuova organizzazione aziendale, il risparmio energetico, le azioni di prevenzione e di diffusione su normative specifiche.

La realizzazione della nuova Intranet aziendale risponde a requisiti informativi, divulgativi e di facilitazione (modulistica) per gli operatori, tra i quali sono stati resi tecnologicamente autonomi i referenti del Servizio personale per l'inserimento nell'apposita sezione interna dedicata ai concorsi, e i veterinari per gli inserimenti nella omonima sezione.

Tutta la modulistica disponibile in formato elettronico, inoltre, è stata inserita nell'apposita sezione della nuova rete Intranet facilmente raggiungibile dalla home page. La sezione modulistica per essere maggiormente fruibile è stata poi suddivisa in sezioni specifiche.

L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

Regione Emilia Romagna
Assessorato Politiche per la Salute

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

21-22 Ottobre 2011
Hotel Parma & Congressi
Via Emilia Ovest, 281/A – Parma

CONVEGNO NAZIONALE
PERCORSI DI INNOVAZIONE NELLE CURE PRIMARIE

PROGRAMMA

Nel corso del 2011 l'Azienda ha organizzato vari convegni sia in ambito provinciale che nelle sedi distrettuali, quali occasioni di diffusione e condivisione più ampia sia per gli operatori che per la comunità di riferimento, di specifici progetti di innovazione organizzativa e sulla programmazione sanitaria.

Un esempio è stato il convegno nazionale, ospitato a Parma e organizzato dall'Azienda su richiesta della Regione Emilia-Romagna, dal titolo "Percorsi di innovazione nelle cure primarie" che ha visto la partecipazione del ministro della Salute, Ferruccio Fazio.

Sezione 6

RICERCA E INNOVAZIONE

La funzione di ricerca e innovazione

Progetti di modernizzazione

La funzione ricerca e innovazione

La funzione ricerca e innovazione sercitata in staff alla Direzione Sanitaria viene espletata con il concorso dei dipartimenti aziendali ospedalieri e territoriali sia nella fase di analisi ed individuazione degli ambiti oggetto di ricerca e innovazione, sia nella pianificazione degli interventi e nella valutazione dei risultati in rapporto agli obbiettivi.

Il 2010 e il 2011 ha rappresentato il momento dello sviluppo puntuale di un progetto organizzativo che ha identificato la struttura aziendale come Unità Operativa Semplice afferente alla Direzione Sanitaria e pertanto inserisce l'infrastruttura all'interno dell'organigramma aziendale.

Da questo discende anche lo sviluppo di ambiti di attività specificamente attribuite le più rilevanti delle quali sono:

- Coordinamento e rendicontazione di progetti ammessi a finanziamenti pubblici
- Coordinamento locale del progetto Anagrafe della Ricerca Regionale che prevede la messa in linea dei progetti di ricerca ai quali l'Azienda partecipa
- Coordinamento e interfaccia col Comitato Etico Provinciale
- Collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale per la promozione della formazione specifica nell'ambito della Ricerca e Innovazione allo scopo di favorire un ambiente culturale sempre più vicino alle tematiche della ricerca e della innovazione
- Collaborazione con l'Ufficio Comunicazione Aziendale per la diffusione e condivisione dei risultati e dei prodotti della ricerca e innovazione

Da quanto descritto sopra si comprende come uno degli obbiettivi più rilevanti sia quello di rendere sempre più condivisi e agiti come patrimonio aziendale i prodotti della ricerca svolta in vari ambiti e diffusa in tutte le articolazioni aziendali. Ulteriore obbiettivo è favorire la trasferibilità dei risultati raggiunti e condivisi come strumenti di lavoro comuni e patrimonio aziendale.

In questo processo risulta strategico stringere alleanze con altri partners che attraverso un lento, ma continuo lavoro di integrazione, consentano lo sviluppo della ricerca organizzativa. Al proposito meritano di essere citati la Regione Emilia Romagna, L'Azienda Ospedaliero Universitaria, la Provincia, La Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale.

In tale ottica si sono sviluppate e rese sistematiche progettualità dedicate al continuo miglioramento e valorizzazione dei percorsi di cura ospedaliera, di integrazione ospedale-territorio, all'ambito domiciliare, alla rete socio assistenziale.

Sul piano organizzativo il 2011 è stato caratterizzato dalla istituzione e avvio dei lavori del BOARD della Ricerca e Innovazione Aziendale (Delibera 287 del 28/04/11). Tale organismo ha elaborato la selezione degli intenti progettuali di ricerca per la candidatura a bandi con finanziamenti pubblici ed ha rappresentando il supporto tecnico al Collegio di Direzione.

Sempre nell'ambito dello sviluppo di processi finalizzati al miglioramento della capacità di promozione della ricerca merita di essere ricordato il percorso aziendale messo in campo per avviare e consolidare la tracciabilità delle iniziative di ricerca attraverso l'Anagrafe della Ricerca e Innovazione. Questa iniziativa di ambito Regionale è stata innestata in azienda attraverso l'individuazione di referenti scientifici ed amministrativi rappresentativi delle varie aree di produzione i quali, oltre a raccogliere ed implementare i dati sulle ricerche concluse o in corso, svolgono il ruolo di promozione e sensibilizzazione nelle proprie organizzazioni.

Progetti di modernizzazione

Sono iniziative storicizzate dal 2005 che hanno visto come partner istituzionale cofinanziatore la Regione Emilia - Romagna attraverso i Bandi del Fondo di Modernizzazione e sono state realizzate autonomamente o in collaborazione con altre Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali dell'ambito regionale. Si ricordano per il 2011:

- Progetto di informatizzazione di alcune Strutture Residenziali per anziani ospiti di strutture protette del Distretto di Parma. In sintesi sono state messe in rete col sistema di prenotazione CUP Aziendale tre strutture protette che sono diventate in grado di programmare ed eseguire autonomamente prelievi di sangue e visite specialistiche attraverso l'integrazione col sistema aziendale. La lettura dei referti on line riservata ai Medici di Medicina Generale già collegati in rete mediante il progetto SOLE, consente migliore continuità assistenziale sugli ospiti grazie alla buona integrazione dei professionisti coinvolti. Questa modalità organizzativa, abbinata all'innovazione tecnologica, consente di gestire prestazioni anche in regime di urgenza non differibile. Nel 2011 si è continuata l'attività di supervisione e coordinamento del processo in corso migliorando ulteriormente la dotazione strumentale delle strutture coinvolte ed aumentando il numero stesso di strutture coinvolte. Si può considerare che la fase sperimentale è completata ed il percorso è ormai pienamente assorbito nella pratica ordinaria di offerta di servizi agli anziani ospiti di strutture residenziali.
- Anche il progetto "Patologie oculari croniche : implementazione di linee guida e valutazione dell'impatto di una rete integrata per la diagnostica, il trattamento e il follow up." realizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha raggiunto nel 2011 la sua piena realizzazione . L'obbiettivo principale di adottare le migliori linee guida disponibili dalle evidenze scientifiche ed applicarle in tutti i pazienti affetti da cataratta e glaucoma secondo criteri di appropriatezza assicurando a ciascuno il trattamento migliore per la propria patologia è stato pienamente realizzato. In tutto l'ambito provinciale è stata messa a punto una rete di servizi dedicati alla presa in carico, trattamento e follow up per la cataratta e il glaucoma.

