

Sezione 2

Profilo Aziendale

PROFILO AZIENDALE

Questa sezione del documento è volta a tratteggiare i caratteri e le specificità che contraddistinguono l'azienda.

L'obiettivo informativo specifico è quello di fornire una sorta di “carta d'identità” dell'azienda, che consenta non solo di comprendere i tratti morfologici della stessa, ma anche la loro evoluzione nel tempo.

A tale scopo sono stati selezionati tre aspetti, rispettivamente in relazione a:

1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
2. Impatto sul contesto territoriale;
3. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

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 trattene-re/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 2012 con un risultato pari a 10.000 €; a fronte di una diminuzione dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a -2,567 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a -0,159 milioni di € (- 0,02 %), si è registrata una diminuzione di costi pari a 6,858 milioni di €.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE – 2008–2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Totale ricavi	759.370	794.000	813.276	821.466	818.899
Totale costi	750.594	788.018	805.180	817.836	810.978
Finanziamento regionale	683.537	712.744	727.377	728.760	728.601
Incremento finanziamento regionale	4,91	4,27	2,05	0,2	-0,02

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	2012
- 1.988	- 3.698	- 1.750	- 852	+1

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.

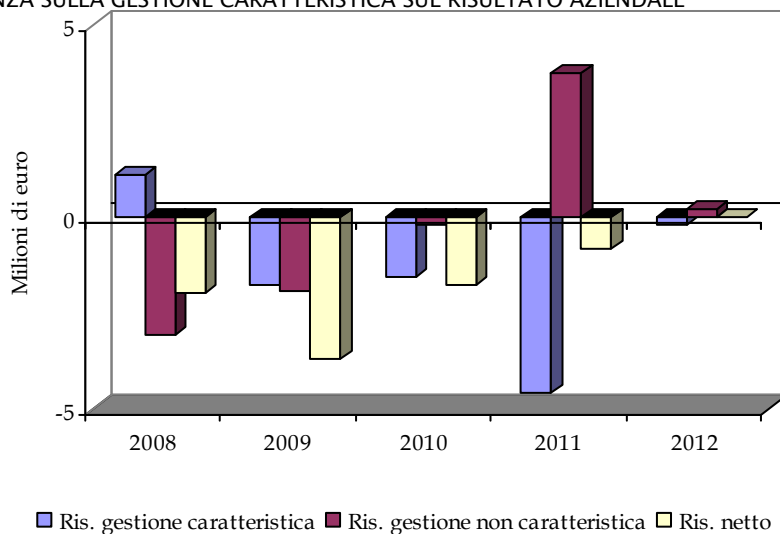
La Tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2008-2012 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2008	2009	2010	2011	2012
1.085	- 1.751	- 1.542	- 4.578	-188

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 2012 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 2012 il “peso” della performance aziendale su quella regionale è pari al 4%, per il 2011 il “peso” era pari pari al 0,8%, per il 2010 il “peso” era pari al 1,5%, per l'anno 2009 il “peso” era pari al 2,7%, mentre per il 2008 era pari al 2,5% circa.

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

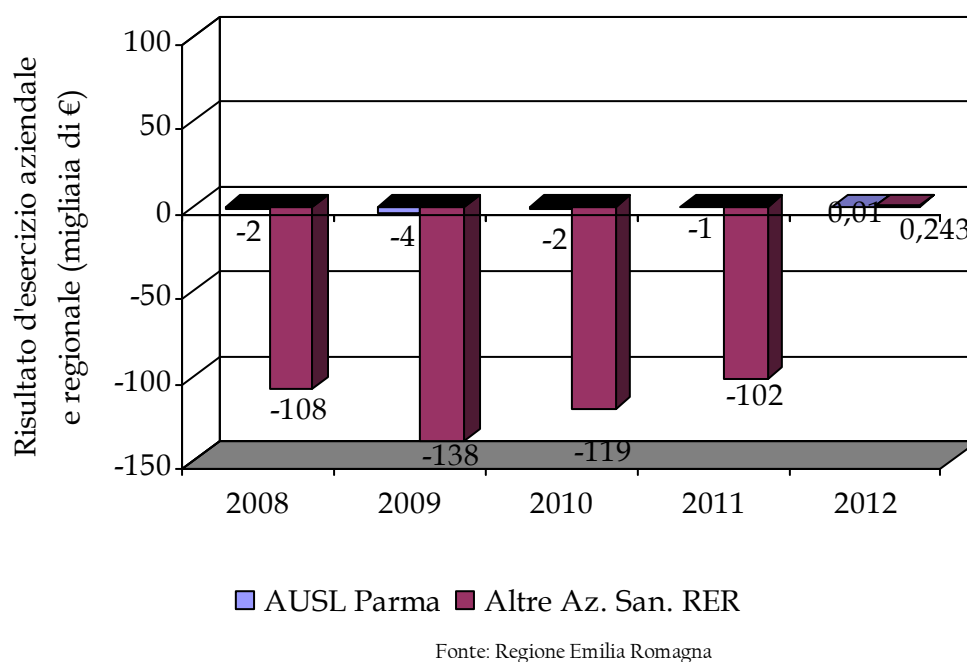
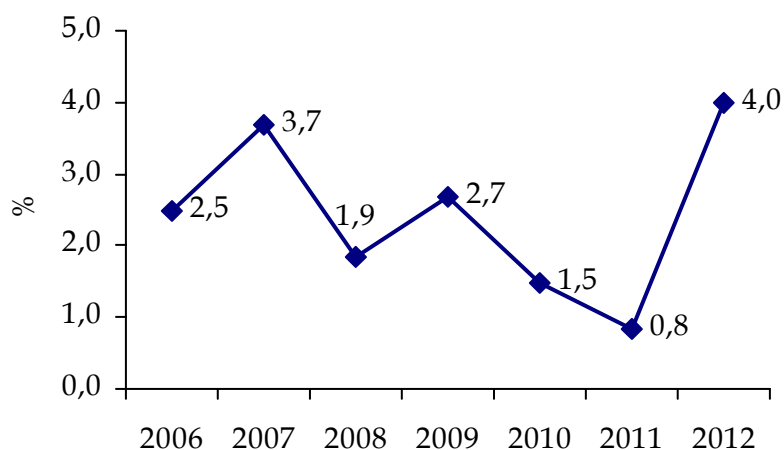


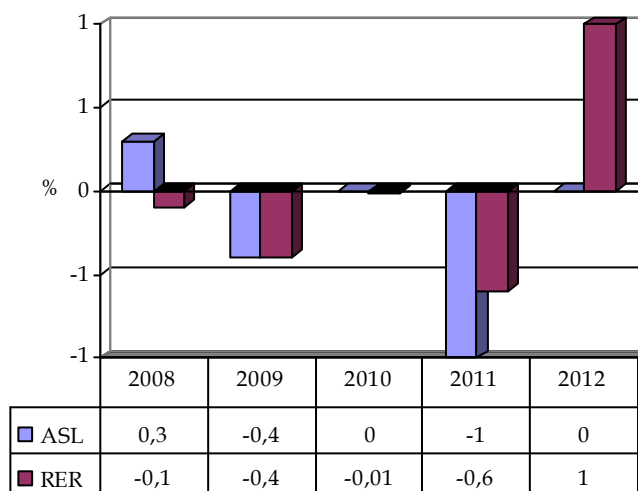
FIGURA 3 – RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



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



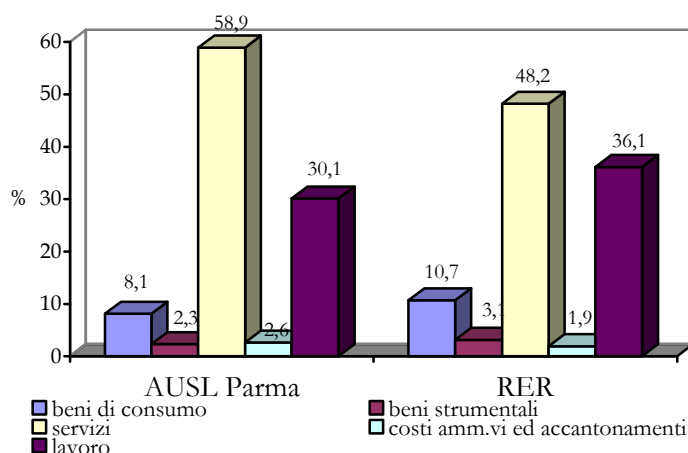
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2012 i ricavi disponibili **coprono** la gestione caratteristica, 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 quinquennio 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 dai servizi sanitari, pari mediamente al 47% dei ricavi disponibili e dal costo del lavoro con il 36%.

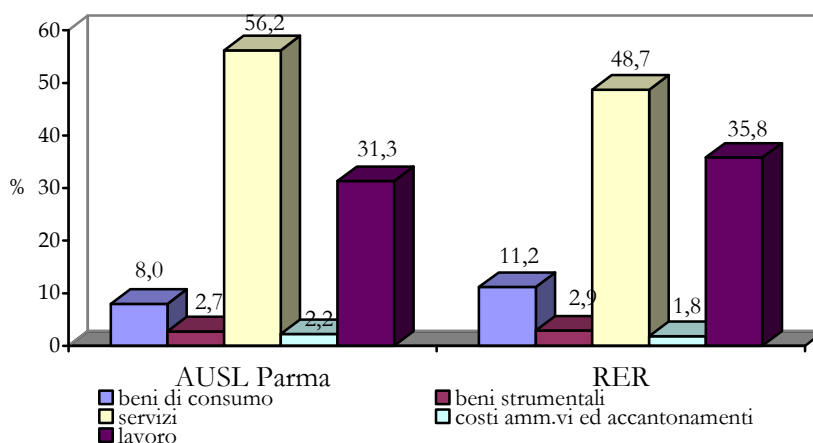
FIGURA 5 – PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2008



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.

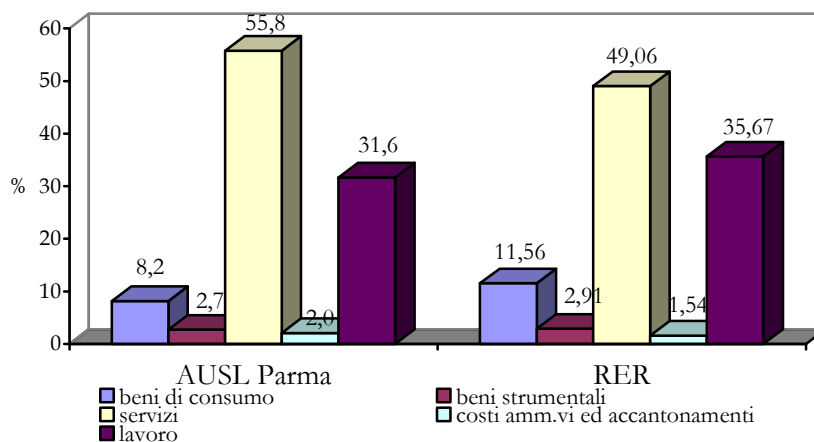
FIGURA 6 – PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2009



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.

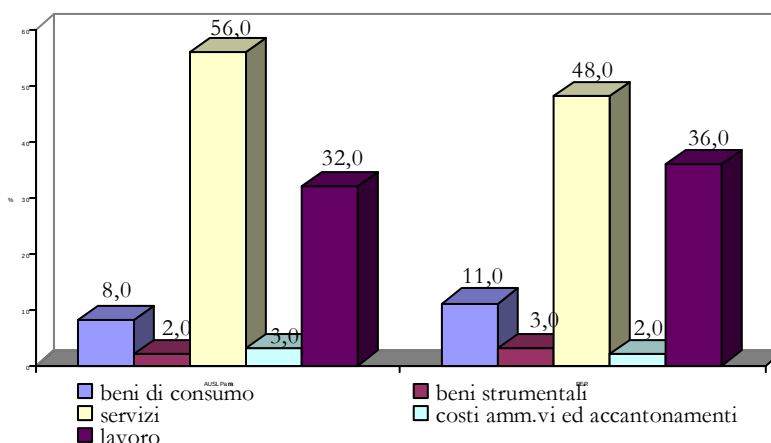
FIGURA 7– PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



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.

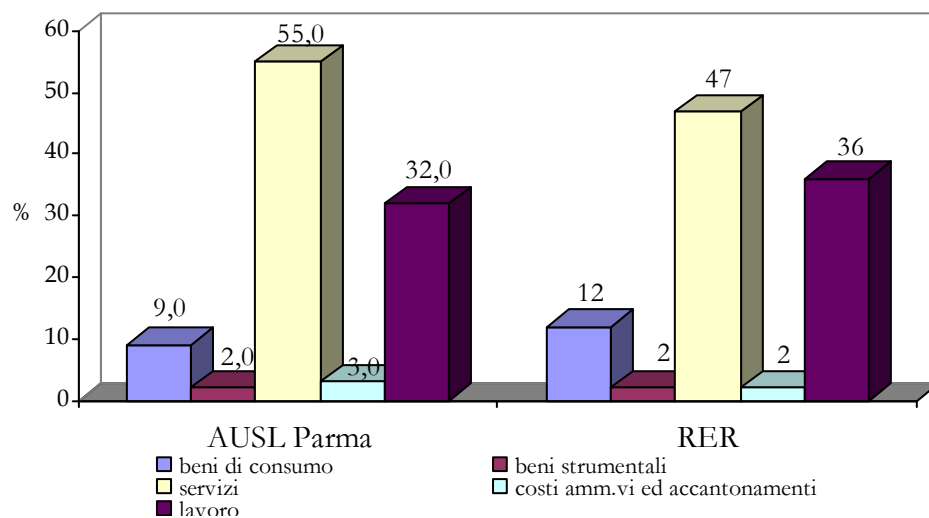
FIGURA 8– PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2011



Fonte: Regione Emilia Romagna

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.

FIGURA 9- PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2012



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2012 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55%) e per il totale Regionale (47%). 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	2012
Consumo beni	8,0%	8,0%	8,2%	8,4%	9%
Servizi sanitari	49,8%	50,0%	49,4%	48,9%	49%
Servizi non sanitari	5,0%	4,8%	5%	5,1%	6%
Beni strumentali	2,8%	2,6%	2,7%	1,9%	2%
Manutenzioni	1,1%	1,1%	1,2%	1,1%	1%
Costi amministrativi	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1%
Accantonamenti	1,1%	1,2%	0,9%	1,4%	2%
Costo del lavoro	31,0%	31,2%	31,5%	32%	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	2012
Mobilità attiva	33.176	35.023	36.454	37.137	35.895
Mobilità passiva	250.072	262.894	268.700	268.181	267.572
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,3	13,3	13,6	13,8	13,4

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

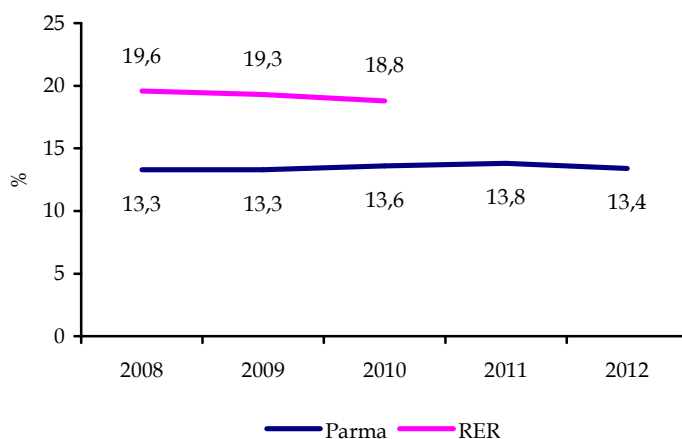
	2008	2009	2010	2011	2012
Mobilità passiva totale	250.072	262.894	268.700	268.180	267.572
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	206.210	217.514	222.294	221.789	220.288
Mobilità passiva AOSP Parma/ mobilità passiva totale x 100	82,5	82,7	82,7	82,7	82,3

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 (+ 82%).

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 10 – MOBILITÀ ATTIVA/PASSIVA AUSL PARMA ED ALTRE AZIENDE USL DELLA RER



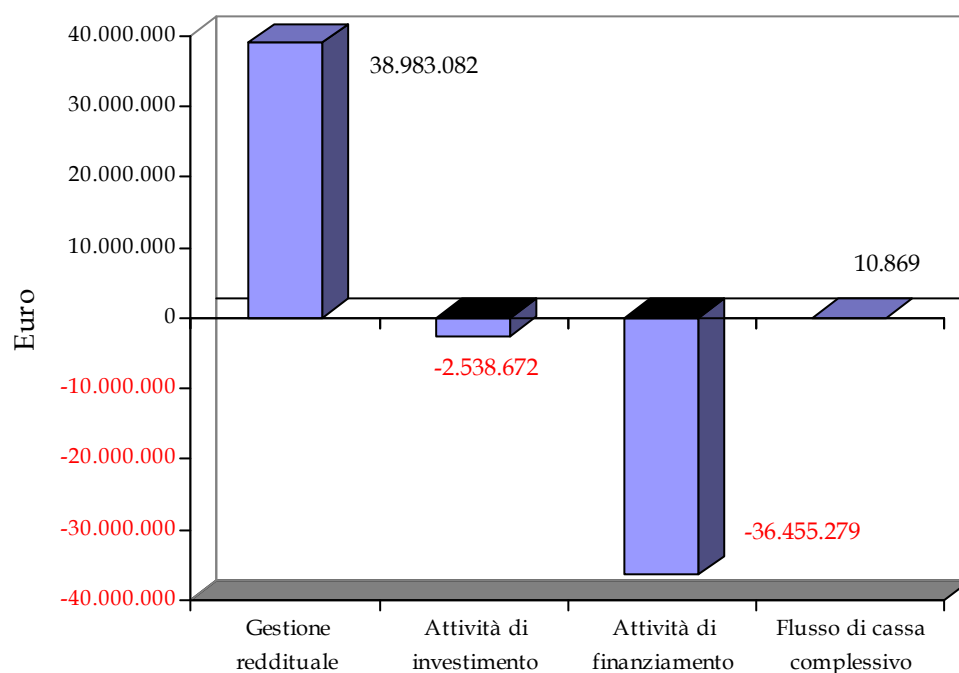
Sostenibilità finanziaria

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 11 – RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITÀ (FONTI – IMPIEGHI CONDENSATO) – 2012



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 2012 è stata di 147 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, migliorativa rispetto allo stesso dato del 2011, pari a 156 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
226.947.012,49	192.965.544,00	511.195.408,95

Fonte: Bilancio aziendale anno 2012

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 2012 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2012

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

Fonte: Bilancio aziendale anno 2012

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 12 – STATO PATRIMONIALE 2008–2012 ATTIVITÀ

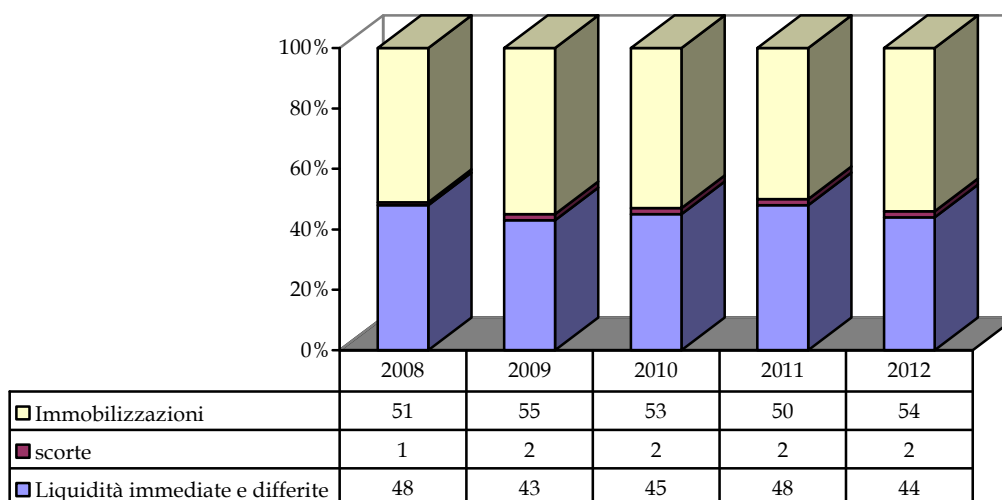
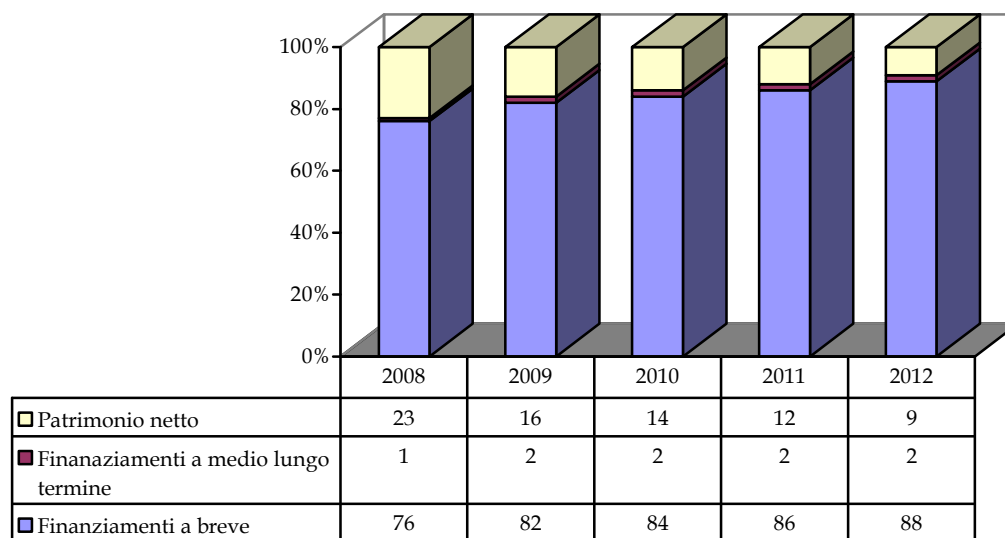


FIGURA 13 – STATO PATRIMONIALE 2008–2012 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2008-2012 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2008	2009	2010	2011	2012
Terreni	0	0	0	4.400	0
Fabbricati	8.599.191	2.404.209	4.730.523	4.160.543	2.220.468
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180	1.736.768
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741	286.439
Automezzi	90.460	368.205	127.853	98.237	116.632
Altri beni	493.182	895.762	810.397	615.266	546.190
Totale	11.960.740	5.488.111	11.011.309	8.246.367	4.906.497

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'eli-superficie adiacente all'ospedale di Borgotaro. Nel 2012 è stato completato il Padiglione Braga, sede del servizio psichiatrico, la Casa della Salute di Collecchio e la ristrutturazione della Fattoria di Vigheffio.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

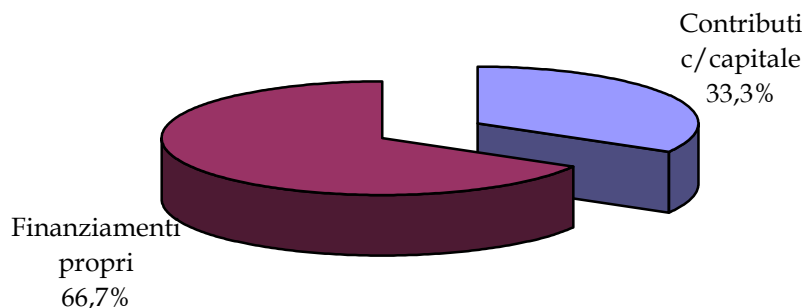
Contributi	2008	2009	2010	2011	2012
Totale	6.844.034	72.866	1.613.408	499.399	4.860.903

Fonte: Bilanci aziendali

I contributi dell'anno 2008 sono relativi alla realizzazione dell'eli-superficie 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. I contributi anno 2012 sono relativi al finanziamento per la Casa della Salute di Collecchio; inoltre per effetto del dglr 118/11 è stata trasferita a contributi in conto capitale quota parte del Fondo Sanitario Regionale, destinata all'acquisto di cespiti.

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

FIGURA 14 – FINANZIAMENTO IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI COMPLESSIVI NEL QUINQUENNIO



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	2012
Immobilizzazioni immateriali	1.344.689	980.797	1.306.252	796.209	1.161.238
Fabbricati strumentali	8.006.551	2.290.241	4.532.870	3.447.757	2.182.526
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180	1.736.768
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741	286.439
Altri beni	1.176.282	1.009.731	938.250	713.503	546.190
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	2.212.090	2.642.219	3.934.231	2.655.997	1.806.499
Totale	15.517.519	8.742.923	16.054.139	10.981.387	7.719.660

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

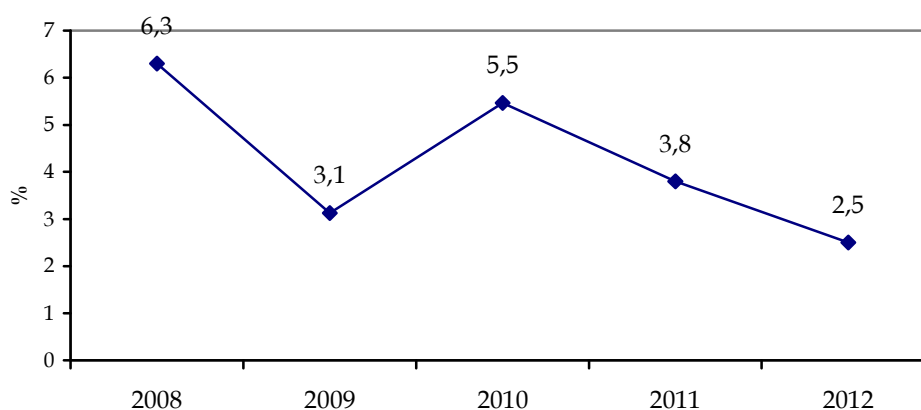
	2008	2009	2010	2011	2012
Investimenti	12.489.176	6.333.440	12.119.908	8.324.391	6.067.735
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056	238.300.488
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	6,3	3,3	5,7	3,8	2,5

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso.

Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

FIGURA 15 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.

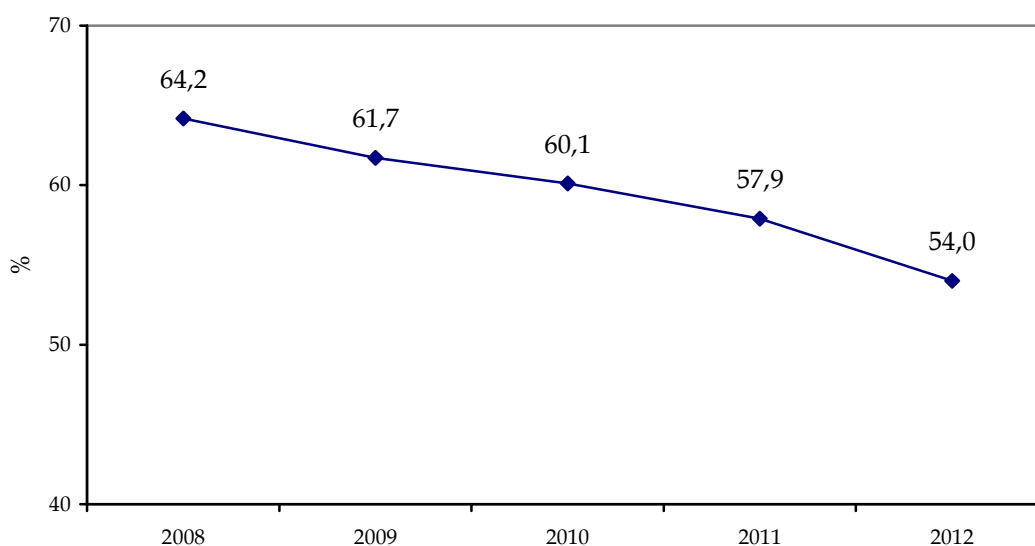
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2008	2009	2010	2011	2012
Residuo da ammortizzare	127.493.287	124.747.221	127.257.835	126.288.776	129.050.558
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056	238.300.488
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	64,2	61,7	60,1	57,9	54,0

Fonte: Bilanci aziendali

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

FIGURA 16 – 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 2.647 dipendenti 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 2.647 del 2012 (+14,8%).

L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (69,7%), 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 (72,2%).

A questi occorre poi aggiungere i 694 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. 1.207 professionisti.

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	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sanitario	Medici e veterinari	406	416	430	430	430	442
Sanitario	Dirigenti sanitari	55	53	55	63	63	71
Professionale	Dirig. Professionale	8	8	8	8	8	7
Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	4	4	6	6
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	19	20	22	19	20	18
	DIRIGENTI	492	501	519	524	527	544
Sanitario	Comparto sanitario	1.243	1.262	1.293	1.307	1.333	1.332
Tecnico	Comparto tecnico	376	387	399	420	426	416
Amministrativo	Comparto amministrativo	339	339	339	345	352	355
	COMPARTO	1.958	1.988	2.031	2.072	2.111	2.103
	TOTALE	2.450	2.489	2.550	2.596	2.638	2.647

TABELLA 15 NUMERO MMG, PLS E MEDICI AMBULATORIALI

Anni	Specialisti Titolari Sostituti	Incarichi a tempo Determinato specialisti	Medici di Medicina Generale	Pediatr Libera Scelta	Medici di Guardia Medica	Medicina dei Servizi *	Emergenza Sanitaria Territoriale **
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	-
2012	163	17	294	60	128	23	9

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

** Sono inseriti i medici di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell' ACN 29.07.2009 - Capo V -

TABELLA 16 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Personale dipendente	102.076	109.621	110.695	116.642	121.507	125.632	126.287	127.426
Personale convenzionato	40.880	44.360	46.974	49.820	53.684	56.197	58.049	59.759
MMG e pediatri	33.260	36.701	39.085	41.945	45.439	48.126	49.117	49.632
Specialisti interni	4.503	4.436	4.699	4.619	4.801	4.847	5.013	5.156
Guardia medica	3.117	3.223	3.190	3.256	3.444	3.224	3.303	3.203
Medicina dei Servizi	-	-	-	-	-	570	616	852
Emergenza S.T								916
Totale	142.956	153.981	157.669	166.642	175.191	181.829	184.336	187.185

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

TABELLA 1 7 LASCITI E DONAZIONI DA CITTADINI E DA ALTRI

	2008	2009	2010	2011	2012
Da cittadini	90.500,00	34.071,97	584.063,89	37.468,00	14.439,00
Da fondazioni bancarie	2.390.000,00	-	-	100.000,00	299.999,85
Da altri	190.000,00	228.429,09	772.627,70	200.879,60	365.260,43
Totale	2.670.500,00	262.501,06	1.356.691,59	338.347,60	679.699,28

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 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. 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. Tali interventi sono stati ultimati nei primi mesi del 2012.

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 17 – 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 management sviluppati a livello aziendale nel corso del 2012 sono stati:

- 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 per i dipendenti della sede di viale Basetti.
- L'ufficio del Mobility Manager ha concluso le attività relative al progetto sviluppato con il Comune di Parma, Ufficio Scolastico Provinciale, Infomobility, 21 scuole, la TEP, i medici pediatri convenzionati e altri enti, del protocollo triennale sui percorsi casa-scuola. Il protocollo era stato adottato con deliberazione del DG n. 368 del 31.05.2010.
- In collaborazione con l'Ufficio Comunicazione Aziendale è stato aggiornato l'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 informazioni sulla viabilità cittadina.
- Nel corso del 2012 il Mobility Manager ha partecipato in qualità di relatore agli incontri regionali e nel mese di marzo presso l'Amministrazione Provinciale di Reggio Emilia, nell'ambito del progetto IMOSMID., è stato presentato il progetto sull'informatizzazione del parco veicolare aziendale mediante sistema octo-telematics in accordo con il Direttore del Servizio Logistica.
- Nel 2012 è stato rimodulato per la Regione il progetto sulla mobilità elettrica aziendale che ha ripreso in parte il vecchio 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, affiancando le buone pratiche adottate sia a livello normativo che progettuale dalla Regione Emilia-Romagna.
- Nel corso del 2012 si è partecipato al progetto CARMA promosso dal Comune di Parma sulla diffusione dell'uso della bicicletta e l'azienda USL è risultata prima classificata tra le aziende partecipanti al 'cycling challenge'.
- Nel corso del 2012, in collaborazione con il RIT aziendale, è stata migliorata l'informatizzazione per l'analisi dei PSCL: 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.
- Nell'ambito delle iniziative regionali collegate alla Mobilità sostenibile nel mese di novembre è stato organizzato l'evento "Sviluppo sostenibile e cambiamenti climatici seconda edizione".

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:

- **RISPARMIO ENERGETICO:** Sulla base del monitoraggio dei consumi energetici delle strutture aziendali, è stata effettuata l'analisi qualitativa dei consumi con conseguenti azioni mirate alla diminuzione degli stessi. Nel corso del 2012 si è provveduto ad installare una prima quota di interventi sulle pompe di circolazione dell'Ospedale di Vaio e si prevede il completamento di tali installazioni nel corso del 2013. Al fine di limitare al minimo il consumo di energia elettrica, nel corso del 2012 si è provveduto, presso l'Ospedale di Vaio, ad installare un sistema di spegnimento automatico delle luci nel seminterrato, un sistema di riduzione dell'illuminazione esterna ai valori minimi di legge durante le ore notturne, un sistema di spegnimento dei gruppi di pressurizzazione dell'acqua fredda sanitaria nelle ore notturne.
- **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 sono iniziati i lavori di costruzione della 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. Si è provveduto inoltre alla progettazione di un impianto fotovoltaico di tipo integrato con una potenza di picco di 12 kWp presso la nuova Casa della Salute “Lubiana – San Lazzaro” di Via XXIV Maggio (PR).

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

I costi considerati fanno riferimento al periodo 2007-2011; i finanziamenti, invece, fanno riferimento al periodo 2007-2012. 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 2007 all'anno 2011, una spesa pro-capite dell'Azienda di Parma leggermente al di sotto di quella regionale; osservando la serie storica si nota come nell'anno 2011 questo differenziale negativo si attesta allo 0,41%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 22,38% e del costo per assistito pari al 17,76%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,92%. Le variazioni 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.

Per la determinazione del costo pro-capite, a partire dai dati riferiti all'anno 2011, è stata introdotta una nuova modalità di calcolo. In particolare i costi per mobilità passiva verso Aziende Ospedaliere sono considerati pari al costo di produzione e non più pari al valore economico riconosciuto dalle Aziende USL. Per permettere un raffronto tra gli anni il costo pro-capite 2010 è stato rideterminato secondo questa nuova modalità.

Il valore anno 2010, calcolato con la modalità precedente, era pari a € 1.685,49, con la nuova modalità si evidenzia un incremento pari a € 137,60.

TABELLA 18 COSTI PER ASSISTITO – ANNI 2007–2011

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione°	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite		
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	807.018	442.666	1.823,09	8.167.018	4.395.606	1.858,00	-1,91	-34,91
2011*	822.275	446.091	1.843,29	8.203.738	4.432.439	1.850,84	-0,41	-7,55
Scostamento%								
A. 2007-2011	22,38%	3,92%	17,76%	17,67%	4,94%	12,11%		

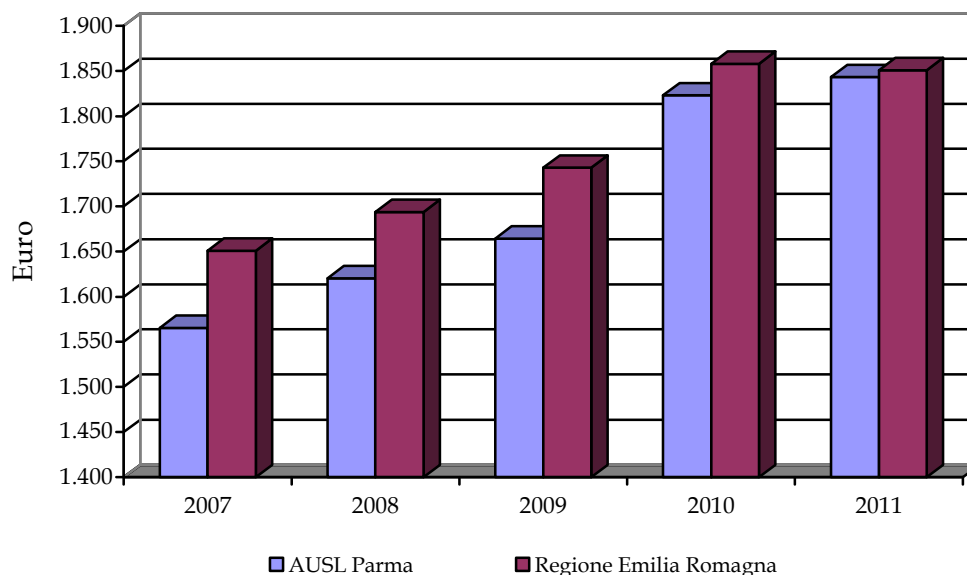
Fonte dati: Regione Emilia Romagna

* Nel 2011 sono cambiati i criteri di calcolo dei costi delle AUSL ricomprendendo anche costi per remunerare le attività delle Aziende Ospedaliere.