Area Clinica e Organizzazione di servizi sanitari

LE CASE DELLA SALUTE

La più rilevante innovazione organizzativa dei servizi per la salute in ambito aziendale è rappresentata dallo sviluppo del Progetto Case della Salute che ha preso l'avvio nel 2010, è proseguito nel 2011 e vedrà la sua piena realizzazione nel corso de 2012.

L'obbiettivo strategico è di realizzare in ogni Distretto Centri polifunzionali in grado di assicurare accoglienza, presa in carico e cura delle molteplici problematiche croniche e a media complessità che possono ricevere risposte appropriate nell' ambito dei servizi territoriali. Gli strumenti fondamentali per la realizzazione di tale progettualità sono rappresentati dallo sviluppo delle reti organizzative attraverso l'integrazione professionale, la piena funzionalità dei Nuclei delle Cure Primarie, la continuità assistenziale diurna e la presa in carico delle patologie croniche.

Il progetto prevede la creazione di 26 case della salute distinguibili, a seconda delle dimensioni di offerta di servizi in Piccole, Medie e Grandi.

Nel 2011 sono state inaugurate le Case della Salute di Langhirano e Monticelli nel Distretto Sud Est e quelle di Busseto (distretto di Fidenza) e Medesano nel distretto Valli Taro e Ceno.

Nulla del patrimonio già esistente di strutture dedicate alle cure primarie viene abbandonato, bensì i Poliambulatori e più in generale le strutture esistenti verranno riqualificate in funzione dei livelli di assistenza da garantire. Inoltre nuove strutture saranno create ove non ancora esistenti.
I cittadini troveranno così luoghi di integrazione di servizi, di professionisti e di tecnologie in grado di dare risposte appropriate e di qualità alla maggior parte delle problematiche di salute , evitando circuiti ridondanti e con garanzia di continuità assistenziale.

In continuità col precedente prosegue il progetto di ricerca, in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia, per la definizione di Profili di NCP che, partendo dall'analisi descrittiva delle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione di riferimento presente in ogni NCP, e dei comportamenti dei professionisti che vi operano, relativamente ai dati di consumo di assistenza farmaceutica, di assistenza specialistica ambulatoriale, di assistenza ospedaliera, costituiscono una base di partenza fondamentale per poter costruire indicatori di qualità dell'assistenza erogata, stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l'attività secondo le migliori pratiche di governo clinico.
La ricerca è stata avviata da alcuni anni ed il primo passo è stato quello di creare un "Team di Progetto" composto da

- Ricercatori della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA),
- Azienda USL di Parma
  - Direzione Generale
  - Direzione Sanitaria
  - Direttori di Distretto
  - Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie
  - Coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie
- Agenzia Sanitaria Regionale.

Nel 2007 è stato elaborato il primo Profilo dei Nuclei di Cure Primarie riferito all'anno 2005, che è stato presentato alle Direzioni Distrettuali, alle Direzioni dei Dipartimenti Cure Primarie ed ai Coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie.

Sono seguiti poi incontri specifici nei singoli Nuclei di Cure Primarie (21) nei quali sono stati presentati i Profili 2005 a cura del Direttore del Dipartimento Cure Primarie e del Medico di Medicina Generale Coordinatore di Nucleo.

L'esito di questi incontri nei Nuclei di Cure Primarie sono stati discussi in una giornata plenaria aziendale nell'Aprile 2008.

Sulla base della discussione e del continuo confronto, sono stati poi elaborati i profili 2006 e 2007, nei quali sono stati presi in considerazione altri indicatori, proposti e condivisi dai Medici di Medicina Generale e dall'Azienda, ed è stato quindi allargato lo schema di Profilo nella parte relativa agli indicatori di qualità per il trattamento delle principali patologie croniche (cardiovascolari, diabete, asma) .

Al fine di sviluppare a livello aziendale le competenze necessarie ad una gestione autonoma dell'intero percorso e di agevolare in ogni contesto la presentazione e la diffusione dei profili di Nucleo di Cure Primarie stimolando il crescere di una "cultura" specifica sull'argomento, nel corso del 2009 sono stati individuati, a livello distrettuale, alcuni "facilitatori" con il compito di supportare e facilitare il lavoro del Direttore del Dipartimento Cure Primarie e rappresentare un punto di raccordo aziendale sul progetto nel suo insieme.
I "facilitatori" sono stati individuati tra i Medici di Medicina Generale, i Medici di Organizzazione ed i Farmacisti (3 in ogni realtà distrettuale) ed è stato organizzato uno specifico corso di formazione nel quale

sono stati approfonditi i contenuti dei profili ed affrontati i diversi aspetti legati alla definizione ed lettura degli indicatori, tale formazione è proseguita nel 2010 e nel 2011

L'esperienza si è rivelata di estremo interesse sotto vari aspetti:

- per l'Azienda, che si trova con uno strumento utile ad orientare le scelte della programmazione;
- per i Medici di Medicina Generale, che vedono descritti i loro comportamenti professionali;
- per i Pazienti, sui quali è posta l'attenzione per il miglioramento dei percorsi di cura.

Particolarmente apprezzato dai Medici di Medicina Generale il fatto che per la prima volta viene posto l'accento sull'aspetto professionale e non solo sull'aspetto meramente economico dei comportamenti. La condivisione di un linguaggio che consente di "leggere" il Nucleo di Cure Primarie dal suo interno, facendo riflettere sulla variabilità intraNCP ed interNCP, ha decisamente migliorato l'integrazione e l'interazione tra i Professionisti nei Nuclei di Cure Primarie.

L'analisi del profilo è stata anche di stimolo nella ricerca di ambiti di miglioramento nei percorsi assistenziali della popolazione di riferimento, promuovendo l'interesse verso la "medicina di iniziativa". Attraverso il confronto tra pari in strutturati momenti di audit., si è già potuto osservare un miglioramento dei processi relazionali e di integrazione funzionale tra Medici di Medicina Generale ed Azienda.

Si è anche osservato un miglioramento delle competenze specifiche dei Medici di Medicina Generale nella gestione delle informazioni (lettura dati ed analisi dei comportamenti). Nel corso del 2011 l'esperienza della ricerca sui Profili di NCP è stata allargata a livello Regionale e sono state coinvolte quasi tutte le Aziende della Regione.

Innovazione tecnologica

Digitalizzazione radiologica del territorio provinciale dell'AUSL di Parma

L'obiettivo del progetto è stato quello di creare un sistema omogeneo ed integrato di gestione, archiviazione, trasmissione e visualizzazione di immagini radiologiche digitali, collegato con il sistema RIS-PACS attualmente in uso presso l'U.O. di Radiodiagnostica dell'Ospedale di Vaio.