° 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 18 – COSTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALI – ANNI 2007–2011



Declinando l'analisi dei costi pro capite per livelli di assistenza si rileva l'aumento nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 14,07%, e nell'assistenza ospedaliera, che aumenta del 24,96%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione del 3,46.

TABELLA 19 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2007–2011

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62
2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,4	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	51,88	55,66	960,7	1.063,42	814,98	738,92
2011	54,76	56,94	988,53	1.055,08	804,69	738,83
Scostamento %						
2007-2011	-3,46%	-2,73%	14,07%	14,59%	24,96%	10,01%

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale fanno risaltare come, anche disaggregando la variabile per livello di assistenza, i costi pro capite aziendali si mantengono al di sotto della media regionale, con l'eccezione dell'Assistenza Ospedaliera a partire dall'anno 2008.

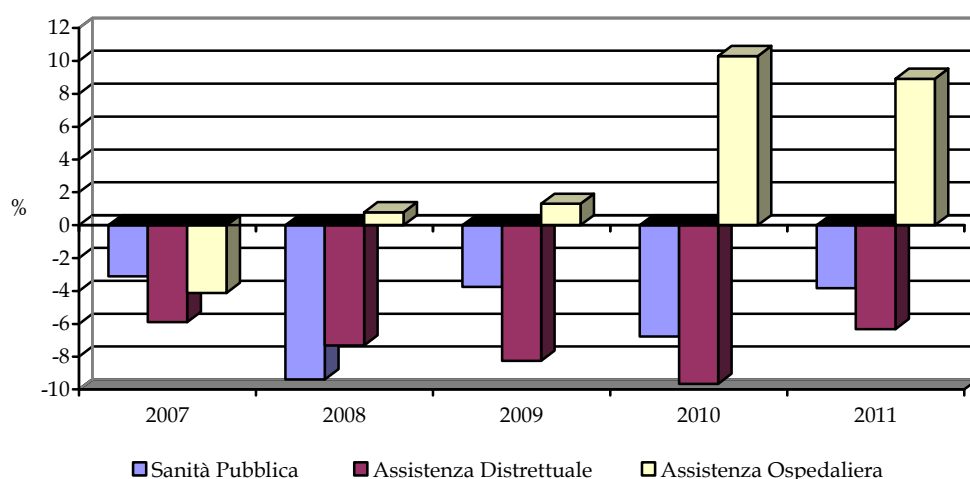
TABELLA 20 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2007-2011

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
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	-6,79%	-3,78	-9,66%	-102,72	10,29%	76,06
2011	-3,83%	-2,18	-6,31%	-66,55	8,91%	65,86

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

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

FIGURA 19 – SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA – AUSL – RER – ANNI 2007-2011



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 3,62% nell'anno 2007 al 2,96% nell'anno 2011 come pure l'Assistenza Distrettuale dal 55,29% al 53,49% nel periodo. Il peso dell'Assistenza Ospedaliera, anche a seguito della modifica del metodo di elaborazione, come detto in precedenza, risulta aumentato. 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 2007-2011

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
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	2,84	3,00	52,57	57,23	44,59	39,77
2011	2,96	3,08	53,49	57,01	43,54	39,92

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

Il finanziamento dei livelli di assistenza, per l'Azienda USL di Parma è aumentato del 14,83%, crescita inferiore a quella regionale, pari al 17,36%. 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 dell'8,33%, misura sensibilmente minore a quanto registrato a livello regionale (11,15%).

TABELLA 22 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO, ANNI 2007-2012

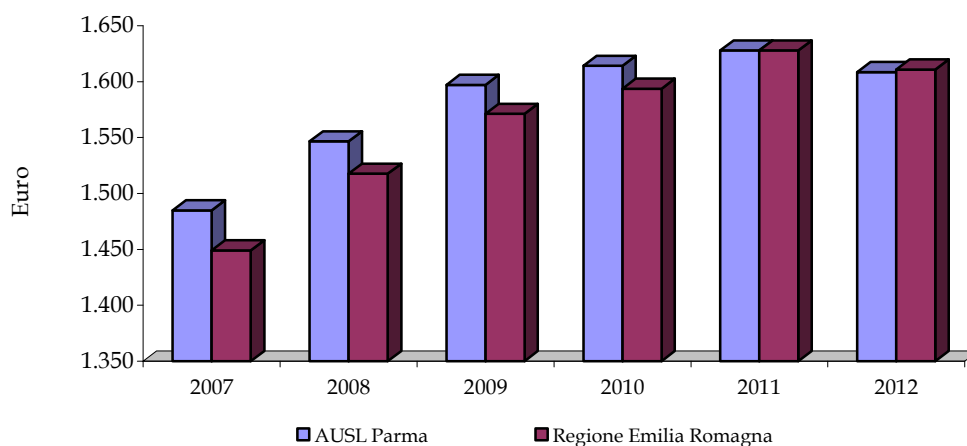
	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2007	623.731.672	420.056	1.484,88	6.120.820.000	4.223.585	1.449,20	2,46%	35,68
2008	658.347.119	425.690	1.546,54	6.489.089.856	4.275.843	1.517,62	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	442.070	1.627,92	7.215.611.066	4.434.439	1.627,91	0,00%	0,01
2012	716.245.156	445.283	1.608,52	7.183.153.094	4.459.246	1.610,84	- 0,14%	-2,32
Scostam. % 2007- 2012	14,83%	6,01%	8,33%	17,36%	5,58%	11,15%		

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

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 fino a diventare negativa per l'anno 2012.

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 20– FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2007–2012



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.

Nel corso degli anni, i programmi di screening oncologici risultano consolidati in tutta la regione; il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, che è stato prorogato a tutto il 2013, fissa alcuni obiettivi da perseguire.

In particolare, per tutti e tre i programmi vengono indicati il consolidamento dei risultati raggiunti e il mantenimento dei programmi di sorveglianza e controllo di qualità dei percorsi diagnostico assistenziali, oltre allo sviluppo di iniziative per favorire l'adesione allo screening delle persone in situazione di svantaggio.

Inoltre, nel capitolo riguardante la medicina predittiva, vengono individuate le prime azioni da compiere per la gestione del rischio ereditario familiare dei tumori della mammella e del colon retto, mentre, per il collo utero, è in atto la valutazione di fattibilità dell'utilizzo dell'HPV test come test primario e del pap test come test di triage.

TABELLA 23 CARATTERISTICHE SCREENING

Caratteristiche screening				
	Popolazione interessata	Cadenza	Tipo di test	Popolazione interessata
Mammella	Donne 45/49 anni	Annuale	Mammografia a doppia proiezione	18.072
	Donne 50/74 anni	Biennale		68.296
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap -test	124.367
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	107.472

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi all'anno 2012.

TABELLA 24 SCREENING MAMMOGRAFICO ADESIONE ANNO 2012

	Parma	RER
Donne 45/49 anni	54,3	65,8
Donne 50/69 anni	63,0	70,1
Donne 70/74 anni	63,7	66,9

TABELLA 25 SCREENING COLLO UTERO – ADESIONE ANNO 2012

	Parma	RER
Donne 25/64 anni	61,6	59,1

TABELLA 26 SCREENING DEL COLON- RETTO – ADESIONE ANNO 2012

	Parma	RER
Donne e Uomini 50/69 anni	54,4	55,2

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 parti-

colare, per le vaccinazioni obbligatorie la copertura raggiunta nel 2010 è del 96,9% a 12 mesi di età e del 96,2% 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 2011

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	97,9	96,2
HiB 24° mese	94,7	95,4
Morbillo 24° mese	94,1	92,9
Rosolia 13 anni (M+F)	96,0	94,5

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 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.084	1.968	94,4
Fidenza	993	942	94,9
Valli Taro e Ceno	417	402	96,4
Sud Est	733	666	90,9
AUSL PR	4.227	3.979	94,1

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 il 91,4% e a 13 anni il 87,8%.

Pertosse

TABELLA 29 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO ANNO 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.084	2.054	98,6
Fidenza	993	966	97,3
Valli Taro e Ceno	417	407	97,6
Sud Est	733	704	96,0
AUSL PR	4.227	4.131	97,7

La copertura vaccinale contro la pertosse a 24 mesi ha superato il 95% fin dal 1998 e presenta valori omogenei tra tutte 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 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.084	2.054	98,6
Fidenza	993	964	97,1
Valli Taro e Ceno	417	280	67,1
Sud Est	733	705	96,2
AUSL PR	4.227	4.003	94,7

Poliomielite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 98,1% per la vaccinazione anti poliomielite a 24 mesi, contro una media regionale di 96,5%. Anche la copertura a 7 anni è costantemente superiore alla media regionale, 97,4% vs 95,0%.

TABELLA 31 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI PER DISTRETTO ANNO 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.084	2.064	99,0
Fidenza	993	968	97,5
Valli Taro e Ceno	417	408	97,8
Sud Est	733	705	96,2
TOTALE	4.227	4.145	98,1

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 ANNO 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.705	1.646	96,5
Fidenza	864	846	97,9
Valli Taro e Ceno	344	317	92,2
Sud Est	603	566	93,9
AUSL PR	3.516	3.375	96,0

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 2009 e vaccinati con tre dosi.

TABELLA 33 COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO ANNO 2011

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.084	2.042	98,0
Fidenza	993	959	96,6
Valli Taro e Ceno	417	402	96,4
Sud Est	733	694	94,7
Totale	4.227	4.097	96,9

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 2000

Parma	%
%vaccinati con almeno una dose	62,1
%vaccinati con tre dosi	37,4

Si tratta di risultati costantemente più bassi della media regionale (74,2 e 50,0 rispettivamente) e soprattutto in netta diminuzione, tra i 5 e i 10 punti percentuali, rispetto agli anni precedenti.

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno a livello regionale è aumentato in maniera costante ma modesta dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 1,8%), con particolare interessamento per l'Azienda USL di Rimini, che risente della presenza di un movimento antivaccinale molto attivo, dove si arriva a superare il 6%. A Parma nel 2011 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 36 per la coorte di nascita 2009, 19 dei quali (53%) residenti nel Distretto di Parma.

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Quest'anno la campagna vaccinale antinfluenzale, condizionata anche dalle notizie riguardanti il ritiro dal commercio di alcuni vaccini, ha mostrato un andamento poco soddisfacente: sono state circa 150.000 le vaccinazioni in meno che sono state effettuate in regione.

Dai dati disponibili risulta che la copertura dei soggetti con età superiore ai 65 anni è di circa il 55%, rispetto al 63,5% dell'anno precedente.

La provincia di Parma presenta i dati più bassi della regione.

Controllo sugli 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 23.919 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 2.239 imprese con un indice di copertura dei controlli pari a 9.36 % delle Unità Locali del territorio, superiore all'indicatore proposto.

Nel 2012 sono state attribuite 21.973 PAT, per cui erano da controllare 1.977 Unità Locali. Ne sono state 2.091, con indice di copertura del 9,52%.

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 138 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 21 – RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI PARMA