La realizzazione di questo progetto ha consentito di:

- utilizzare supporti magnetici (CD) per la riproduzione delle immagini radiologiche, abolendo l'uso di pellicole radiografiche (filmless), con conseguente sensibile contenimento della spesa corrente e contestuale miglioramento della qualità, dell'accessibilità e della distribuzione delle immagini radiologiche;
- disporre di un unico archivio radiologico digitale aziendale, presupposto indispensabile per creare una "cartella radiologica" di ciascun utente, che possa essere consultabile presso gli ambulatori territoriali e i Presidi Ospedalieri dell'AUSL;
- aggiornare la dotazione delle apparecchiature radiologiche dell'Azienda adeguandole alle attuali esigenze territoriali ed anche ai fini del PAL;
- ridurre la "dose globale di esposizione" della popolazione alle Radiazioni Ionizzanti, evitando di ripetere esposizioni non necessarie, in quanto già effettuate in altre radiologie del territorio o dovute ad errori tecnici di impostazione, dato che l'impiego di sistemi digitali consente di ottenere sempre immagini di buona qualità ai fini diagnostici e di ottimizzare l'esposizione in modo da erogare la dose più bassa possibile;
- refertare gli esami radiologici "a distanza" in caso di necessità.

Oltre ai vantaggi relativi all'incremento di efficienza a livello territoriale ed alla conseguente riduzione dei costi di gestione, è stato possibile attuare l'integrazione del sistema radiologico digitalizzato con il sistema di prenotazione CUP, con il sistema informatico ospedaliero (ITACA), e con progetti sostenuti a livello regionale, come il progetto SOLE.

Il primo elemento basilare è stata la scelta di un sistema informativo unificato (RIS – Radiology Information System) in grado di identificare gli utenti in modo univoco e con adeguati criteri di sicurezza, limitando perciò errori di registrazione e duplicazioni.

Il secondo elemento basilare è stato quello di estendere l'archivio radiologico digitale (PACS – Picture Archiving and Comunication System) a tutte le sezioni radiologiche e mammografiche aziendali.L'architettura del sistema RIS/PACS si basa su componenti applicative modulari, che offrono elevata flessibilità in termini di configurazione e gestione e che utilizzano standard internazionali, quali HL7 (Health Level 7) per i sistemi informativi ospedalieri e DICOM (Digital Imaging Communication in Medicine) per l'interfacciamento delle modalità diagnostiche utilizzate per la produzione delle immagini; l'integrazione con altre componenti applicative già presenti è stata così notevolmente agevolata.

Il terzo elemento qualificante del progetto è stato quello di "digitalizzare" le apparecchiature di radiologia e di mammografia con sistemi di Radiografia Digitale Diretta (DR) o Computerizzata (CR) a secondo delle esigenze locali e dei volumi di lavoro.

Sono stati acquisiti 2 apparecchi telecomandati digitali (uno a Vaio ed un altro al Distretto di Parma centro) ad acquisizione diretta (DR), che sfrutta materiali a scintillazione che catturano direttamente i fotoni X e producono immagini radiologiche visualizzabili in tempo reale sul monitor di lavoro; si tratta di sistemi radiografici integrati, multifunzionali, che consentono l'esecuzione di esami contrastografici addomino-pelvici ed esami radiografici dell'apparato scheletrico, comprensivi di sistemi per l'acquisizione e visualizzazione della colonna vertebrale e degli arti inferiori sotto-carico.

Sono stati acquisiti 5 mammografi digitali ad acquisizione diretta (DR), 3 c/o il Centro dello screening mammografico, uno a Vaio ed uno a Borgo Val di Taro. Per le diagnostiche tradizionali e mammografiche ancora efficienti sono stati acquisiti sistemi di digitalizzazione indiretta (CR – computed radiography), che utilizzano piastre fosfoluminescenti in sostituzione delle tradizionali cassette radiografiche.

Sono stati di recente acquisiti due TAC multidetettori presso l'Ospedale di Vaio (TAC 128) e c/o l'Ospedale di Borgo Val di Taro ed una Risonanza Magnetica da 1,5T c/o l'Ospedale di Borgotaro ed è stata potenziata l'apparecchiatura di Risonanza Magnetica dell'Ospedale di Vaio, portandola a 33mT/m di potenza dei gradienti.

Sono stati acquisiti e posizionati in ciascuna sezione radiologica sistemi robotizzati che consentono la masterizzazione di CD-ROM con le immagini radiologiche prodotte in sede di esecuzione della prestazione e da consegnare come documentazione al paziente; questo sistema ha consentito di completare l'informatizzazione del flusso di lavoro, dall'esecuzione dell'esame fino alla consegna al paziente delle immagini risultanti e del relativo referto.

Infine sono stati acquisite e posizionate in tutte le sezioni radiologiche stazioni di refertazione (workstations) collegate al sistema RIS/PACS, per la refertazione degli esami radiologici, che utilizzano software che consentono l'elaborazione delle immagini con ricostruzioni bidimensionale 2D e tridimensionale 3D degli organi in esame, la navigazione virtuale negli organi cavi e l'analisi delle lesioni solide nodulari riscontrate..

Integrazione socio sanitarira

Area Anziani. Progetto "Indagine e monitoraggio degli anziani fragili nel Nucleo delle Cure primarie di Medesano"

Nell'anno 2011 è proseguito il progetto di monitoraggio degli anziani fragili nel Nucleo delle Cure Primarie di Medesano. Il progetto che ha coinvolto il Comune di Medesano, l'Azienda USL, i Medici di Medicina Generale e l'Amministrazione Provinciale di Parma ha come obiettivo fondamentale la costruzione di un sistema di sorveglianza costante delle condizioni socio sanitarie delle persone anziane, al fine di poter intervenire tempestivamente sui fattori di rischio e mettere in atto interventi integrati per la prevenzione della non autosufficienza. Si basa e si sviluppa a partire dalla metodologia adottata negli anni precedenti nel progetto del Distretto Sud-Est e dagli indicatori emersi del modello statistico applicato in tale realtà.

Obiettivi

- Conoscere le condizioni ed i bisogni della popolazione anziana.
- Costruire un sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone anziane, utilizzando indicatori sensibili al cambiamento nel tempo, in grado di intercettare in modo anticipato i bisogni.
- Sviluppare una metodologia di lavoro, condivisa tra Medici di Medicina Generale, Infermieri Professionali e Servizi Sociali territoriali per valutare le situazioni a rischio.
- Assicurare una presa in carico tempestiva e, possibilmente, integrata da parte dei servizi sociali e sanitari delle persone che presentano bisogni assistenziali.
- Intervenire tempestivamente sui fattori di rischio sviluppando l'integrazione delle politiche di programmazione territoriale a livello di scelte urbanistiche, dei trasporti, della cultura, ecc..
- Creare le condizioni per il superamento della solitudine e dell'isolamento sociale.
- Attivare le risorse della comunità attraverso il coinvolgimento e la messa in rete di tutti i soggetti sociali, disponibili ad offrire le proprie capacità a favore del benessere della popolazione.

Ai MMG, insieme agli Infermieri del NCP, è affidato il monitoraggio degli anziani che presentano le condizioni di fragilità sanitaria e l'attuazione di specifici programmi assistenziali individualizzati, in integrazione con il Servizio Sociale.