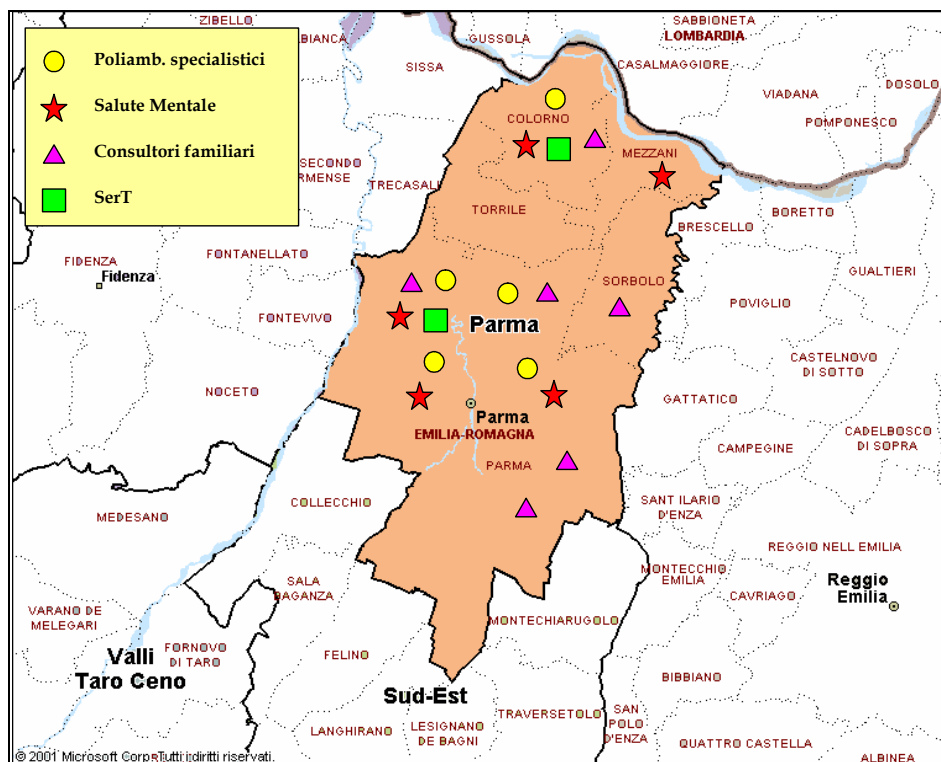


FIGURA 22 – RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI FIDENZA

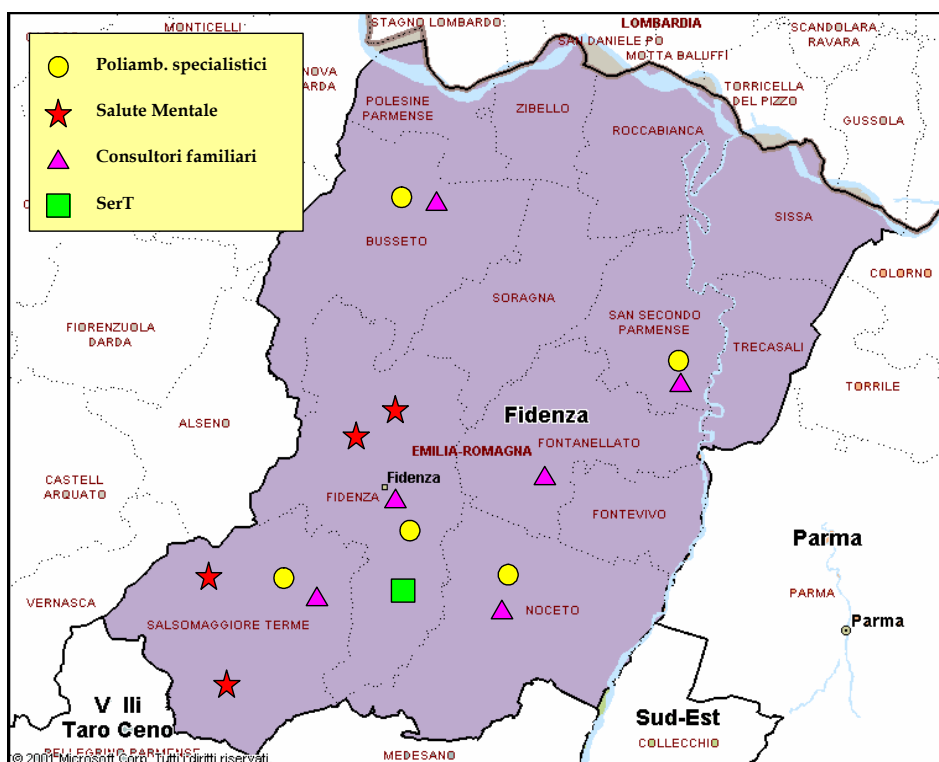


FIGURA 23 – RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD-EST

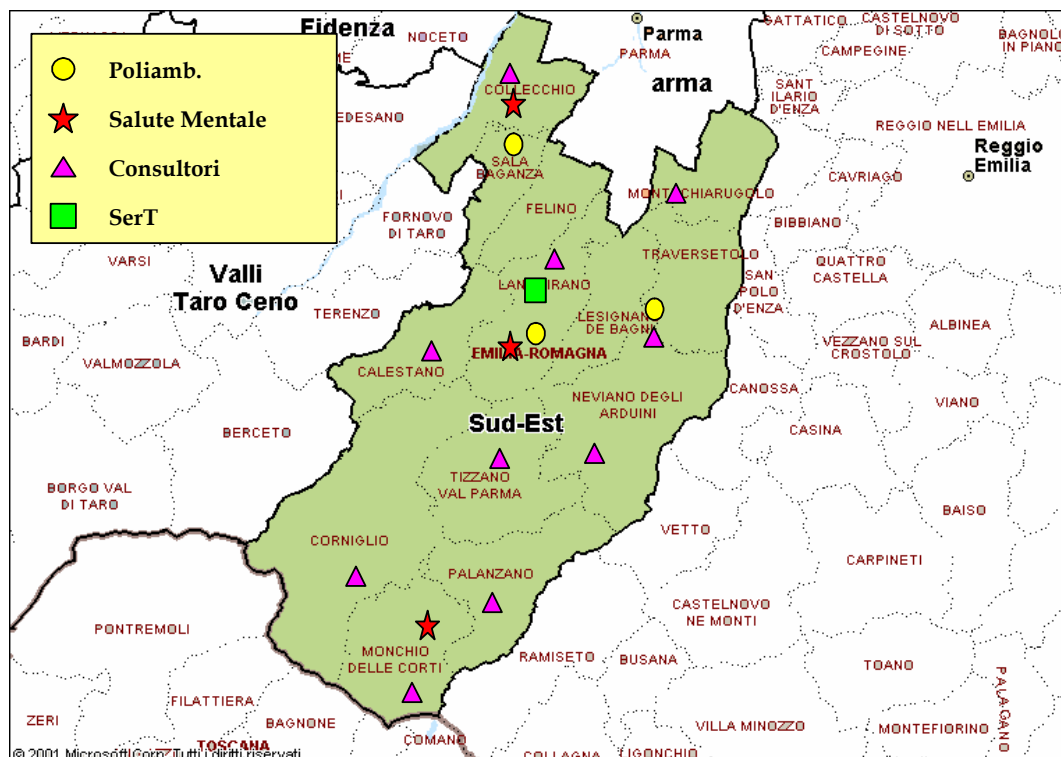
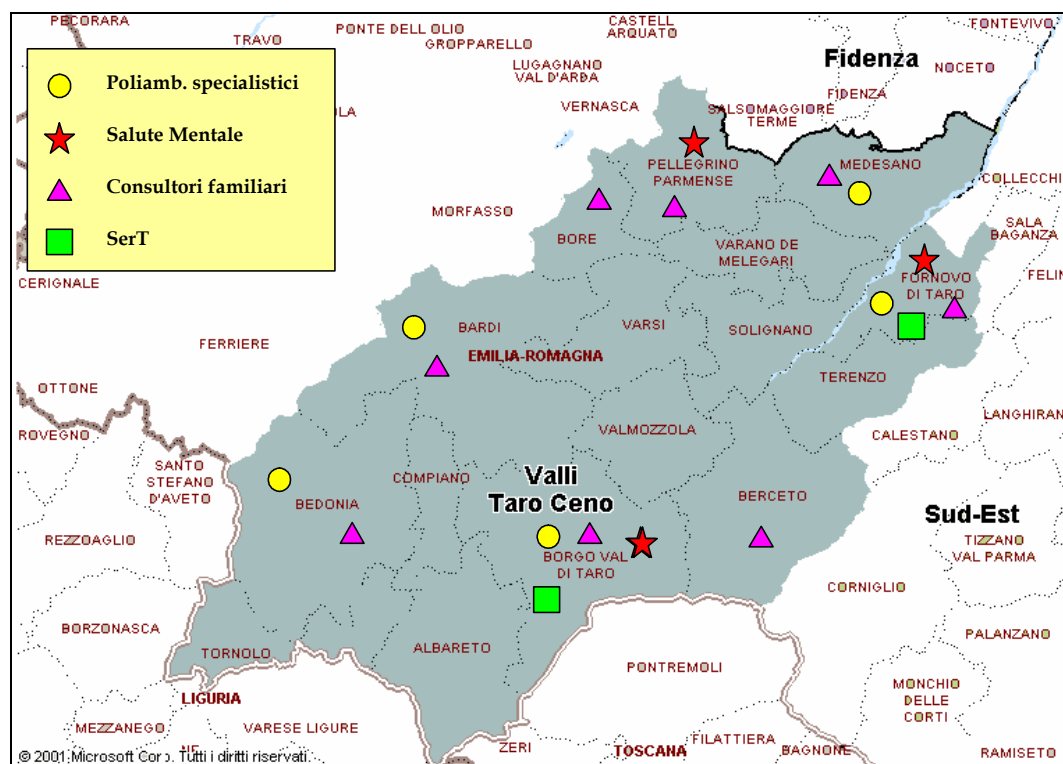


FIGURA 24 – RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



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.

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:

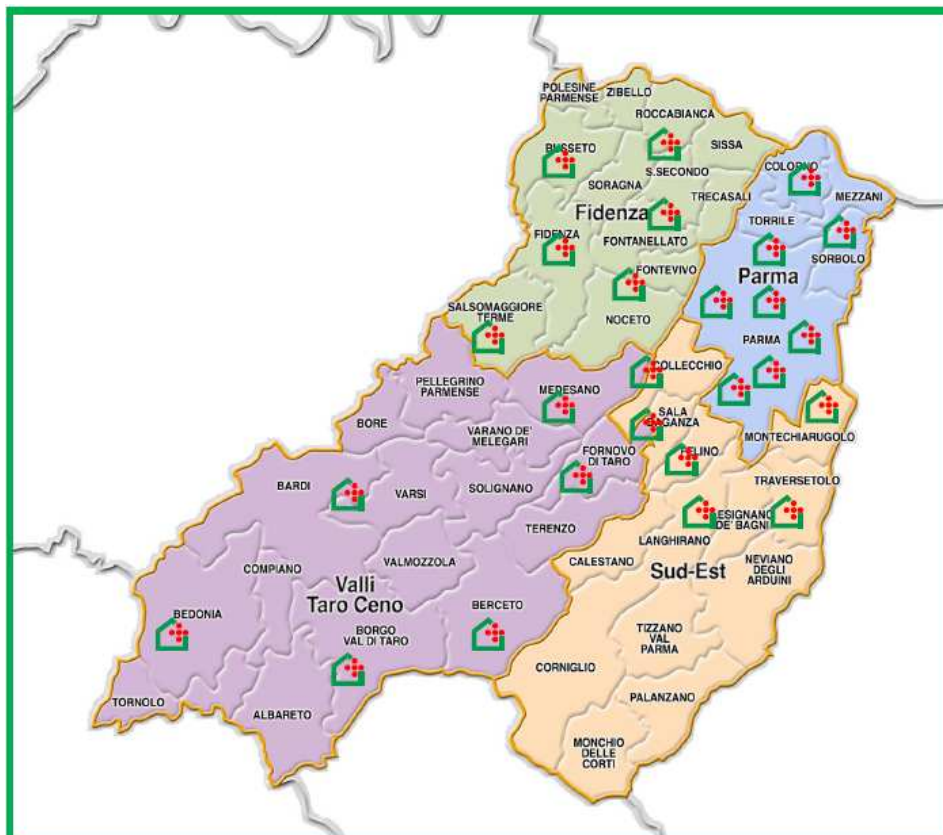
- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di alerta 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 25– 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 35 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-Mezzano	Sorbolo	Casa della Salute "Sorbolo-Mezzano"	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 36 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 37 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 e funzionante adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Collecchio,	Sala Baganza	Casa della Salute "Sala Baganza"	Piccola	Struttura esistente e funzionante adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Collecchio,	Felino	Casa della Salute "Felino"	Piccola	Struttura esistente e funzionante adeguata ex DGR 291/10	Attivata
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 e funzionante adeguata ex DGR 291/10	Attivata
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 38 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 e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
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 esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
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-Torile), 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.

Le strutture attivate nel corso del 2012

Sono complessivamente 6 le strutture attivate nel corso del 2012: quattro nel Distretto Sud Est (Collecchio, Felino, Sala Baganza, Traversetolo) e due nel Distretto Valli Taro e Ceno (Bedonia e Berceto). Di seguito verranno specificati i servizi presenti in ognuna di queste sei Case della Salute

Distretto Sud-Est

Casa della Salute Collecchio (Media)

Il Polo Sanitario di Via Berlinguer n. 2 a Collecchio, sede di NCP, trova collocazione in edificio in parte di proprietà comunale e concessa in uso all'Azienda USL per le attività distrettuali (ambulatori e CUP), e per altra parte di proprietà della stessa Azienda USL è stato destinato a sede della Medicina di Gruppo che accoglie gli 8 medici di Medicina Generale dell'ambito territoriale di riferimento

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 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, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP, ambulatori CSM, Palestra, Ambulatori NPJA
 - c. Servizi Socio-Sanitari : Coordinamento Assistenza Domiciliare, RSA-Struttura Protetta in sede contigua, Centro Diurno Anziani
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test, Commissione Invalidità Civile, certificazioni monocratiche
 - e. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)
3. **Area di Staff**: Funzioni di coordinamento e referenza di struttura, Sala Polivalente (in sede contigua)

Casa della Salute di Felino (Piccola)

Nella Casa della Salute di Felino, di proprietà dell'Amministrazione Comunale ed in locazione all'Azienda USL per la parte ambulatoriale trova collocazione una medicina di gruppo con n. 3 mmg.. Nella sede, identificata anche quale sede secondaria del NCP "Collecchio" contribuendo a garantire la continuità assistenziale H12, vengono effettuate inoltre le seguenti attività distrettuali: attività di prelievo, vaccinazioni, pediatria di comunità, sede di servizio del personale infermieristico per l'assistenza domiciliare con funzioni di PUA, ambulatorio infermieristico, attività consultoriale(compreso screening)

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

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

Casa della Salute Sala Baganza (Piccola)

Nella Casa della Salute di Sala Baganza, di proprietà dell'Amministrazione Comunale e concessa in uso a questa Azienda, trova collocazione una medicina di gruppo con n. 3 mmg. Sono compresenti un Centro Dialisi (CAL) per n. 6 p.l. ed il Servizio Sociale comunale, e pertanto si configura anche come luogo di integrazione sociosanitaria. Nella sede, identificata anche quale sede secondaria del NCP "Collecchio" contribuendo a garantire la continuità assistenziale H12, viene effettuata attività di prelievo, vaccinazioni, pediatria di comunità, ambulatorio infermieristico.

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

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP (in sede contigua)
2. **Area Clinica**:
 - k. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico (in sede contigua), Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Guardia Medica (collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
 - l. Servizi Sanitari : Punto Prelievi, Pediatria di Comunità, Ambulatori SIP,
 - m. Prevenzione: Vaccinazioni, certificazioni monocratiche
 - n. Servizi Sociali: Uffici
3. **Area di Staff**: Sala riunioni

Casa della Salute di Traversetolo (Media)

Il Polo Socio Sanitario di Via IV Novembre 95 di Traversetolo, di proprietà dell'Azienda USL, è sede di NCP e sono compresenti le articolazioni distrettuali di tutti i servizi alla persona.

E' sede di tutte 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.

In questo 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**:
 - o. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio di Primo Intervento in sede contigua, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test),

- Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
- p. Servizi Sanitari : Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Screening PAP-test, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP, ambulatori CSM, Palestra, Ambulatori NPJA,
- q. Servizi Socio-Sanitari : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani e Disabili, RSA-Struttura Protetta (in sede contigua);
- r. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test, Commissione Invalidità Civile, Certificazioni Monocratiche
- s. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)
- 3. **Area di Staff**: Funzioni di coordinamento e referenza di struttura, Sala Polivalente (in sede contigua)

Distretto Valli Taro e Ceno

Casa della Salute di Bedonia (Media)

La struttura si colloca nel medesimo comune montano, è identificata come sede secondaria del NCP "Alta Val Taro" e rappresenta il luogo di attività della Medicina di Gruppo "Alte Valli del Taro e del Ceno" (formata da 4 MMG che svolgono assistenza nei comuni di Bedonia, Compiano e Tornolo) e di 2 PLS.

La sede, dotata di una superficie di 602 mq, è ubicata in stabile in affitto di proprietà comunale, in Piazza Caduti per la Patria I; oltre a funzionare come luogo di attività dei MMG - PLS e di integrazione professionale (incontri e riunioni) offre le seguenti attività distrettuali: centro prelievi, ambulatorio infermieristico, CUP, sportello unico, distribuzione assistenza integrativa, pediatria di comunità, consultorio familiare (salute donna), specialistica ambulatoriale (chirurgia, odontoiatria, neurologia, cardiologia, oculistica, dermatologia), attività DSM, neuropsichiatria infantile (con logopedia e fisioterapia), 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**:
 - t. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico-PUA, CA HI2, Ambulatorio Osservazione/terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
 - u. Servizi Sanitari : Punto Prelievi (+ Screening colon), Poliambulatorio, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP, ambulatori CSM;
 - v. Servizi Socio-Sanitari: Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili;
 - w. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test;
 - x. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)
3. **Area di Staff**: Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni 8in sede contigua), Sala Polivalente (in sede contigua)

Casa della Salute di Berceto (Piccola)

La struttura si colloca nel medesimo comune montano e rappresenta il luogo di attività della Medicina di Gruppo di Berceto-Solignano-Valmozzola che coinvolge 3 MMG che svolgono assistenza nei medesimi comuni e garantiscono attività CUP e Centro Prelievi; è stata individuata quale sede secondaria del NCP “Bassa Val Taro”

Nella sede, dotata di superficie di circa 200 mq, nel centro del capoluogo, trovano collocazione: le attività della Medicina di Gruppo di Berceto-Solignano-Valmozzola (3 MMG) e 1 PLS; centro prelievi, l'ambulatorio infermieristico, il CUP, la pediatria di comunità, il consultorio familiare (salute donna), l'attività di igiene pubblica.

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

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP,
2. **Area Clinica**:
 - a. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico-PUA, CA H12, Ambulatorio Osservazione/terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Guardia Medica (presso attigua sede CRI), Assistente Sociale (presso attigua sede comunale)
 - b. Servizi Sanitari: Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori SIP, ambulatori CSM;
 - c. Servizi Socio-Sanitari: Coordinamento Assistenza Domiciliare;
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test;
 - e. Servizi Sociali: Uffici
3. **Area di Staff**: Uffici, Sala Riunioni (in sede attigua comunale)

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 realizzato un percorso formativo, già alla sua seconda edizione, che ha coinvolto progressivamente il personale di tutte le Case della Salute attivate nel 2011 e nel 2012.

Il percorso formativo realizzato da giugno a dicembre 2012 ha maggiormente approfondito, rispetto alla prima edizione, le tematiche dell'integrazione socio – sanitaria.

Il 2012 ha visto anche l'avvio della seconda fase del percorso formativo svoltosi nel 2011, ossia lo sviluppo di azioni formative all'interno delle sei strutture attivate nel corso del 2011 con l'obiettivo di implementare un processo di miglioramento continuo che dall'analisi delle criticità organizzative proprie di ciascuna struttura conduca verso la progettazione, la realizzazione e la valutazione di progetti specifici di miglioramento.

Di seguito la scheda del percorso formativo.

TABELLA 39 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. <i>Management</i>: Analisi organizzativa, Gestione per processi, Utilizzo di strumenti di problem solving. b. <i>Progettazione</i>: Progettazione organizzativa (gestione di progetti), Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari c. <i>Valutazione</i>: 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	Direzione Aziendale
Referenti distrettuali	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
	Avvio del progetto con coinvolgimento altri professionisti
Sperimentazione e avvio	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 rafforzamento dell'offerta operato progressivamente negli anni 2007-2010 nel Distretto di Parma e in misura molto minore nel Distretto Sud-Est, finalizzato ad assicurare omogenea disponibilità d'accesso ai posti convenzionati in tutto il territorio provinciale, nel 2012 il numero di posti residenziali accreditati/convenzionati si è mantenuto invariato nei Distretti di Parma, Fidenza e Valli Taro e Ceno, mentre ha subito una riduzione di 10 posti nel Distretto Sud-Est, al fine di contenere, a fronte della diminuzione delle risorse assegnate, l'aumento dei costi dovuto all'incremento delle tariffe determinato dall'accreditamento, evitando di ridurre drasticamente i servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità. Nella stessa direzione, il Comitato di Distretto delle Valli Taro e Ceno nella seduta del 20.12.2012 ha determinato di procedere ad una diminuzione di 11 posti contrattualizzati a valere, sulla base del turn-over, dall'anno 2013.

Nel Distretto di Fidenza da tempo era iniziata un'opera di ridefinizione dell'assetto organizzativo e dell'offerta di servizi alla persona anche alla luce delle modifiche normative sia a livello nazionale che regionale. Tale lavoro ha comportato la rimodulazione dei criteri di priorità per l'accesso alla rete dei servizi, anche in considerazione della congiuntura economica sfavorevole e della conseguente riduzione di risorse messe a disposizione dagli enti e delle difficoltà delle famiglie. E' stato così possibile realizzare economie anche di scala, che di anno in anno, nonostante la riduzione del FRNA e del FNA, hanno consentito una programmazione in continuità con gli anni precedenti.

Il rapporto dei posti letto sulla popolazione ultrasessantacinquenne 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 32,3 per 1.000 abitanti presenti al 01.01.12. 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 47 Case/Residenze (43 Case Protette e 4 RSA) accreditate/convenzionate, distribuite in 32 Comuni con un indice di diffusione pari al 66%.

TABELLA 40 POSTI LETTO RESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2011			2012		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	773	23.952	32,3	773	24.297	31,8
Fidenza	397	12.290	32,3	397	12.338	32,2
Sud-Est	268	8.495	31,5	258	8.466	30,5
Valli T.e C.	251	6.874	36,5	251	6.953	36,1
AUSL	1.689	51.611	32,7	1.679	52.054	32,3

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/Residenze.

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.

Il Distretto di Parma, in cui sono presenti complessivamente 145 posti in Comunità Alloggio e Appartamenti Protetti tutti ubicati nel Comune di Parma, ha scelto di sostenere tali servizi esclusivamente con risorse comunali.

TABELLA 41 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2012

Distretti	Popolazione => 75 anni 01/01/2012	Progetti al 31.12.2012 con rimborso FRNA
Parma	24.297	-
Fidenza	12.338	10
Sud-Est	8.466	30
Valli Taro e Ceno	6.953	6
TOTALE	52.054	46

L'assistenza semiresidenziale

Analogamente a quanto osservato per i posti residenziali, dopo il significativo incremento dell'offerta realizzata con introduzione del FRNA, negli anni 2007 - 2010, a partire dall'anno 2011 si assiste ad una riduzione dei posti contrattualizzati.