Area della Salute Mentale

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute mentale e Dipendenze Patologiche

Considerato che i servizi di salute mentale rappresentano un osservatorio privilegiato di forme di disagio che non hanno origini esclusivamente biologiche, ma che riflettono difficoltà e disadattamenti fortemente influenzati dal contesto e dalle congiunture sociali che i cittadini si trovano a vivere, nel corso dell'anno si è realizzato un progetto innovativo in collaborazione con le organizzazioni finalizzato a fornire informazioni utili per l'approfondimento e la comprensione dei crescenti fenomeni di sofferenza collegate alla "crisi sociale" ed a nuove forme di fragilità. La ricerca sul rapporto tra crisi economica e disagio psichico negli anni 2009 – 2010, si basa sulla stima riportata dal XLV Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, 2009 e da The Lancet, 2009 secondo la quale, a seguito dell'incertezza sul lavoro e la precarietà economica aumentano il disagio personale e sociale: in particolare, cresce del 30% l'incidenza di ansia e del 15% il numero dei pazienti depressi. Inoltre, in Europa, per ogni incremento del 3% della disoccupazione, crescono del 30% le morti dovute ad eccesso di alcol e aumenta quasi il 5% il tasso dei suicidi. Sulla base di tali fenomeni, il Dipartimento ha promosso una ricerca presso i servizi che si sviluppa nelle seguenti fasi:

- Un questionario rivolto ai professionisti (psichiatri e psicologi) delle Aree Disciplinari (NPIA, Ser.T. Psichiatria Adulti)
- Un'indagine epidemiologica sui possibili cambiamenti nella tipologia degli accessi al Servizio di Diagnosi e Cura, dell'AUSL di Parma, dal 2006 al 2010
- Rilevazione dei dati della Provincia sul rapporto tra crisi economica e gli inserimenti lavorativi dei disabili psichici
- Studio bibliografico

Il DAI/SMDP ha aderito già dallo scorso anno ad un importante progetto nazionale di ricerca che coinvolge i Centri di Salute Mentale , Programma Strategico GET UP (Genetics, Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis), che ha i seguenti obiettivi:

- migliorare le conoscenze su quali siano i trattamenti per la psicosi all'esordio in grado di migliorarne in maggior misura l'esito
- testare l'efficacia e la fattibilità nella routine clinica, mediante un trial randomizzato-controllato, di un intervento precoce di tipo psicosociale
- caratterizzare dal punto di vista genetico, morfofunzionale cerebrale, endofenotipico, clinico e degli stressor ambientali i nuovi casi di psicosi al momento dell'esordio e in relazione all'esito.

Il progetto è stato completato nel 2011 ed è stato rendicontato al Centro Coordinatore per l'elaborazione degli esiti che verranno resi pubblici nel corso del 2012.

Nel corso del 2011 si è data continuità ad una significativa esperienza nell'ambito di un progetto regionale finalizzato a promuovere e coordinare le esperienze teatrali che si realizzano nei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il laboratorio teatrale condotto da Lenz Rifrazioni ha coinvolto 11 utenti ed ha portato alla realizzazione di uno spettacolo, presentato per n. 5 repliche. Nel mese di novembre è stato presentato alla Rocca dei Rossi di San Secondo Parmense, all'interno della quindicesima edizione del festival Natura Dèi Teatri, Hamlet: lo spettacolo rappresenta la "summa" di una lunga e profonda esperienza artistica iniziata nel 2000 da Lenz Rifrazioni in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale.

La macroinstallazione nel complesso monumentale della Rocca dei Rossi e la specificità degli interpreti creano un grande affresco tragico sull'esistenza umana e lo hanno reso un evento unico e irripetibile. Inoltre, sono stati realizzati diversi incontri con studenti dell'Istituto Statale d'Arte Paolo Toschi ed è stato realizzato un laboratorio critico di osservazione con alcuni studenti dell'Università degli Studi di Parma. Il Dipartimento di Salute Mentale ha in seguito aderito alla sperimentazione proposta a livello regionale finalizzata alla valutazione degli esiti degli utenti che frequentano attività teatrale in tutti i servizi.

Nel corso dell'anno, nell'Area Disciplinare di Psichiatria, è stato avviato il Progetto Regionale TIPS (Training Individual Placement Support) finalizzato al sostegno di persone affette da una grave malattia mentale nella ricerca e nel mantenimento di un impiego nell'ordinario mercato del lavoro. Questo progetto è volto al superamento dei percorsi di inserimento lavorativo protetto normalmente utilizzati nei servizi di Salute Mentale e si avvale della collaborazione dell'ente di formazione ENAIP. La tecnica utilizzata, denominata "metodo IPS (individual placement and support) si basa sull'idea che tutte le persone con disabilità sono in grado di ottenere un lavoro competitivo all'interno della Comunità di appartenenza, a patto di trovare la giusta mansione e il giusto coinvolgimento nel lavoro. Esso si caratterizza anche per il supporto necessario al mantenimento dell'impiego ottenuto. La sperimentazione riguarda 14 persone individuate tra gli utenti del CSM EST di Parma ed un gruppo di controllo che coinvolge 8 utenti, attivato nel CSM di Fidenza. Il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma, ha promosso un programma di attività di ricerca che si è realizzato in collaborazione con i servizi del DAI/SMDP:

- Studio del ruolo del sistema motorio e, in particolare, del "meccanismo specchio" nell'autismo e nei disturbi dello spettro autistico (ASD)

- questo studio comprende diversi sottoprogetti. Un primo progetto (stesura data-base) ha avuto inizio nel 2009 e si è concluso nel 2010; è prevista l'organizzazione di un incontro di restituzione di tale lavoro. Nel 2010 e poi anche nel 2011 sono stati proposti ulteriori progetti, attualmente in fase di organizzazione
- messa a punto di nuovi trattamenti abilitativi ed in particolare attuazione e monitoraggio del progetto "Cooperazione e Condivisione", che concerne prospettive abilitative per l'autismo basate sul meccanismo dei neuroni specchio
- progetto "Ricerca-Azione sullo sviluppo del linguaggio in bambini bilingui". Lo scopo del progetto è di esplorare le competenze lessicali e grammaticali di bambini figli di stranieri frequentanti i nidi di infanzia attraverso strumenti di valutazione messi a punto dal Dipartimento di Neuroscienze e di offrire formazione per educatori coinvolti nell'integrazione dei figli di stranieri nel sistema scolastico italiano. Tale progetto è in corso dal 2009.

Presso la Clinica Psichiatrica si sono attivate le seguenti ricerche:

- Valutazione dell'efficacia dell'esercizio fisico nell'anziano con depressione (Studio Multicentrico randomizzato, terzo stadio – Finanziamento Regione Emilia Romagna)
- HBCO (Studio in cieco, randomizzato, Secondo Stadio – Studio sponsorizzato Lilly)
- Studi osservazionali di coorte:
  - Asma, stili di coping e capacita' metacognitive (Studio Multicentrico –studio osservazionale di coorte no-profit)
  - Il profilo ormonale tiroideo nella depressione resistente
  - Pattern neuropsicologico del paziente bipolare in follow up (Studio osservazionale di coorte, no-profit, 90 soggetti)
  - La dimensione della psicopatia nei disturbi di personalita' di cluster B
  - pattern neuropsicologico, frmn e prolilo genetico nel paziente bipolare e del paziente psicotico e familiare di i° grado (Studio osservazionale di coorte no-profit)

Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. E' inoltre chiamato ad esprimere pareri relativamente a tematiche di carattere bioetico in materia di sanità.