Nel corso del 2012 sono stati ulteriormente diminuiti i posti nel Distretto di Fidenza per un totale di 5 unità, nel Distretto Sud-Est per un totale di 15 unità e nel Distretto Valli Taro e Ceno per un totale di 20. Il decremento che ha portato il parametro provinciale ad un livello inferiore alla percentuale del 1% sulla popolazione ultrasessantacinquenne, nei Distretti di Fidenza e Sud-Est è stato determinato dalla necessità di contenere l'aumento di spesa indotto dalle maggiori tariffe definite dall'accreditamento, a fronte di una diminuzione complessiva delle risorse assegnate. La rilevante riduzione dei posti, operata nel biennio, nel Distretto Valli Taro e Ceno, in realtà, è conseguente ad un ridotto utilizzo "storico" di tale servizio nel territorio montano;

pertanto i posti della programmazione 2012 rappresentano l'effettivo fabbisogno di tale servizio. Il Distretto di Parma ha scelto di assegnare il medesimo budget ai servizi semi residenziali a parità di posti contrattualizzati. Nella realtà provinciale sono presenti 38 Centri Diurni, distribuiti in 28 Comuni, con un indice di diffusione del 59%.

TABELLA 42 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

	2011			2012		
Distretti	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	236	23.952	9,9	236	23.952	9,7
Fidenza	137	12.290	11,1	132	12.290	10,7
Sud-Est	85	8.495	10	70	8.495	8,3
Valli T.e C.	52	6.874	7,5	32	6.874	4,6
AUSL	510	51.611	9,9	470	51.611	9,0

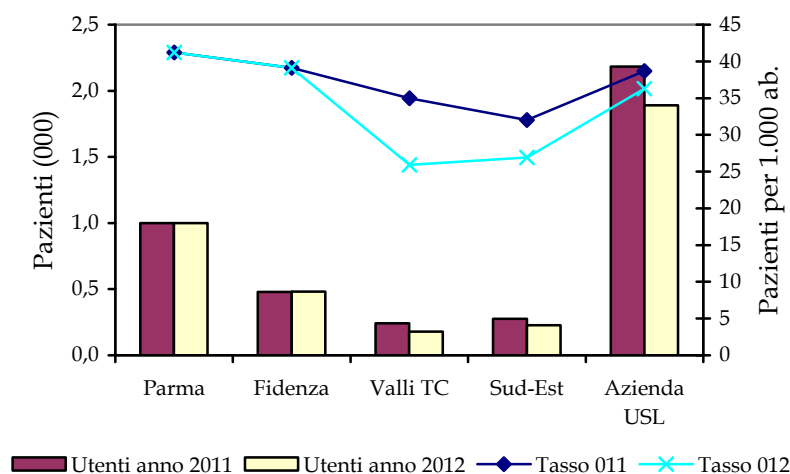
Il numero di posti semi-residenziali, si mantiene comunque superiore al valore medio regionale (6 per 1.000 ab.) ed è il risultato di una scelta di investimento in questa modalità di sostegno alla domiciliarità per persone non autosufficienti che risale agli anni '80 e che all'epoca risultava essere 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.

Al 31.12.2012, nel territorio provinciale, erano assistiti a domicilio, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, 1.890 anziani per un rapporto di 36,3 ogni 1.000 abitanti con età ≥ 75 anni. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un decremento degli utenti in carico al 31 dicembre, nei Distretti Sud-Est e Valli Taro e ad una sostanziale continuità negli altri due territori. In tutti i territori, tuttavia, il numero di ore di assistenza domiciliare rimborsate dal FRNA subisce una riduzione determinata dalla necessità di contenere l'aumento di spesa dovuto all'incremento delle tariffe introdotte dall'accreditamento. Il servizio opera in 46 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

FIGURA 26 – UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI – 2011–2012



Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2012 il numero di interventi di accoglienza temporanea nelle strutture protette, introdotto dal FRNA quale servizio a supporto della domiciliarità, subisce una riduzione nel Distretto Sud-Est e nel Distretto Valli Taro e Ceno, mentre è incrementato nei Distretti di Parma e Fidenza. Per il Distretto Sud-Est, che mantiene comunque un trend più elevato rispetto agli altri territori, la riduzione è dovuta all'aumento del rimborso a carico del FRNA a seguito dell'applicazione delle tariffe dell'accreditamento. Tuttavia diminuiscono in tutti i territori le giornate di ricovero erogate, ad eccezione del Distretto di Fidenza che aumenta nel 2012 le risorse assegnate a tale intervento, dopo aver operato un decremento negli anni precedenti. 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 43 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2011–2012

Distretto	2011	2012	Variaz. % 2012-2011
Parma	118	159	34,7
Fidenza	43	51	18,6
Sud Est	144	122	-15,28
Valli Taro e Ceno	58	7	-37,93
TOTALE	363	339	-6,06

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 organizza-

re 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 2012, in una continuità con il *trend* già evidenziatosi a partire dall'anno 2010, in tutti i Distretti, si è registrata ulteriore diminuzione dei destinatari di assegno di cura. Il decremento è meno accentuato nel Distretto di Fidenza che aveva operato la riduzione negli anni precedenti.

La diminuzione delle risorse complessive del FRNA assegnate nel 2012, 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 44 DESTINATARI DI ASSEGNO DI CURA 2011-2012

Distretto	2011	2012	Variaz. % 2012-2011
Parma	1.036	847	-18,2
Fidenza	396	359	-9,3
Sud Est	320	249	-22,2
Valli Taro e Ceno	145	78	-46,2
TOTALE	1.897	1.533	-19,2

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 15.000 €. L'intervento ha l'obiettivo di supportare le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

TABELLA 45 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2011 - 2012

Distretti	Persone 2011	Persone 2012	Var. % 2012-2011
Parma	382	306	-19,9
Fidenza	74	93	25,7
Sud-Est	139	116	-16,5
Valli T. e C.	50	14	-72,0
Azienda	654	529	-18,0

Nell'anno 2012, rispetto all'anno precedente, si è registrato un ulteriore decremento di tale intervento nei Distretti di Parma, Sud-Est e Valli Taro e Ceno, mentre nel Distretto di Fidenza 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 di vista economico. Il contributo economico complessivo, infatti, (assegno di cura e contributo integrativo) rappresenta un'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'adequazione degli interventi sia in ambito domiciliare che residenziale a favore dei pazienti con diagnosi di gravissima disabilità acquisita (Gra.D.A.).

In quest'ottica è stata ulteriormente rafforzata l'integrazione tra le Commissioni Gra.D.A. dei quattro Distretti di cui si compone l'Azienda U.S.L. al fine di garantire una sempre maggiore omogeneità ed equità nell'accesso della rete dei servizi.

Nel rispetto delle indicazioni regionali è stato ulteriormente implementato il flusso informativo dedicato GRAD da cui è possibile attingere i dati relativi ai pazienti 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.

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 2012 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 2012 la Regione ha riconosciuto alla Provincia di Parma per l'area delle gravissime disabilità acquisite la quota di Euro 1.735.567,00, determinata sulla base del numero dei casi censiti: tale importo non ha subito variazioni rispetto al 2011. La quota assegnata dalla C.T.S.S. anche nel 2012 non è stata però sufficiente a coprire il 45% della spesa per i ricoveri in strutture residenziali dei pazienti con grave disabilità acquisita da imputarsi al F.R.N.A. (percentuale indicata nella delibera di Giunta Regionale 1206/2007 Allegato 6).

La differenza, infatti, pari a Euro 100.962,47 è stata sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale all'interno della propria programmazione, il che significa che la percentuale a carico del F.S.R. non è stata del 55% bensì del 58,84%.

Pazienti in carico

Nel corso del 2012 sono stati seguiti complessivamente 147 pazienti, con un aumento rispetto al 2011 del 1,4% (+2 casi). La fascia di età maggiormente rappresentata è quella "55-64 anni" con il 25,2%, seguita dalla classe "45-54 anni" (19,7%) e "65-74 anni" (17,7%).

TABELLA 46 PAZIENTI IN CARICO PER TIPOLOGIA DI DEFICIT E PER DISTRETTO. ANNI 2011 – 2012

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						Totale Pazienti		Di cui con SLA	
	GRAVISSIMA CEREBROLESIONE		GRAVISSIMA MIELOLESIONE		PATOLOGIA NEUROLOGICA					
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti	
Tot. AUSL	71	65	16	16	58	66	145	147	20	26
Tot. RER	657	628	115	122	539	556	1.311	1.306	121	155

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad

Sia a livello aziendale che regionale dal 2011 al 2012 si è registrato un aumento delle patologie neurologiche. In entrambi gli ambiti territoriali nel biennio in questione si è registrato un aumento di pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica.

Assistenza residenziale

A livello aziendale il numero di pazienti ricoverati in strutture residenziali durante tutto il 2012 (49) si riduce del 12% circa rispetto a quello registrato nel 2011 (56).

Alla data del 31/12/2012 risultavano ancora ricoverati 38 pazienti, di cui 15 in strutture poste al di fuori del proprio distretto di residenza e 23 nel proprio distretto.

La tipologia di struttura, secondo la terminologia del flusso informativo regionale, dove si è registrato il maggior numero di ricoveri è “nucleo dedicato c/o casa protetta/RSA”.

TABELLA 47 INSERIMENTI RESIDENZIALI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA. ANNI 2011-2012

Distretto di presa in carico	Tipologia di Struttura Residenziale											
	Struttura residenziale dedicata		Nucleo dedicato c/o Casa Protetta/RSA		Nucleo dedicato c/o Centro Socio Riabilitativo Residenziale		Posto dedicato c/o Casa Protetta/R.S.A.		Posto dedicato c/o Centro Socio Riabilitativo Residenziale		Altra tipologia	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Parma	14	10	7	12	2	11	0	2	5	3	14	10
Fidenza	6	5	4	8	0	0	1	0	0	0	4	2
Valli Taro Ceno	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7
Sud-Est	2	2	1	2	0	0	0	0	1	3	2	2
Totale A.U.S.L.	23	19	12	22	2	11	1	2	6	6	26	21
Totale Regione	86	90	153	135	33	47	121	133	23	40	98	100

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD

In ambito aziendale, la tipologia più frequente di ricoveri è stato del tipo “residenziale a lungo termine” (64 ricoveri), nettamente inferiore è invece il numero di ricoveri di sollievo e/o con finalità educative di addestramento (17).

Per “altra tipologia” la Regione indica i ricoveri presso strutture sanitarie - ad esempio struttura ospedaliera o Hospice - in attesa di trasferimento presso strutture residenziali. [cfr. Circolare 23/2012 “Flusso informativo GRAD - Specifiche per la rilevazione - Anno 2013”]

Assegni di Cura

L'assegno di cura è finalizzato a facilitare la permanenza al proprio domicilio delle persone con gravissime disabilità acquisite. A livello aziendale nel corso del 2012 sono state complessivamente 63 le persone che hanno beneficiato degli assegni di cura con un incremento del 14% rispetto al 2011. Al 31/12/2012 erano attivi 57 assegni dei 63 riconosciuti nell'intero anno.

TABELLA 48 ASSEGNI DI CURA GRA.D.A. ANNI 2011- 2012

Distretto di presa in carico	Pazienti		Contratti attivi al 31/12	
	2011	2012	2011	2012
Parma	23	23	22	19
Fidenza	15	21	12	21
Valli Taro e Ceno	9	10	9	8
Sud-Est	8	9	7	9
Totale Azienda U.S.L.	55	63	50	57

Fonte: Azienda U.S.L. di Parma - Dipartimento Valutazione e Controllo - Servizio Controllo di Gestione

Con la D.G.R. 2068/2004 la Regione aveva fissato in Euro 23,00 giornalieri l'importo dell'assegno di cura ed un valore I.S.E.E. del nucleo familiare non superiore a Euro 34.000,00. Alla fine del 2012 con la D.G.R. 1848/2012 e successiva Determinazione 15894 del 14/12/2012 la Regione ha integrato la delibera 2068/2004 introducendo un livello più elevato dell'assegno di cura (pari a Euro 34,00 die) a favore delle persone che presentano bisogni di cura ed assistenza di particolare intensità, i cui criteri di eleggibilità sono indicati negli atti regionali. La Regione, con gli atti sopra indicati, ha approvato contestualmente la retroattività del beneficio economico a partire dal mese di novembre 2012 (lasciando invariato il valore I.S.E.E.). Nel bimestre novembre/dicembre 2012 sono state complessivamente 31 le persone che hanno beneficiato del contributo integrativo.

TABELLA 49 TOTALE PAZIENTI GRA.D.A. CON CONTRIBUTO AGGIUNTIVO ASSEGNI DI CURA. BIMESTRE NOVEMBRE/DICEMBRE 2012

Distretto	Persone che hanno beneficiato del contributo aggiuntivo dell'assegno di cura	Di cui con SLA
Parma	13	2
Fidenza	6	1
Valli Taro	3	0
Sud-Est	9	4
Totale	31	7

Fonte: Azienda U.S.L. di Parma – Direzione Attività Socio Sanitarie

Assistenza Domiciliare

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 50 PAZIENTI IN CARICO PER TIPO DI ASSISTENZA DOMICILIARE. ANNI 2011 – 2012

Distretto	Prestazioni Sociali e Sanitarie		Prestazioni solo Sociali		Prestazioni solo Sanitarie	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Parma	18	18	11	12	1	3
Fidenza	17	17	2	5	0	1
Valli Taro e Ceno	5	7	1	1	2	2
Sud-Est	4	5	0	0	4	4
AUSL	44	47	14	18	7	10

Fonte: Azienda U.S.L. di Parma, Dipartimento di Valutazione e Controllo, Servizio Controllo di Gestione.

I pazienti che usufruiscono di assistenza domiciliare nel 2012 sono stati 75 (12 unità in più rispetto al 2011). La tipologia di intervento prevalente è quella che rientra tra le “prestazioni sociali e sanitarie” con 47 utenti sul totale.

Area Disabili

Nel corso del 2012 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 la programmazione complessiva delle attività, nonché per la definizione delle modalità di gestione del F.R.N.A.;
- prosecuzione degli incontri con i referenti dell'area disabilità dell'Azienda U.S.L., degli Enti Locali e della Provincia di Parma con l'obiettivo di individuare metodologie e percorsi comuni nell'accesso ai servizi per i disabili;
- interazione con i soggetti gestori per definire modalità condivise volte al miglioramento dei servizi, con particolare attenzione ai progetti individualizzati;
- potenziamento del coordinamento dei Distretti, con la finalità di introdurre strumenti e tecniche di lavoro sempre più omogenee sul territorio aziendale;
- partecipazione attiva 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.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2012 la Regione ha riconosciuto all'Azienda U.S.L. di Parma nell'ambito del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) - area della disabilità (15-64 anni) - la quota di Euro 9.539.294,00 invariata rispetto al 2011.

Come per l'area delle gravissime disabilità acquisite, anche per il settore della disabilità nel corso del 2012 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 2011.

TABELLA 51 POSTI RESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.
2010	153	442.070	0,35	2.090	4.432.439	0,47
2011	153	445.283	0,34	2.262	4.459.246	0,51

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

I dati riportati in tabella indicano che nella provincia di Parma i posti nelle strutture residenziali sono rimasti invariati dal 2010 al 2011, mentre a livello regionale si è registrato un aumento dovuto ad una flessione positiva in alcuni ambiti aziendali.

TABELLA 52 POSTI SEMIRESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	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
2011	309	445.283	0.69	4.325	4.459.246	0.97

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

Situazione diversa si registra invece per quanto attiene i posti semiresidenziali: infatti dal 2010 al 2011 si è avuta una diminuzione di 5 posti, contro un aumento a livello regionale di 334 posti.

Dalla rilevazione dei dati effettuata dalla Regione, si può affermare che nel biennio 2010/2011 a fronte di un aumento dei posti residenziali e semiresidenziali per disabili a livello regionale, a livello aziendale si è registrata una variazione negativa nell'ambito della semiresidenzialità ed una condizione inalterata nel settore della residenzialità.

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).

TABELLA 53 BENEFICIARI ASSEGNI DI CURA. ANNI 2011 - 2012

Distretto	2011				2012			
	Beneficiari al 1/1	Nuovi beneficiari	Beneficiari cessati	Beneficiari al 31/12	Beneficiari al 1/1	Nuovi beneficiari	Beneficiari cessati	Beneficiari al 31/12
Parma	64	14	7	58	35	37	17	54
Fidenza	47	57	57	4	2	44	46	27
Valli Taro e Ceno	50	50	50	0	0	10	10	10
Sud-Est	16	35	17	34	3	22	11	22
TOTALE A.U.S.L.	177	156	131	96	40	113	84	113
TOTALE REGIONE	855	1.130	938	1.211	813	750	913	1.180

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna

La tabella evidenzia complessivamente una diminuzione del numero di nuovi beneficiari di assegni di cura dal 2011 al 2012, diminuzione che si registra in tutti i Distretti, ad eccezione di Parma.

L'andamento provinciale non si discosta peraltro da quello regionale che registra un saldo negativo nel numero dei nuovi beneficiari (Regione -380, AUSL -43).

Servizi aggiuntivi

L'attivazione del F.R.N.A. ha aiutato lo sviluppo di diversi servizi rivolti alla popolazione disabile di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, gestiti prevalentemente in ambito sociale con l'integrazione del settore sanitario laddove il progetto di vita e di cure della persona lo richiede.

La Regione, rispetto all'assegno di cura, ha definito servizi aggiuntivi nel seguente modo:

- assistenza domiciliare socio-educativa;
- assistenza domiciliare socio-assistenziale;

- trasporti;
- pasti;
- telesoccorso e teleassistenza;
- CAAD;
- prestazioni educative territoriali;
- centro diurno socio-riabilitativo;
- centro socio-occupazionale;
- accoglienza temporanea;
- assistente familiare.

TABELLA 54 BENEFICIARI ASSEGNI DI CURA CON SERVIZI AGGIUNTIVI. ANNI 2011 – 2012

Distretto	2011		2012	
	Beneficiari con servizi aggiuntivi	% sul totale dei beneficiari	Beneficiari con servizi aggiuntivi	% sul totale dei beneficiari
Parma	61	80,26	58	80,56
Fidenza	34	59,65	23	50
Valli Taro e Ceno	24	48	4	40
Sud-Est	21	60	19	76
TOTALE A.U.S.L.	140	64,22	104	67,97
TOTALE REGIONE	720	46,27	688	44,02

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna

Osservando i dati riportati in tabella, si evince che nel 2012 si è registrata una contrazione del numero di beneficiari di assegni di cura che usufruiscono anche di servizi aggiuntivi. Tale contrazione si è registrata sia a livello provinciale che regionale.

TABELLA 55 BENEFICIARI ASSEGNI DI CURA CON SERVIZI AGGIUNTIVI PER LIVELLO ASSISTENZIALE. ANNI 2011 – 2012

Distretto	Livello assistenziale	2011	2012
		Beneficiari con servizi aggiuntivi	Beneficiari con servizi aggiuntivi
Parma	Alto	32	7
	Medio	29	51
	TOTALE	61	58
Fidenza	Alto	0	0
	Medio	34	23
	TOTALE	34	23
Valli Taro e Ceno	Alto	0	0
	Medio	24	4
	TOTALE	24	4
Sud-Est	Alto	8	10
	Medio	13	9
	TOTALE	21	19
TOTALE A.U.S.L.	Alto	40	17
	Medio	100	87
	TOTALE	140	104
TOTALE REGIONE	Alto	308	264
	Medio	412	424
	TOTALE	720	688

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna

I dati forniti dalla Regione evidenziano che i beneficiari di assegni di cura con servizi aggiuntivi sono prevalentemente persone con media intensità assistenziale che percepiscono l'assegno di cura pari a Euro 10,33 al giorno.

Per quanto concerne il numero di contratti per contributi aggiuntivi per le assistenti familiari i Distretti che hanno registrato valori positivi sono stati Parma e Sud-Est, che hanno portato ad un saldo positivo di 11. Anche a livello regionale si è avuto un incremento del numero dei contratti (+9).

TABELLA 56 CONTRATTI PER CONTRIBUTI AGGIUNTIVI PER ASSISTENTI FAMILIARI. ANNI 2011-2012

Distretto	2011		2012	
	Contratti	Mesi	Contratti	Mesi
Parma	15	155	24	153
Fidenza	0	0	0	0
Valli Taro e Ceno	1	6	0	0
Sud-Est	4	21	7	33
TOTALE A.U.S.L.	20	182	31	186
TOTALE REGIONE	186	1.360	195	1.402

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna

In linea di massima, la contrazione nell'erogazione dei servizi a favore della popolazione disabile che si è registrata nel 2012 si è determinata in seguito alla distribuzione nei diversi ambiti distrettuali delle risorse finanziarie che hanno comportato una minore disponibilità economica e, conseguentemente, una minore possibilità di erogare servizi in numero pari o superiore a quanto concesso negli anni precedenti.

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 Psicogeriatría.

Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono diverse tipologie di risposte residenziali (come i 49 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.

Da segnalare, nel corso dell'anno, la chiusura della Residenza a Trattamento Intensivo di S.Polo e l'apertura del gruppo appartamento di Vigheffio, che si affianca alla Residenza a Trattamento Protratto presso la storica sede della Fattoria.

TABELLA 57 DETTAGLIO OFFERTA RESIDENZIALE

	Gestione diretta	In convenzione	Totale
Posti in Residenze sanitarie a trattamento intensivo	40	10	50
Posti in Residenze sanitarie a trattamento intensivo specialistico		16,5	16,5
Posti SPOI	31	8	39
Posti in Residenze Sanitarie a Trattamento Protratto	13	18	31
Posti in Residenze sanitarie a trattamento Socio Riabilitativo	16	20	36
Posti in Comunità e Gruppi Appartamento	12	82	94
Posti psicogeriatrici in Comunità alloggio		42	42
Totale	112	193,5	308,5

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

Dal punto di vista ambulatoriale si segnalano 2 posti di Day Service presso lo SPOI a direzione universitaria.

La rete delle cure palliative ADI e Hospice

Assistenza Domiciliare

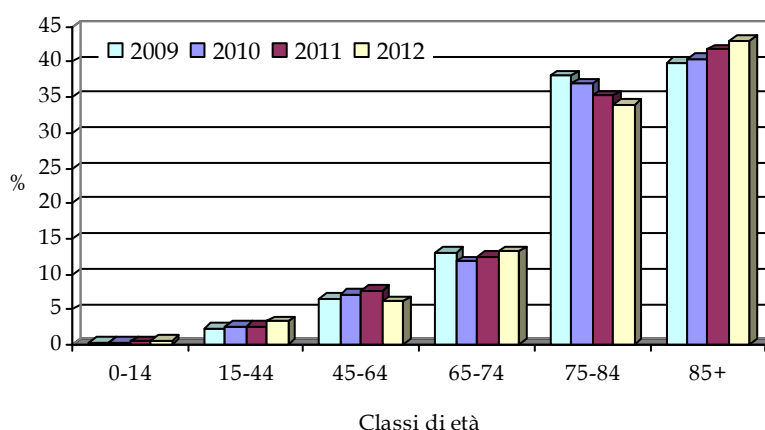
L'assistenza a domicilio è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. E' rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto 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 équipes 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 dà risposta tramite interventi socio-assistenziali che sono principalmente erogati dalle équipes 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 équipes 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 équipes domiciliari e pluriprofessionali che rappresentano il valore aggiunto del percorso assistenziale.

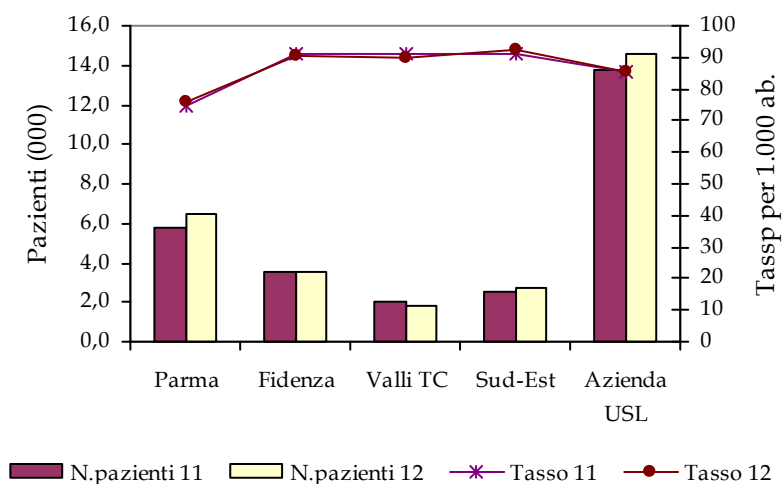
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2012 evidenzia che sono ormai stabili nella distribuzione per età i numeri di pazienti seguiti e che le variazioni registrate non sono significative di modifiche nelle strategie aziendali di gestione del servizio di assistenza domiciliare. Gli aumenti in valori 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 27 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA A. 2009-2012



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.

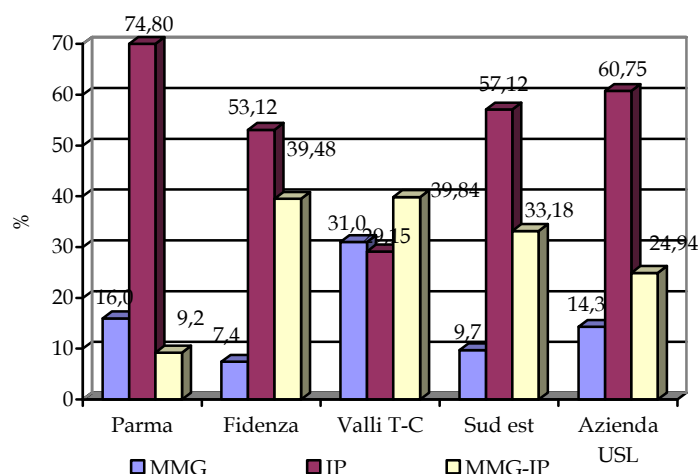
FIGURA 28 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2011-2012 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 85,6 per 1.000 residenti. Per quanto riguarda l'anno 2012, come per gli anni precedenti, non sono stati conteggiati ai fini della determinazione del tasso per 1000 ultrasessantacinquenni residenti, i soggetti assistiti esclusivamente dalle equipe territoriali degli enti locali - i cosiddetti pazienti in "carico con onere sanitario".

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

FIGURA 29 - ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - ANNO 2012



Il grafico 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.

Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2012, 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.

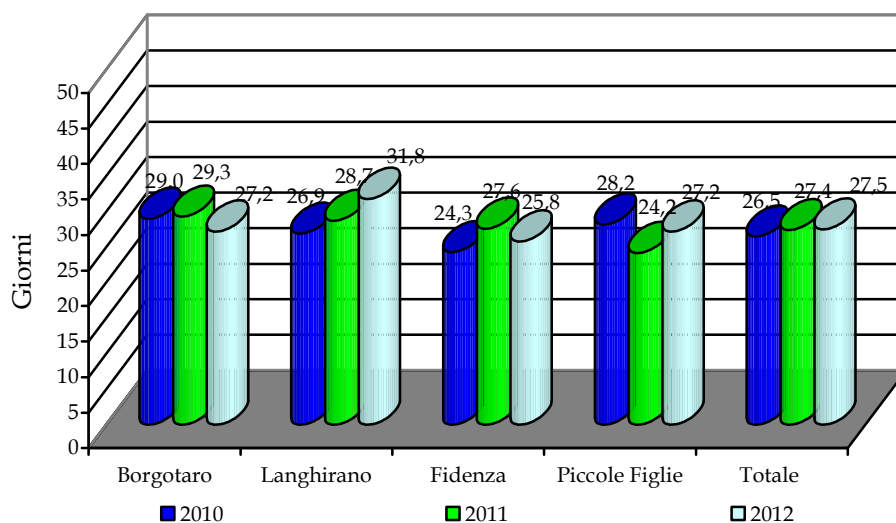
Come noto, gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e la scarsa invasività, in quanto la componente clinica è di minore intensità rispetto a quella assistenziale, caratterizzata da un'assistenza infermieristica di base continuativa. Questa ha reso possibile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

TABELLA 58 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	10	11	12	10	11	12	10	11	12
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	191	185	181	83	85	91	112	119	81
Giornate di degenza	4.650	5.111	4.669	2.408	2.488	2.479	3.011	3.418	2.639
	Parma			Totale					
	10	11	12	10	11	12			
Posti letto	8	8	16	41	41	49			
Pazienti	108	118	193	494	507	546			
Giornate di degenza	3.045	2.855	5.258	13.114	13.872	15.045			

I dati di attività manifestano un incremento significativo per quanto riguarda il numero assoluto di pazienti: occorre considerare che nel 2012 l'offerta di posti letto complessivi è aumentata di 8 unità.

FIGURA 30– HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA – A. 2010–2011–2012



Per quanto invece riguarda la degenza media questa risulta sovrapponibile al 2011.

Le patologie prevalenti sono quelle neoplastiche (85.2%) rappresentate soprattutto dalle neoplasie polmonari (25.3%), neoplasie di pancreas, fegato e vie biliari (16,9%), dalle neoplasie del colon-retto (8.4%), 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 mantenimento delle performance delle strutture per quanto riguarda la durata media della degenza, ma riduzione del tasso di occupazione verosimilmente legata alla redistribuzione dell'offerta territoriale dei posti letto, riorganizzazione medica degli hospice e maggiore risposta assistenziale domiciliare tramite coinvolgimento MMG.

FIGURA 31 – HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA – A. 2010–2011–2012

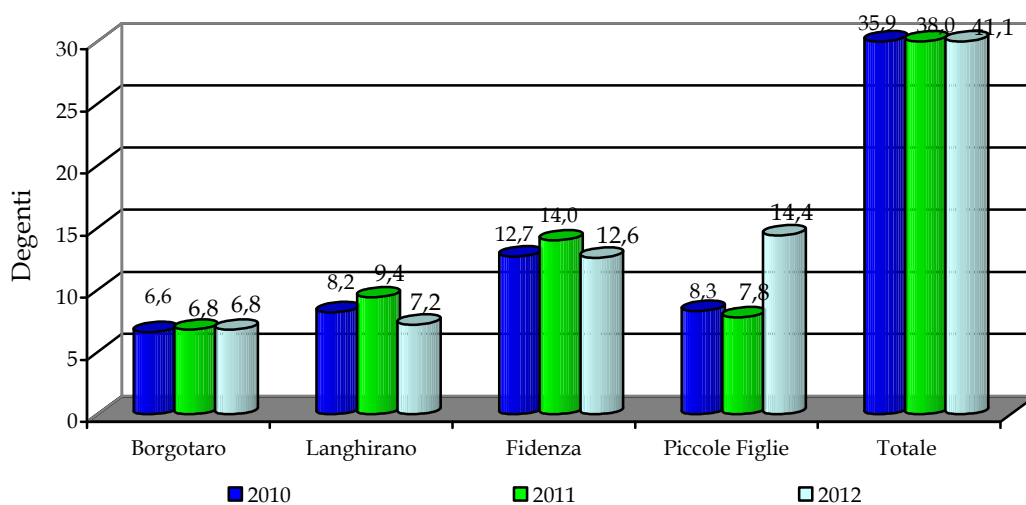
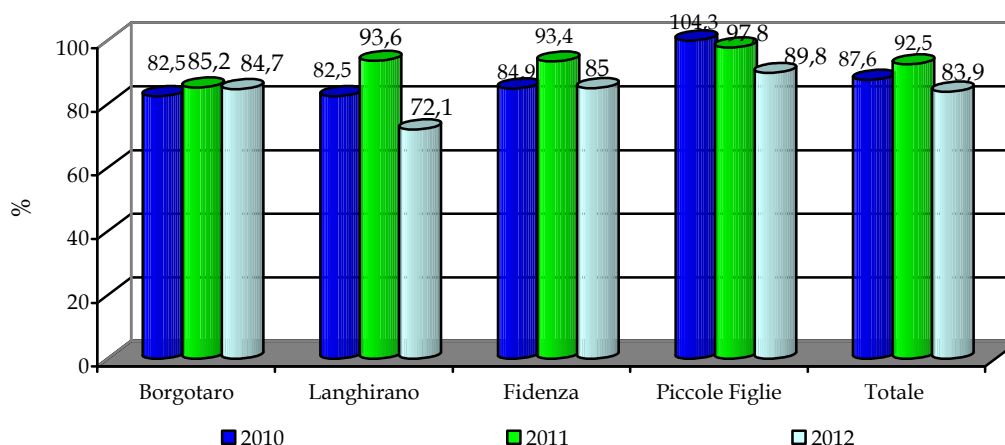


FIGURA 32 – HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE – A. 2010-2011-2012



Consultori familiari

I consultori familiari si occupano della tutela e promozione della salute della donna, della coppia, della famiglia sul piano sia dell'assistenza sanitaria, che sul fronte della prevenzione, adeguando la propria attività ai bisogni di salute della popolazione.

In quest'ottica, in ottemperanza alle indicazioni del Piano sociale e sanitario, si è proseguito nella collaborazione con gli Enti Locali, agenzie educative, associazioni di volontariato nella definizione di progetti integrati, in particolar modo rivolti al sostegno alla genitorialità e alla promozione del benessere giovanile.

Lo Spazio Giovani, consultorio per adolescenti, nel 2012 ha coinvolto oltre 6.000 ragazzi in interventi di promozione alla salute in ambito sia scolastico che extrascolastico.

L'attività clinica ha interessato 1.151 adolescenti di cui 205 appartenenti ad altre culture: sono state richieste consulenze per contraccezione nel 39%, visite ginecologiche nel 18%, visite in gravidanza nel 3%, applicazione della legge 194 nel 3%, disturbi legati all'alimentazione nel 2%, per consulenze psicologiche sui temi dell'affettività e dei rapporti con gli adulti /gruppo dei pari nel 35%.

Lo Spazio Giovani è anche un punto di accoglienza per i Servizi Aziendali rivolti alla fascia d'utenza giovanile: gli operatori accolgono i ragazzi e dopo una prima valutazione, forniscono informazioni e se necessario indirizzano/accompagnano al Servizio competente agevolandone l'accesso. Nel 2012 si sono rivolti all'accoglienza 458 ragazzi che per l'80% hanno trovato una risposta nello spazio Giovani, per il restante 20% sono stati inviati ad altri servizi.

L'utenza appartenente a paesi al di fuori della Comunità Europea rappresenta circa il 27% dell'utenza generale con punte del 31% nel Distretto di Fidenza ed un minimo di 22% nel Distretto Sud-Est. Le percentuali sono decisamente più alte se si prende in considerazione l'area gravidanza dove le utenti straniere rappresentano il 61% con una forbice che va dal 63% del Distretto di Parma al 59% di quello della Valtaro. La necessità di dare risposte adeguate a bisogni spesso complessi ha dato un nuovo impulso al servizio di mediazione culturale, notevolmente ampliato, per sostenere l'attività assistenziale non solo sul piano linguistico/comunicativo, ma soprattutto su quello della mediazione culturale ed organizzativo. E' stato comunque mantenuto uno spazio di libero accesso con disponibilità del servizio di mediazione culturale presso il consultorio familiare Lubiana per consentire risposte tempestive con un orientamento verso i servizi territoriali per le utenti di più recente immigrazione.

Percorso nascita

E' proseguita l'attività dei consultori per dare piena attuazione al DGR 533/08 volta a garantire livelli di assistenza omogenei ed adeguati per livelli di rischio in gravidanza, ad offrire sostegno alla genitorialità con gli interventi di preparazione alla nascita e gli incontri con i neogenitori in collaborazione con il Centro per le famiglie del Comune di Parma, sostegno in puerperio e all'allattamento.

Si è confermata l'attuazione, in tutti i distretti, del progetto Dimissione Appropriata volta a garantire la continuità assistenziale alle puerpere ed al neonato al loro rientro a casa dopo la nascita in un'ottica di forte progettualità integrata con i Pediatri di Libera Scelta, l'Azienda Ospedaliera, le associazioni di volontariato del settore.

E' proseguito il progetto "Parto a domicilio".