Il Comitato Etico si ispira al rispetto della vita umana così come indicato nelle Carte dei Diritti dell'Uomo, nei codici della deontologia medica nazionale e internazionale e in particolare nella revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki e nella Convenzione di Oviedo. Nell'intento di vigilare affinché sia rispettata la buona pratica clinica nella progettazione, conduzione e registrazione degli esiti della ricerca, il Comitato è chiamato a:

- valutare i protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica, esprimendo il proprio parere favorevole o non favorevole;
- valutare e rilasciare parere relativamente a studi osservazionali (prospettici, retrospettivi e

	Anno 2011			Anno 2010			Variazione 2009-2010			Variazione 2009-2010		
	Totale	Profit	No Profit	Totale	Profit	No Profit	Totale	Profit	No Profit	Totale	Profit	No Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	58	21	37	63	37	26	-5	-16	11	-8%	-43%	42%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	4	3	1	5	1	4	-1	2	-3	-20%	200%	-75%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	26	1	25	30	2	28	-4	-1	-3	-13%	-50%	-11%
Studi osservazionali	56	19	37	45	16	29	11	3	8	24%	19%	28%
Studi di genetica	4	0	4	7	0	7	-3	0	-3	-43%	-	-43%
Prese d'atto	5	1	4	14	0	14	-9			-64%	-	-
TOTALE	**153**	**45**	**108**	**164**	**56**	**108**	**-11**	**-11**	**0**	**-7%**	**-20%**	**0%**

(prospettici, retrospettivi e trasversali); studi con dispositivi medici e studi di farmacogenetica-farmacogenomica;
- valutare gli emendamenti sostanziali e rilasciare parere;
- procedere a rivalutazioni periodiche degli studi approvati;
- emettere il proprio parere in merito all'"Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" ex D.M. 8 maggio 2003 e all'Uso compassionevole di Dispositivi Medici in conformità al D.Lvo 37/2010.

La Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2011 il monitoraggio degli studi valutati dal Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma. I risultati sono presentati in Tabella 8. Nel corso del 2011 gli studi valutati dal CE sono stati 153, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-11 pari a –7%); la differenza, se pur contenuta, è dovuta agli studi profit.

Analogamente a ciò che si è registrato nel 2010, sono le Sperimentazioni con farmaco a ricoprire l'importanza maggiore (58, pari al 38%), seguite a breve da studi osservazionali (56,37%) e in seguito da studi senza farmaci (26,17%). Continua altresì il trend cui si è assistito nello scorso anno, per il quale le sperimentazioni con o senza farmaco presentate al Comitato Etico subiscono una contrazione (dell'8 e 13%, rispettivamente), a contrario degli studi osservazionali (+24%).

Focalizzandosi sulle sole sperimentazioni con farmaco (dati non mostrati), si rileva un incremento dell'attività inerente gli studi di fase precoce (fase I e II, complessivamente +3 progetti, pari a +20%), contrapposta ad una diminuzione di studi di fase III (-3 pari a –8%) e IV (-5 pari a –50%).

Infine, nell'anno 2011 sono state sottoposte al Comitato Etico 29 richieste di "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica", per un totale di 9 farmaci impiegati.

Anche per l'anno 2011 ha proseguito l'attività di monitoraggio dei follow up delle richieste di uso terapeutico, da un punto di vista del profilo di efficacia, di sicurezza e tollerabilità. Detta attività ha permesso di raccogliere tempestivamente informazioni relative ai farmaci che in breve tempo hanno ottenuto l'immissione in commercio, e di cui pertanto è stato richiesto l'inserimento in Prontuario Regionale Emilia Romagna con relativa valutazione da parte della Commissione Regionale del Farmaco (CRF). I dati clinicamente rilevanti elaborati dal monitoraggio sono in linea con le valutazioni elaborate dalla CRF, il che conferma la validità del follow up stesso come strumento di verifica e collaborazione costante con i clinici, sempre nella tutela del benessere e della sicurezza dei pazienti.

Tabella 8: studi valutati dal Comitato Etico. Anni 2010-2011

	Anno 2011			Anno 2010			Variazione 2009-2010			Variazione 2009-2010		
	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	58	21	37	63	37	26	-5	-16	11	-8%	-43%	42%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	4	3	1	5	1	4	-1	2	-3	-20%	200%	-75%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	26	1	25	30	2	28	-4	-1	-3	-13%	-50%	-11%
Studi osservazionali	56	19	37	45	16	29	11	3	8	24%	19%	28%
Studi di genetica	4	0	4	7	0	7	-3	0	-3	-43%	-	-43%
Prese d'atto	5	1	4	14	0	14	-9			-64%	-	-
TOTALE	**153**	**45**	**108**	**164**	**56**	**108**	**-11**	**-11**	**0**	**-7%**	**-20%**	**0%**

Diritto ed Equità

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Promuovere la cultura del rispetto e la valorizzazione delle differenze come trasformazione organizzativa supportando i professionisti dei diversi livelli aziendali con iniziative formative e di approfondimento sui temi delle politiche di eguaglianza e di contrasto alla discriminazione è uno degli obiettivi del Piano dell'equità.

Fra le iniziative promosse a riguardo in ambito aziendale, vi sono i progetti di modernizzazione finanziati dalla Regione: Gestire le differenze nel rispetto dell'equità - Anno 2008; Equasanità – Anno 2009 con il Sotto progetto:Diritto ed equità (realizzato con AUSL Parma nell'ambito di AVEN); e Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei servizi sanitari, socio-sanitari e comunità – Anno 2011, con il sotto-progetto: Buona pratica per garantire equità di accesso nei servizi clinico-assistenziali "MEDIAZIONE DI SISTEMA" (progettato con AUSL Parma nell'ambito di AVEN).

Nello specifico, nell'ambito delle azioni previste dal progetto di modernizzazione "Equasanità" (anno 2009), e del Programma regionale per la gestione delle differenze nel rispetto dell'equità, promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha organizzato una serie di laboratori, dal titolo: "Diritto ed Equità: analisi di casi aziendali", con l'intento di promuovere lo studio e le pratiche dei rapporti tra cura del corpo, istituzioni sanitarie e modelli legali di intervento medico in una prospettiva interculturale. Il progetto curato con l'Azienda USL di Parma, ha visto coinvolti l'Associazione di ricerca e promozione sociale IDEDI - INTERCULTURA DEMOCRAZIA DIRITTO, l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Nel 2012, tale attività (già presentata nel Bilancio di missione 2010 – capitolo 3) è stata proposta nel corso di un seminario regionale.

L'idea-guida del progetto è stata l'elaborazione di piattaforme di comunicazione interculturale suscettibili di favorire il rapporto medico e/o operatore sanitario-pazienti in situazioni di diversità culturale.

Lo sguardo sui problemi e le sfide posti dall'emigrazione e delle differenze culturali è da considerarsi strumentale alla valutazione delle più ampie questioni orbitanti attorno alla relazione tra sanità e diversità.

Le conclusioni intermedie cui il progetto è giunto, evidenziano come in ambito sanitario, gli standard legislativi e i loro strumenti di attuazione amministrativa, cioè i protocolli dettati dalle istanze organizzative e dai diversi settori della bio-medicina, impongono all'attività medica forme e tempi ritagliati su un'idea di tipo fotografico del processo diagnostico, scevro cioè da connotazioni socio-comunicative; ad esso si aggiunge poi, in modo del tutto consequenziale, una visione strettamente strumentale-esecutiva dell'azione terapeutica.