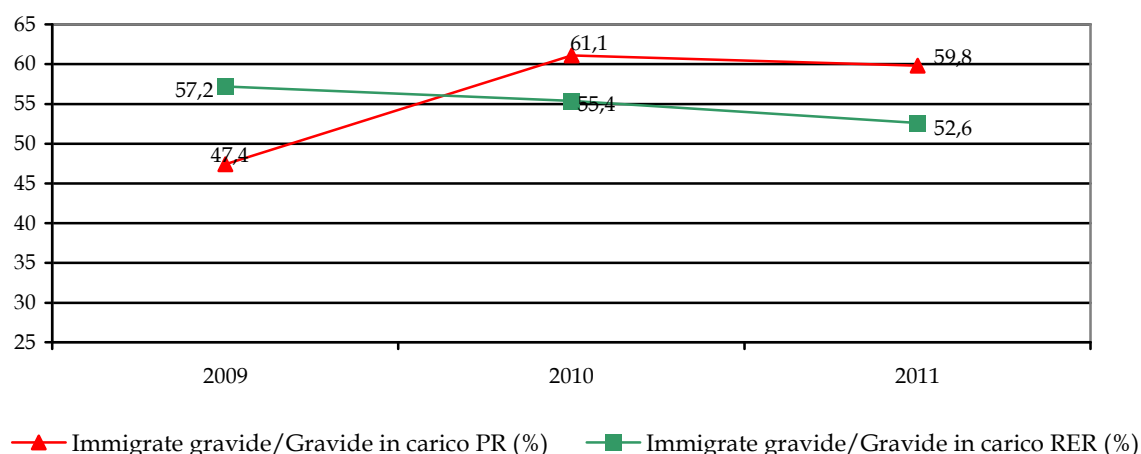
L'assistenza alla gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica è ormai attiva in tutti i distretti consentendo alla madre/alla coppia, attraverso la conferma/promozione delle competenze genitoriali, di operare scelte adeguate ai propri modelli culturali e valoriali.

L'attività ginecologica si articola in attività di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori femminili e di specialistica ginecologica.

I tempi di attesa sono in linea con gli obiettivi aziendali: sono di 15 giorni per la presa in carico delle gravidanze e di 7 giorni per l'IVG.

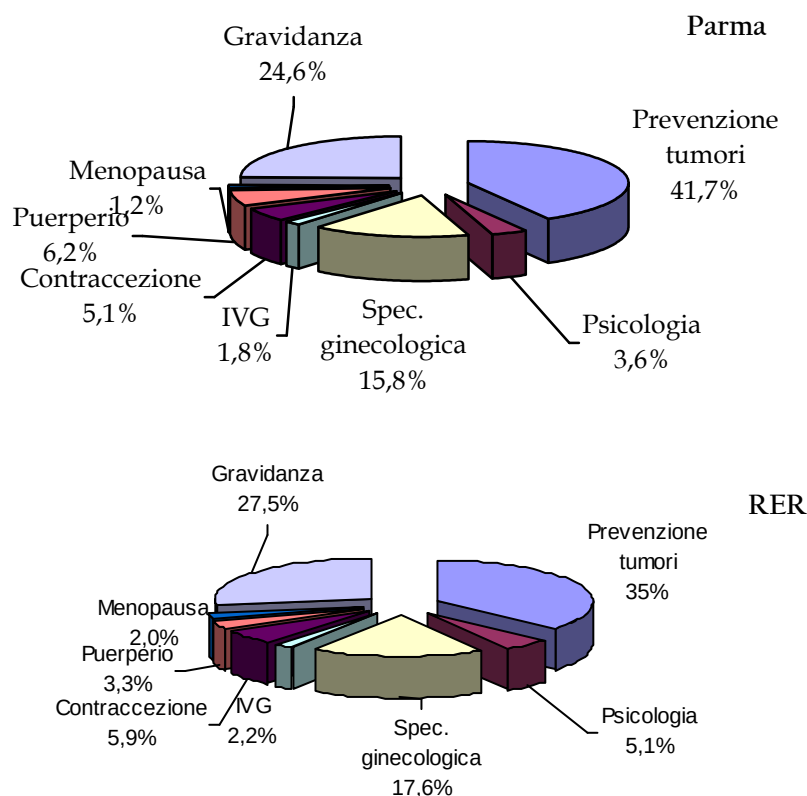
In relazione alle prestazioni di assistenza alla gravidanza nel 2011 sono complessivamente 1.762 le donne gravide seguite dai consultori familiari: la percentuale di donne gravide proveniente da paesi al di fuori della Comunità Europea è il 59,8% del totale.

FIGURA 33- PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE IMMIGRATE IN CARICO AI CONSULTORI FAMILIARI



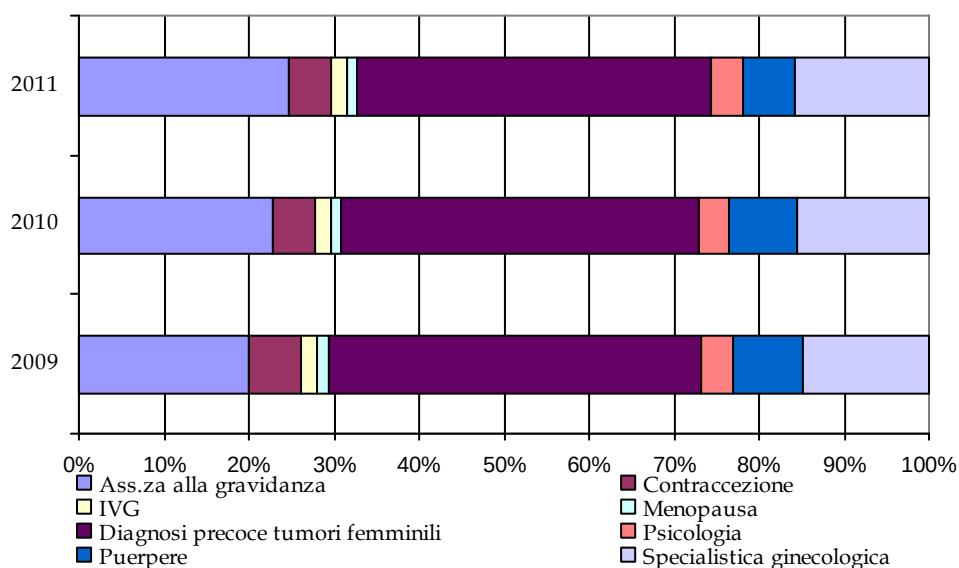
L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2011, a Parma, il 41,7% delle attività consultoriali riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili, il 15,8% attività ginecologica, il 24,6% alla gravidanza, il 6,2% al puerperio, il 5,1% alla contraccezione, il 3,6% all'attività psicologica, l'1,2% alla menopausa e all'interruzione volontaria di gravidanza l' 1,8%.

FIGURA 34 – ATTIVITÀ CONSULTORIALE – AUSL PARMA E RER – ANNO 2011



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 leggermente inferiori nel contesto di Parma.

FIGURA 35 – DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI – A. 2009-2011



Infanzia e Adolescenza

TABELLA 59 ISTRUTTORIE PER LE ADOZIONI – 2011

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Adozioni nazionali	6	6	3	1	16
Adozioni internazionali	1	1	2	1	5
Entrambe le adozioni	21	7	2	3	33
Ex art. 44 adozione nominale	3	1	0	0	4
TOTALE	31	15	7	5	58

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Negli ultimi sei anni (2005 – 2011) quasi 530 coppie si sono rivolte ai Servizi Adozioni della provincia di Parma per richiedere informazioni, con un andamento altalenante (cali e riprese) riscontratosi negli ultimi 3 anni.

Lo scarto tra il numero delle richieste di informazioni e le istruttorie avviate è minimo e da attribuirsi sostanzialmente alla decisione delle coppie di non proseguire il percorso adottivo; in qualche caso al passaggio da dicembre di un anno a gennaio di quello successivo.

I dati riferiti alle istruttorie avviate evidenziano un calo progressivo dal 2005 al 2009, per un improvviso aumento nel corso del 2010 e di nuovo un calo nel 2011.

Per quanto riguarda la tipologia di richieste adottive nel corso del 2011, rispecchiando il trend degli anni precedenti, la maggior parte delle coppie (più della metà del totale) 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 nazionale in particolare, i dati delle effettive adozioni realizzate nel 2011 risultano non rispondenti alle tipologie di istruttorie perseguite e le adozioni internazionali rappresentano ben il 90% del totale delle adozioni realizzate, delineando un ulteriore aumento rispetto agli anni precedenti.

TABELLA 60 – ADOZIONI – 2011

ADOZIONI	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Abbinamenti adozione nazionale iniziati	1	0	1	0	2
Abbinamenti adozione internazionale iniziati	6	6	5	1	18
Abbinamenti complessivi	7	6	6	1	20

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Nel 2011 le adozioni effettuate in provincia sono state 20 (8 in meno rispetto al 2010), il 35% delle quali realizzate nel Distretto di Parma, seguito da Fidenza e Sud Est (entrambi al 30%), quindi Valli Taro e Ceno (n. 1 sola adozione).

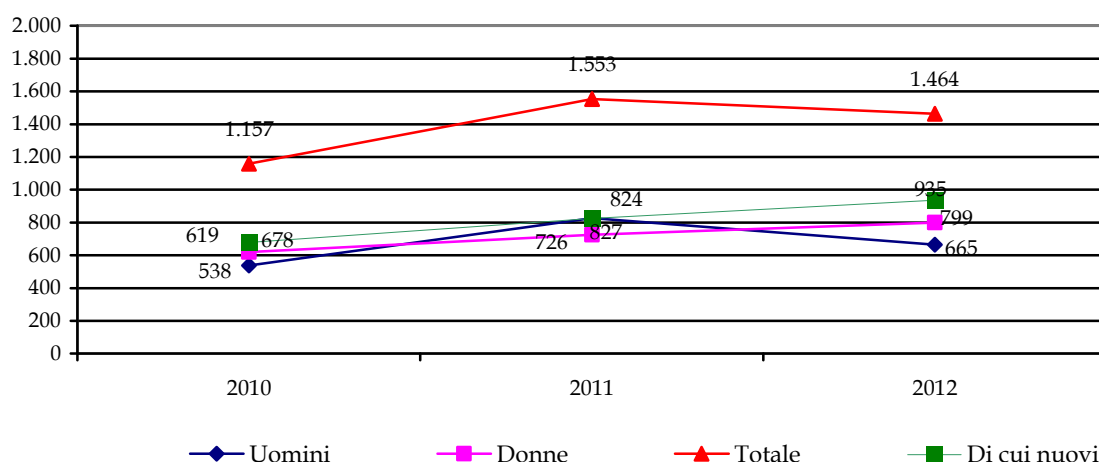
In linea con gli anni precedenti nel 2011 si riscontra una bassa fascia di età dei bambini adottati nel territorio, in particolare nell'adozione nazionale, mentre nell'adozione internazionale la prevalenza si attesta nella fascia 6-10 anni, seguita dalla fascia 3-5 anni.

I Paesi di provenienza risultano afferenti in netta prevalenza all'area dell'Est Europa (44,5%), diminuiscono lievemente le adozioni dal Sud America (33,5%), rimangono stazionarie quelle dall'Asia (11%) che coincidono con quelle provenienti dall'Africa.

Spazio immigrati

Rispetto all'anno 2011, vi è un lieve calo dell'utenza prevalentemente dovuto all'attenuazione del flusso legato all'emergenza Nord-Africa (1.464 soggetti contro i 1.553 del 2011). Dall'osservazione del grafico sottostante si evince che, pur nel calo dell'utenza generale, continua ad aumentare la presenza di nuovi utenti (935 soggetti rispetto agli 824 del 2011). Questo aumento è a carico principalmente della componente femminile (i nuovi utenti di sesso maschile sono in calo).

FIGURA 36 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA – 2010-2012

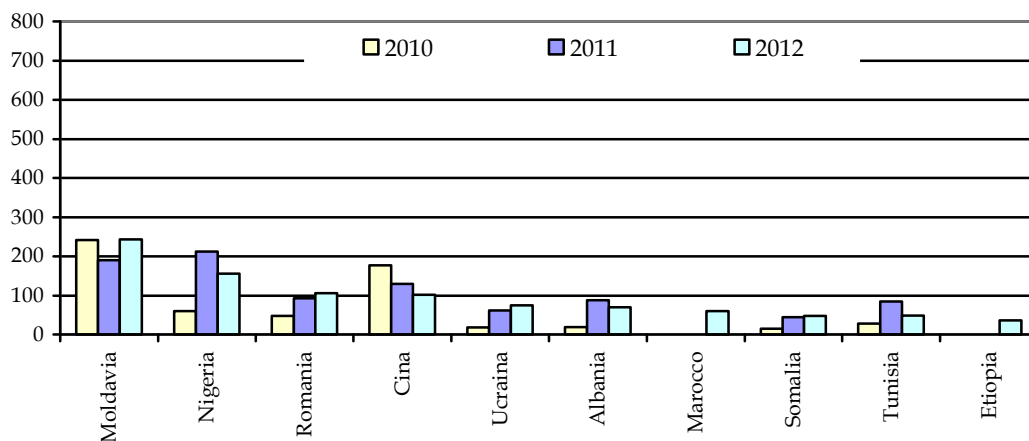


I soggetti in carico per nazionalità

Considerando i dieci gruppi di nazionalità maggiormente rappresentati, continuano ad essere numericamente rappresentativi i cittadini Moldavi, Nigeriani, Rumeni, Cinesi, Ucraini, Albanesi, Marocchini, Somali, Tunisini ed etiopi.

Si intravede un aumento significativo di utenti non presenti nella casistica degli anni precedenti, ovvero utenti del marocco e dell'etiopia.

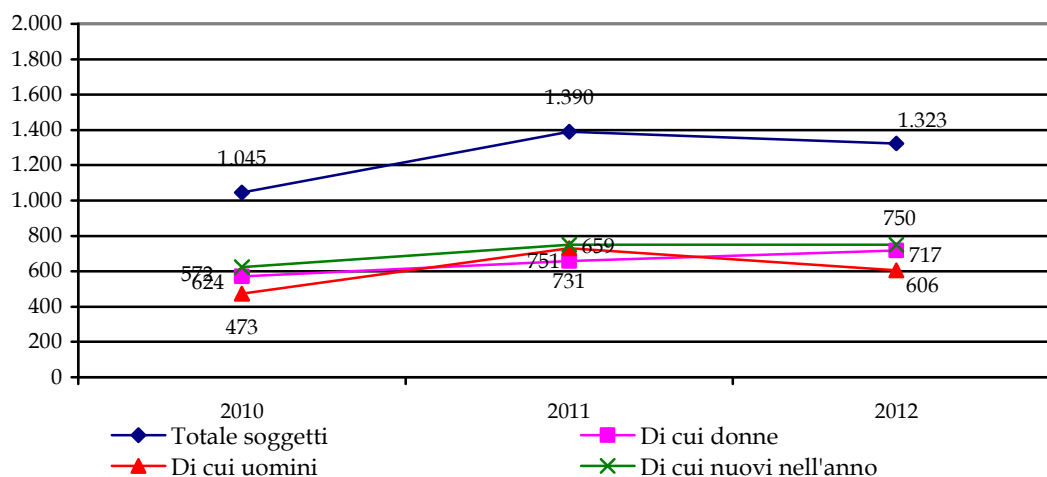
FIGURA 37- SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ – 2010-2012



I soggetti in carico e le prestazioni nelle aree di attività

L'area di Medicina generale evidenzia un lieve calo di utenza rispetto all' anno precedente (- 67 unità); questo calo è più evidente nell'utenza maschile. Continua l'aumento degli accessi relativo a prestazioni infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria, somministrazione della terapia...) o psicologiche.

FIGURA 38- SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE - A. 2010-2012



Il servizio spazio immigrati viene utilizzato sempre più per attività di sostegno psicologico (counselling, psicoterapia breve, colloqui motivazionali) con un incremento di utenza rispetto al 2011 di 7 soggetti (48 soggetti rispetto ai 41 del 2011). Sempre più spesso lo psicologo viene coinvolto nella presa in carico di rifugiati vittime di tortura (22 dei 31 nuovi soggetti presi in carico dal servizio di psicologia erano vittime di tortura).