Il tutto ruota attorno alla figura del paziente medio, letto al meglio della neutralizzazione di ogni sua connotazione socio-culturale e in questa veste inserito entro gli schemi terapeutici e normativi di riferimento. Medici e istituzioni sanitarie vengono quindi chiamati a rispondere al diritto secondo la corrispondenza della loro attività a quegli schemi. Il risultato è, sovente, l'impossibilità di integrare nel processo di cura il peso della differenza, adattando alle specificità dei pazienti "inusuali" sia l'attività diagnostica, sia quella terapeutica.

Muoversi lungo la traccia di queste inconsistenze tra sanità e cultura, tra modelli dell'approccio terapeutico e dinamiche sociali, catalizza la questione dell'effettività dei diritti umani e/o fondamentali, colti in tutte le loro molteplici proiezioni, attorno al nucleo del diritto alla salute.

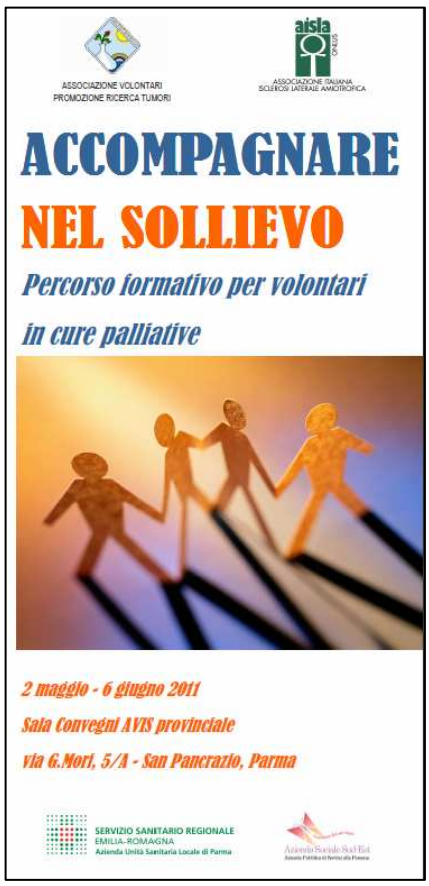
Sezione 7

OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE: II PROGETTO SULLA SINDROME LATERALE AMIOTROFICA

Il Progetto SLA, le premesse

Il premio al Progetto ed il modello assistenziale proposto

Modello di assistenza multidisciplinare e multiprofessionale, integrazione attività ospedale-territorio



E' in essere da aprile 2007 il Percorso Polispecialistico Interaziendale SLA nel quale sono coinvolti tutti i professionisti dei Servizi Ospedalieri e Territoriali dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma (AOU) e dell'Azienda USL di Parma che entrano nel percorso di cura del paziente affetto da SLA: neurologo; pneumologo; gastroenterologo; equipe riabilitativa composta da fisiatra, fisioterapista, terapista occupazionale e logopedista; psicologo; assistente sociale; personale infermieristico, con la finalità delineare a livello locale tramite il consenso multidisciplinare il percorso assistenziale connesso alla pratica e alle possibilità delle singole strutture.

I componenti del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare garantiscono costanti canali di comunicazione tra l'equipe ospedaliera e quella dei servizi territoriali.

Sono stati effettuati incontri a cadenza trimestrale, che ci si propone di formalizzare come audit clinici, per la discussione dei casi e la decisione collegiale su alcuni aspetti di gestione, in particolare per la condivisione di interventi terapeutici in alcuni momenti critici dell'evoluzione della malattia.

Vengono effettuate attività di informazione e coinvolgimento delle Associazioni dei malati SLA e dei familiari, che prevedono anche il coinvolgimento dei professionisti del Gruppo di Lavoro ad attività formative dedicate.

Supporto per il mantenimento della autonomia e per la permanenza del paziente al proprio domicilio, residenzialità e cure di "sollievo"

Le attività sono svolte dai Servizi territoriali Ausl (Medico di Medicina Generale – MMG-, Alimentazione Enterale, Ventilo e Ossigenoterapia, U.O. di Medicina Riabilitativa, Servizio Infermieristico Domiciliare, Attività Specialistica) con modalità ambulatoriale e/o domiciliare a seconda dei bisogni del paziente e delle diverse fasi di malattia.

Gli ausili necessari alla prevenzione delle lesioni da iperpressione, alla facilitazione delle attività di assistenza, alla igiene personale, al mantenimento della posizione seduta con corretto assetto posturo-motorio, non ricompresi nel Nomenclatore Tariffario DM N. 332, sono stati forniti a tutti i pazienti in carico che ne hanno presentato necessità con modalità extratariffario.

Gli interventi sanitari, socio-sanitari e di supporto economico per favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente di vita nella fase di gravissima disabilità hanno trovato riferimento nel modello organizzativo previsto dalla Delibera Regionale ER 2068/2004 e nella

istituzione delle Unità di Valutazione Multidimensionale presenti in ogni ambito distrettuale.

Qualora si siano verificate problematiche che non rendevano possibile la permanenza al domicilio, sono state utilizzate le due strutture ad alta valenza sanitaria, San Mauro Abate di Colorno e Centro Cure Progressive di Langhirano presenti in ambito provinciale, nelle quali è possibile l'accoglienza per tempi anche indefiniti di pazienti affetti da SLA con caratteristiche di disabilità gravissima, compresa la necessità di supporto ventilatorio.

Sono possibili nella struttura di Langhirano ricoveri temporanei definiti di sollievo finalizzati ad alleviare il carico assistenziale delle famiglie e/o a consentire la possibilità di riorganizzare le attività assistenziali in caso di problematiche intercorrenti del care-giver .

Supporto della comunicazione alternativa aumentativa

Nella SLA la comunicazione orale e scritta diviene sempre più compromessa con il progredire della malattia, e diviene indispensabile sostenere il diritto del paziente a rimanere in contatto con il mondo circostante, a mantenere la propria identità e ruolo, a guidare l'assistenza e ad esprimere attraverso la comunicazione le decisioni in merito al proprio percorso di cura.

I principi descritti trovano riferimento nel Progetto RER " Facilitazione della comunicazione per le persone con gravi patologie neuromotorie " Accordo Stato-Regioni 2007.

Per i pazienti in carico, sono stati valutati e forniti in comodato d'uso ausili di vario livello di complessità a seconda delle fasi di malattia e delle necessità e possibilità di utilizzo, con l'obiettivo di compensare la funzione mancante.

Nel dettaglio sono stati forniti sistemi di chiamata con varie modalità di accesso e sensibilità, comunicatori alfabetici portatili con diverse tipologie di accesso, comunicatori a comando oculare. Complementariamente sono stati valutati e predisposti soluzioni " artigianali" (tabelle E-tran) per la comunicazione attraverso lo sguardo, adattate alle esigenze dei singoli pazienti.

Per le attività di valutazione e prescrizione da parte della equipe riabilitativa ci si è attenuti ai principi della attenta valutazione e prova; della tempestività della conduzione della stessa ,in considerazione della rapida evolutività della compromissione della funzione e dei tempi necessari di fornitura da parte delle ditte fornitrici; della predisposizione delle attività di addestramento e di follow-up.

Si è organizzato in ambito distrettuale un " parco ausili" utilizzando i comunicatori restituiti, in modo da avere l'opportunità di condurre le valutazioni mettendo a confronto soluzioni diverse, e per consentire forniture per periodi limitati di tempo, tenendo così conto delle necessità derivate dalle modificazioni cliniche dell' evolversi della malattia.

L'organizzazione del parco ausili costituisce una occasione di razionalizzazione delle risorse economiche nel medio-lungo periodo, e permette dal punto di vista degli utenti un miglioramento della continuità e tempestività degli interventi a favore del mantenimento della funzione comunicativa.

L'esperienza svolta ha tuttavia evidenziato problematiche relative alle fasi di revisione, manutenzione, ripristino funzionale e aggiornamento tecnico degli ausili per la comunicazione a maggiore contenuto tecnologico, per le quali andranno studiate soluzioni che prevedono supporto tecnico specifico.

Sostegno delle risorse emotive del paziente, care-giver, equipe di cura

La condizione di malattia rappresenta per ogni individuo un evento dirompente e traumatico, che sottopone ad elevati livelli di stress e necessita di elaborazioni e nuovi adattamenti che non possono essere affrontati in solitudine.

In particolare una malattia progressiva e ad inesorabile evoluzione quale la SLA è ad altissimo impatto psicologico per il paziente, i familiari, il personale preposto all'assistenza.

La presenza dello psicologo si rende condizione imprescindibile per contenere ansie, accogliere un dolore, fare comprendere sentimenti ed emozioni che altrimenti vengono vissuti come minacciosi e pericolosi, rendere tollerabile il nuovo dato di realtà, supportare nei momenti di variazione clinica e quando è necessario assumere decisioni fondamentali per il proseguimento o meno della propria vita.

Le competenze dello psicologo sono parimenti determinanti per il miglioramento della relazione negli interventi terapeutici a lungo termine quali quelli svolti in questo tipo di patologia, dove necessariamente l'investimento emotivo personale dei professionisti è estremamente rilevante, e può generare eccessivo coinvolgimento o, al contrario, allontanamento e conflitti.

Dal punto di vista operativo, la presenza nel corso del 2011 della figura professionale dedicata ha consentito, a seconda delle necessità individuate, lo svolgimento per i pazienti in carico delle seguenti attività:

- attività di assestment con il paziente e i familiari, finalizzato alla conoscenza della sfera emozionale della malattia, meccanismi difensivi, grado di consapevolezza; delle caratteristiche personali, tratti di personalità, strategie di coping, risorse personali; del contesto affettivo familiare, le attività di cura, l'organizzazione lavorativa, le condizioni economiche;
- attività di intervento con il paziente e i familiari, attraverso gli interventi educativi e/o di supporto individuale;
- attività di supervisione e sostegno all'equipe di cura, finalizzato al miglioramento delle modalità comunicative, di informazione , di ascolto, delle abilità assertive e delle strategie che possono favorire la gestione del disagio emozionale dell'operatore, quali elementi indispensabili nel favorire e mantenere la relazione terapeutica in interventi che perdurano per tutta la durata di vita del paziente.

Le attività descritte sono state svolte con modalità sia ambulatoriale che domiciliare in caso di difficoltà o impossibilità di spostamento del paziente e/o dei familiari. Le attività si supervisione della équipe sono state svolte a cadenza mensile, o più frequentemente per problematiche intercorrenti evidenziate dagli operatori.

Supporto alla qualità di vita e alla migliore qualità delle fasi di fine vita, salvaguardia della autonomia decisionale del paziente, le cure palliative

L'approccio " palliativo" nelle malattie per le quali non è possibile un intervento terapeutico di cura della menomazione, quale la patologia considerata, consiste nella attenzione da parte dei professionisti agli aspetti psicologici alla messa in atto di tutti gli strumenti utili a consentire la migliore qualità di vita possibile al paziente e ai familiari.

Così inteso questa modalità di approccio dovrebbe appartenere a tutte le diverse figure professionali, delle diverse discipline, in tutte le fasi della malattia.

Nel momento in cui tuttavia, in conseguenza della progressione della malattia o per la scelta del paziente di non aderire alle misure di supporto vitale, la considerazione della morte e della sua modalità entra nel progetto di cura, emergono bisogni altamente distinti che richiedono il supporto al MMG e alla equipe

multiprofessionale di figure professionali con competenze specifiche, quali quelle che possiede il medico specialista nelle cure palliative.

Nuove risorse specialistiche sono state messe in campo per il miglioramento delle cure per i pazienti affetti da la **Sclerosi laterale amiotrofica** (SLA), infatti un **medico palliativista**, è stato messo a disposizione dall'**Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA)** per tutto il 2011, a integrare le équipe multidisciplinari di specialisti per la cura e l'assistenza ai malati di SLA in provincia di Parma.

Il **Progetto**, **del quale se ne da conto nel paragrafo successivo dedicato alla illustrazione in specifico del modello assistenziale proposto**, è stato presentato ufficialmente nel gennaio del 2011, in occasione della firma di un protocollo d'intesa tra le Direzioni Generali delle due Aziende Sanitarie pubbliche di Parma e la Presidenza Nazionale di Aisla.

L'idea è nata dall'esigenza di assicurare adeguata assistenza ai pazienti con SLA, sviluppando ulteriormente i percorsi in essere, con la piena integrazione dei soggetti coinvolti e promuovendo un modello di assistenza basato sulla presenza di un'equipe multi professionale.

Un team multidisciplinare è in grado di prendersi carico sia del paziente, per individuarne i bisogni e progettare piani assistenziali, che dei familiari, siano essi intesi in senso lato, e cioè come le persone che il malato individua essere importanti nel processo di cura e nelle relazioni.

Il Medico palliativista affianca il medico di Medicina Generale e/o lo specialista, l'infermiere l'assistente sociale, lo psicologo e altre figure professionali eventualmente previste, Interagendo con esse.

Un momento della conferenza stampa del 14 gennaio 2011
Presentazione e firma Protocollo di intesa tra
AUSL, Azienda Ospedaliero-Universitaria e AISLA

Il PREMIO AL PROGETTO ed IL MODELLO ASSISTENZIALE PROPOSTO

"Per *l'innovazione, l'originalità, l'esportabilità in altri contesti e per i risultati raggiunti in termini di benefici alla persona*": sono queste le motivazioni della **menzione speciale** assegnata a Roma dalla Giuria del Premio Nazionale **Gerbera d'oro**[1] 2011 alla presenza del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, al progetto per le cure palliative domiciliari sviluppato da Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica (Aisla).

[1] **Il Premio Gerbera d'oro** dal 2006 viene assegnato da una Commissione mista Fondazione Ghirotti – Conferenza delle Regioni e Province Autonome alla struttura sanitaria nazionale che si sia particolarmente distinta per la sua attività nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

Il Progetto premiato, dedicato alle cure palliative domiciliari ai malati di SLA, prevede che un medico palliativista, messo a disposizione per il 2011 dall'Aisla, integri le équipe multidisciplinari di specialisti che curano ed assistono i malati affetti da questa patologia. Questa figura interagisce nella cura al malato con il medico di medicina generale o lo specialista, l'infermiere, l'assistente sociale, lo psicologo e con altre figure professionali eventualmente coinvolte, sia in strutture di ricovero che a domicilio dei pazienti.

Il modello di assistenza dell'equipe multiprofessionale rappresenta l'approccio migliore alla persona malata di SLA. Il palliativista (qui inteso come un medico in possesso di una certificata e dimostrabile esperienza e formazione in Medicina Palliativa) affianca Il medico (MMG e/o specialista ospedaliero e/o territoriale), l'infermiere (quando è attivato un piano di ADI), l'assistente sociale, lo psicologo e altre figure dello scenario di cura , interagendo con esse , in una modalità di equipe "orizzontale" in tutte le fasi di malattie al fin e di condividere il progetto di vita e di cure elaborato dal team possibilmente in continuità con quanto predisposto dalla struttura ospedaliera di riferimento.

Parte integrante dell' equipe polispecialistica interaziendale è il MMG che ha in cura il singolo paziente, l'infermiera del territorio e l'assistente sociale del distretto che verranno attivati dall' equipe plurispecialistica interaziendale. In sede di riunione, se si ravvisa la necessità di una consulenza ambulatoriale o domiciliare , si attiva il medico palliativista presente, che effettuerà la consulenza, stilerà un referto di prima visita , dove viene individuata la criticità in atto e prescritta le terapia adatta, se necessaria (e comunque nel pieno rispetto del piano assistenziale previsto dal team).

L'esito della prima visita viene poi condiviso e restituito ai professionisti dell'equipe curante. Successivamente alla presa in carico diretta, il medico palliativista in accordo con il MMG effettuerà accessi al domicilio secondo quanto stabilito con lo stesso, per aggiornamento del quadro clinico e revisione delle terapie. Poi successiva restituzione dell'incontro all'equipe curante per aggiornamento e condivisione della situazione clinica globale.

Obiettivi e nuovi strumenti
Apportare nuovi elementi di good practice clinica di Medicina Palliativa, per trattare con efficacia tutti i sintomi caratteristici di una malattia inguaribile come la SLA, nel pieno rispetto del modello di cura iniziato dal team multi specialistico.

Instaurare un "circolo virtuoso" di diffusione della cultura della palliazione tra operatori sanitari, famigliari e caregivers, sia tramite pratiche strettamente operative come la terapia al bisogno e l'agenda del sollievo, sia tramite una nuova concezione di presa in carico "orizzontale" , centrata sul paziente.

Progetto medico palliativista per i malati di SLA della provincia di Parma, esiti degli indicatori

- pazienti presi in carico dal palliativista/Totale pazienti affetti da SLA nella provincia di Parma: 11 pazienti/50 pazienti.
- pazienti che alla prima visita del m.palliativista avevano un testamento biologico o direttive anticipate/ totale pazienti presi in carico dal m.palliativista: 3/11
- pazienti che stilano testamento biologico o direttive anticipate nel periodo di malattia successivo alla presa in carico del m.palliativista (prima visita)/totale pazienti presi in carico dal medico palliativista: 1/11 (deceduta mentre si programmava posizionamento REG)
- schede di prima visita compilate/totale di prime visite del medico palliativista (standard 100%. raggiunto)
- schede di visite successive compilate/totale di visite successive del medico palliativista (standard 100%. raggiunto)
- pazienti che necessitano di terapia alla prima visita/totale di pazienti presi in carico dal medico palliativista 9/11

- schede di terapia per il caregiver consegnate/totale di pazienti che necessitano di terapia alla prima visita (standard 100% raggiunto)
- pazienti che necessitano di terapia nelle visite successive alla prima/ totale di pazienti presi in carico dal m.palliativista. 6/11
- schede di terapia per il caregiver consegnate/ totale di pazienti che necessitano di terapia nelle visite successive alla prima (standard 100% raggiunto)
- pzienti che accedono al PS/totale pazienti presi in carico dal medico palliativista 2/11 (un episodio di toracoalgia atipica, non dipendente dal quadro di SLA; il secondo una ritenzione urinaria con immediata risoluzione del problema e rientro a domicilio)
- pazienti che interrompono la presa in carico del palliativista/totale pazienti presi in carico dal medico palliativista 2/11 (due pazienti hanno interrotto la presa in carico per decisione del caregiver principale). Attualmente, in fase di chiusura del progetto, uno di questi caregiver ha richiesto una rivalutazione del palliativista, con esito di invio del paziente a ricovero di sollievo presso hospice.
- da ottimizzare il percorso comunicativo dall' Ospedale al Territorio, mentre è pressoché ottimale quello istuitosi tra i professionisti operanti sul Territorio, ed è in fase di trattativa il proseguimento del progetto.

Lo stato di avanzamento (periodo considerato agosto-novembre 2011)

Si sono tenuti una serie di incontri con i Nuclei di Cure Primarie dei Medici di Medicina Generale della provincia di Parma, in novembre 2011 è stato ri-convocato, da parte della Direzione Sanitaria AUSL di Parma, il gruppo di lavoro per il monitoraggio del progetto che già si era incontrato in giugno.

In novembre sono poi ripartiti i briefing periodici - con l'intento di organizzarne almeno 3 all'anno - di tutta l'equipe multispecialistica interaziendale.

Assistenza ai pazienti
Ci sono state tre nuove prese in carico, per pazienti con situazioni cliniche di varia natura, sia prettamente internistiche, che per disagio psico-esistenziale legato alla condizione di malattia (situazione ancora *in progress* e in stretto monitoraggio anche a causa di complesse situazioni socio-famigliari); sono continuati i controlli periodici dei pazienti già in carico.

Visibilità
Dopo la presentazione del progetto come poster al congresso nazionale della Società Italiana di Cure Palliative è stata richiesta la presentazione dello stesso, come comunicazione orale alla XIV Conferenza Nazionale HPH: 'Costruire reti ospedaliere e territoriali per la promozione della salute' di Levico Terme 1-2 dicembre 2011, nella sezione **"**Orientamento dei setting di assistenza agli utenti".

Alcuni dati di sintesi aggiuntivi

Gli interventi:
- per 6 pazienti è stata effettuata solo la prima visita, di cui 1 è da considerarsi un drop out per mancata collaborazione del caregiver, 4 non necessitavano di ulteriore valutazione, 1 è deceduta dopo poco tempo dalla prima valutazione.
- per 2 pazienti su 11 sono state necessarie 5 visite domiciliari con ripetuti contatti telefonici, ed entrambi hanno beneficiato di ricoveri-sollievo presso il Centro Cure Progressive di Langhirano.
- per 2 pazienti su 11 sono state necessarie 3 visite domiciliari con ripetuti contatti telefonici, uno dei quali ha effettuato un ricovero-sollievo presso CCP di Langhirano
- per 1 paziente su 11 sono state necessarie 5 visite domiciliari e più ripetuti contatti telefonici per adeguamento terapia al bisogno per soddisfare il suo desiderio di morire a domicilio.

Nel 2011 è iniziata la **diffusione della conoscenza ed utilizzo del progetto** presso i Nuclei di Cure Primarie dei Medici di Medicina Generale della provincia di Parma che rimane da concludere al fine di diffonderne la conoscenza tra tutti i professionisti.