Pediatria

Rispetto all'anno 2011, l'area pediatrica ha evidenziato un calo complessivo dell'utenza in carico sia come utenti totali che come nuovi utenti; nel 2012 sono stati osservati 205 pazienti di età pediatrica (132 nuovi utenti) mentre nel 2011 erano 244 utenti totali. La gran parte dell'utenza è rappresentata da soggetti di età superiore ai 14 anni e sembra sia legato a fenomeni di ricongiungimento 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 39 – SOGGETTI IN CARICO NELL'AREA PEDIATRICA – 2010/2012

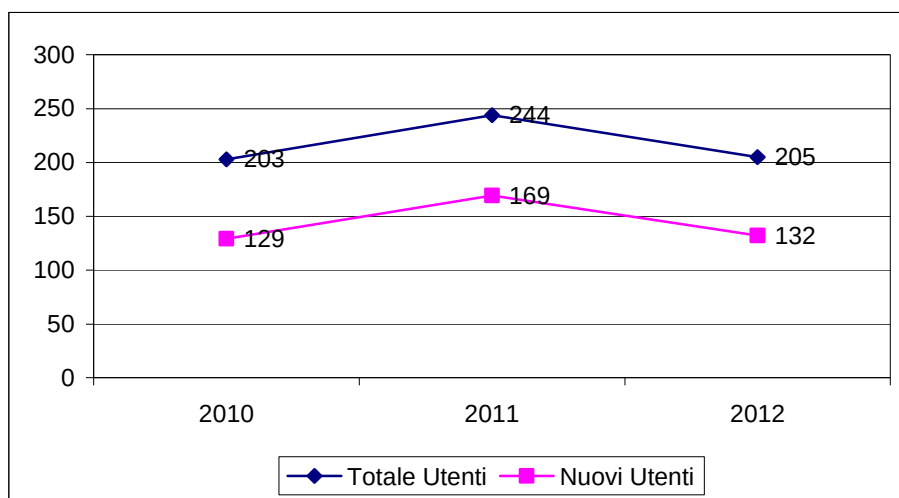
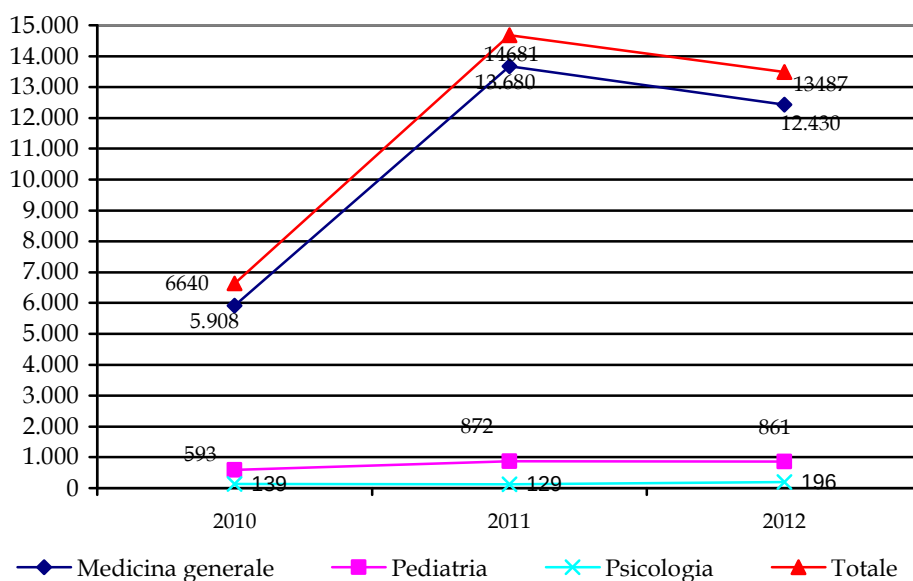


FIGURA 40 – PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ – 2010/2012



Rispetto all'anno precedente, il calo delle prestazioni è in linea con il calo dell'utenza totale, ed è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza infermieristica, al venire meno 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 ansioso-depressive e malattie psicosomatiche), patologie osteoarticolari, malattie da povertà (scabbia, denutrizione), alcune malattie infettive, qualche patologia infettiva da importazione (Malaria, Schistosomiasi, parassitosi intestinali) ed a patologie traumatiche (specialmente da infortuni sul lavoro).

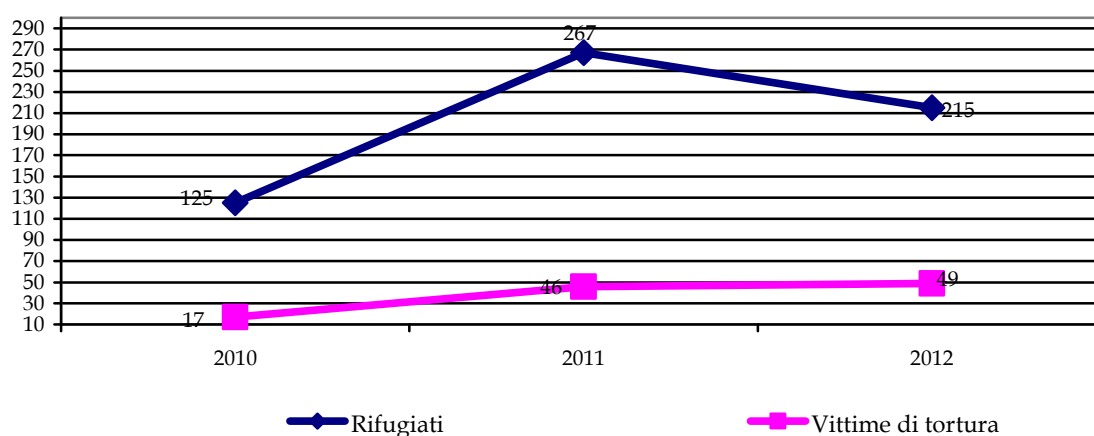
Continua l'aumento degli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria, somministrazione della terapia ...) o psicologiche.

Assistenza ai migranti forzati, rifugiati e vittime di tortura

Negli ultimi anni è notevolmente cresciuto il numero di cittadini stranieri ospitati nella nostra provincia e che presentano in Italia domanda d'asilo politico. Per rispondere al bisogno di salute di tali utenti, è attivo un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di varie discipline al fine di un'adeguata ed integrata 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.

Come se evince dal grafico nel 2012, presso lo spazio salute immigrati, sono stati osservati 215 rifugiati (in calo rispetto all'anno precedente) di cui 49 vittime di violenza estrema (24 dei soggetti vittime di tortura osservati nel nostro ambulatorio dedicato, ci giungevano da altre province della regione).

FIGURA 41 – SOGGETTI ADULTI RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA 2010-2012



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 32 del 2012.

Dal Dicembre 2010, presso lo Spazio salute Immigrati ed in accordo con la Commissione di accertamento e valutazione degli stati di disabilità del Distretto di Parma, si effettuano visite e certificazioni 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 2012 sono stati rilasciati 64 Certificazioni per esenzione di test linguistici (per patologie o per età).

Anche nel 2012, 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. Nell'anno 2012 sono stati seguiti 24 soggetti (erano 14 nel 2011), tutti di sesso maschile, per una continuità terapeutica intrapresa in carcere.

Tutto ciò sta ad indicare che la dinamicità del processo migratorio, il profilo sanitario spesso mutevole degli utenti e le implicazioni sociali della migrazione, richiedono servizi dinamici ed in continuo riorganizzazione con alti livelli di integrazione socio sanitaria territoriale, in grado di fornire assistenza ed orientamento, percorsi di educazione e programmi di sorveglianza, di screening e di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), con l'obiettivo di aumentare la compliance, prevenire l'uso inadeguato della terapia e le complicanze delle patologie e migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi aziendali da parte dell'utenza immigrata (oltre il 13% della popolazione provinciale).

In effetti, il quadro sintetico dell'attività dello Spazio Immigrati evidenzia come questo Servizio dedicato, svolga una funzione significativa nelle intercettazioni dei casi di maggiore vulnerabilità nonché nell'orientamento e tutela della salute di una fascia di popolazione esposta a maggiori fattori di rischio (con-

dizione giuridica, condizione abitativa e socio economica, ecc.), con esigenze sempre più complesse legate anche alle difficoltà di utilizzo dei servizi e alle opportunità di cura e di prevenzione nella loro diversa articolazione.

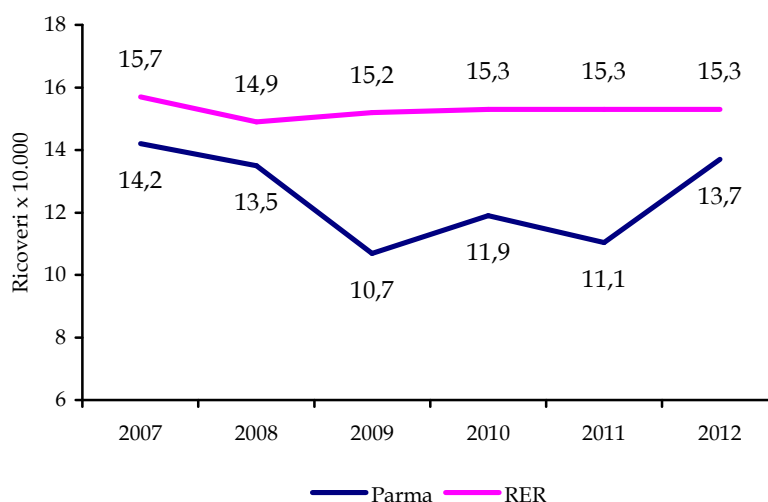
Salute Mentale

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.

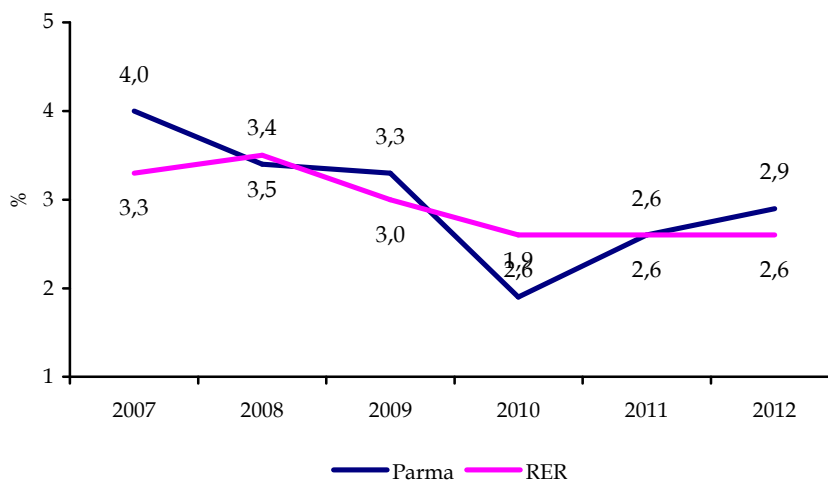
L'offerta sanitaria del Dipartimento si esplica, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, nonché attraverso il Programma per le Dipendenze Patologiche e la Psichiatria Universitaria, assicurando quell'integrazione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

FIGURA 42 – SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. – ANNI 2007-2012



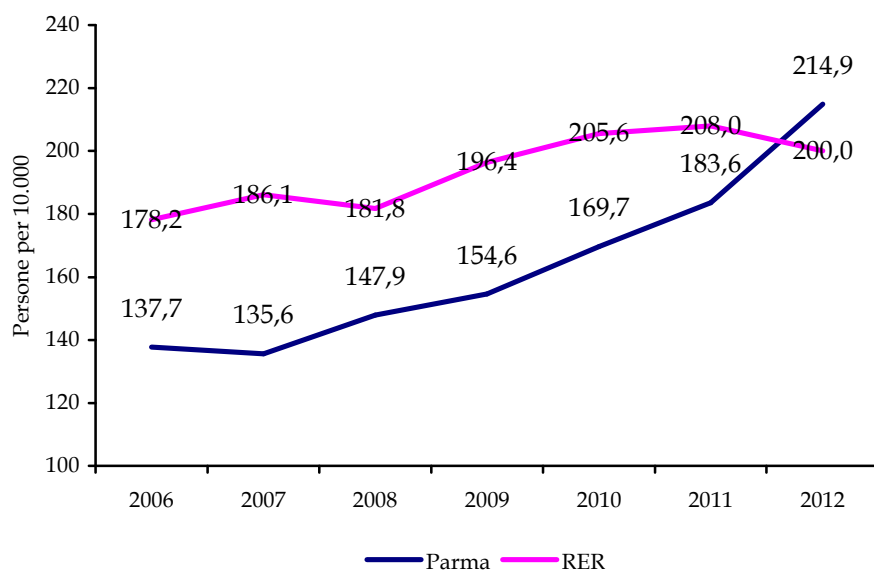
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conferma un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno spostamento verso il basso, discostandosi dal dato medio regionale. La riduzione significativa rilevata in questi anni, deve però essere contestualizzata con il contemporaneo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

FIGURA 43 – TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ANNI 2007–2012



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata a 10.000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2012 si mostra in aderenza con le medie regionali.

FIGURA 44 – CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – ANNI 2006–2012



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2012 ha trattato 8.086 persone con una percentuale di 214,9 per 10.000 abitanti, al di sopra dello standard Regionale (riferito alla popolazione target che, in Provincia di Parma è di 376,140). Di seguito il dato relativo agli utenti trattati a livello ambulatoriale declinato per distretto di appartenenza.

Il dettaglio dei pazienti seguiti dagli Ambulatori della Clinica Psichiatrica a Direzione Universitaria viene inteso come parte delle attività territoriali dell'offerta del DAISM DP.

TABELLA 61 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2010	Utenti 2011	Utenti 2012
Distretto Parma	2.648	2.774	3.055
Distretto Fidenza	1.414	1.468	1.693
Distretto Sud Est	1.162	1.097	1.244
Distretto Valli Taro e Ceno	797	777	840
Attività ambulatoriali SPOI a direzione universitaria	461	510	987
Extradistrettuali	255	243	267
TOTALE	6.737	6.869	8.086

Per i dati di attività del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a direzione Universitaria, si rimanda alla specifica **Sezione 7** di questo documento dedicata agli obiettivi di particolare rilevanza istituzionale relativa all'inaugurazione e inizio attività del nuovo polo psichiatrico dell'AUSL di Parma, il Padiglione Braga.

Collaborazione con i Medici di Medicina Generale (Programma Leggieri)

Proseguono le attività di collaborazione con i Medici di Medicina generale. Di seguito i dettagli relativi ai casi seguiti dai Centri di Salute Mentale, dettagliati per Distretto.

Distretto	Consulenze	Prese in carico condivise
Parma	888	265
Fidenza	447	134
Sud Est	388	145
Valli Taro e Ceno	266	93
Prog. Leggieri SPOI	525	462
Totale	1.989	633

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 cit-

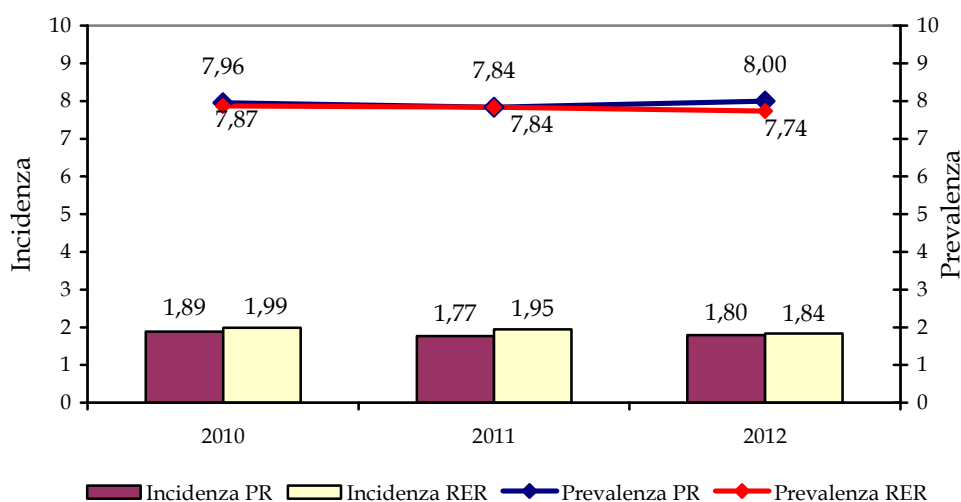
tadini portatori di bisogno ai programmi ed ai servizi di prevenzione del consumo/abuso di sostanze legali ed illegali, di cura e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza, di riduzione del danno da consumo/abuso di sostanze” (DGR 698/2008), come ribadito dalla recente DGR 999/2011. Tale obiettivo è perseguito attraverso i servizi socio-sanitari distrettuali e sovra-distrettuali presenti nel territorio di Parma e provincia, ai 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 Medico 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 diversificate (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, oltre che l'attuazione e il monitoraggio dei progetti regionali.

Nel corso del 2012 i Ser.T. di Parma e provincia hanno registrato complessivamente un lieve aumento della prevalenza e dell'incidenza dell'utenza alcol dipendente 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 denotare, in generale, una certa stabilità dei fenomeni qui esposti. Il tasso di prevalenza degli utenti in carico, complessivamente per le tipologie di area problematica droghe e/o farmaci, alcol e gioco d'azzardo, nel 2012 (8,00/1.000) presenta valori di poco più elevati rispetto al dato medio regionale, mentre il tasso d'incidenza mantiene nel 2012 (1,80/1.000) un punteggio di poco inferiore alla media regionale.

FIGURA 45 – UTENZA CON AREA PROBLEMATIC A DROGHE E/O FARMACI, ALCOL, GIOCO D'AZZARDO: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI – ANNI 2010–2011–2012



Fonte: flusso regionale SIDER

* Il conteggio dell'utenza comprende l'utenza totale, a prescindere dal tipo di rapporto con il servizio.

** I tassi di incidenza e prevalenza sono standardizzati per età, tranne i casi incidenti e prevalenti della Regione E.R. riferiti all'anno 2012, per i quali è riportato il tasso grezzo.

Dalla distribuzione dell'utenza in carico ai quattro Distretti emerge che il 66,7% 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" (8,4%).

TABELLA 62 – UTENTI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO – ANNO 2012

Distretto socio sanitario	Già conosciuto		Nuovo		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	701	67,4	87	61,3	788	66,7
Fidenza	141	13,6	22	15,5	163	13,8
Valli Taro e Ceno	89	8,6	10	7	99	8,4
Sud Est	109	10,5	23	16,2	132	11,2
Totale	1.040	100,0	142	100,0	1.182	100,0

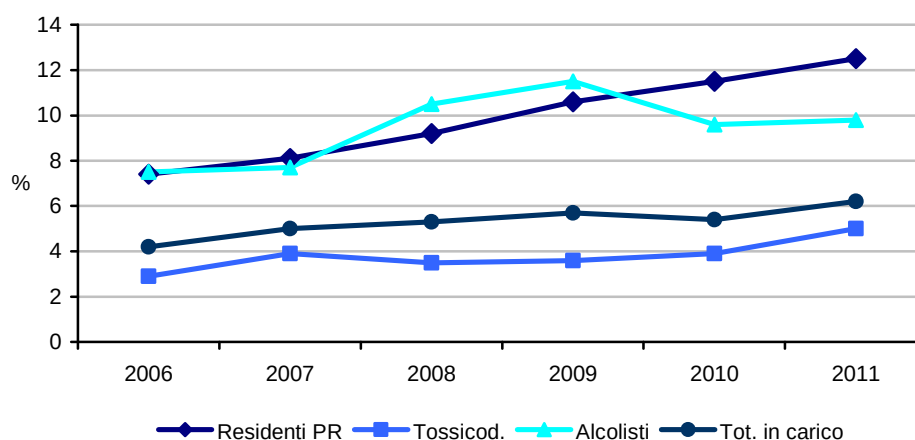
Per quanto concerne l'utenza in carico ai servizi nell'area problematica "Alcol", le differenze distrettuali mostrano un più alto numero di utenti che si rivolgono al Ser.T. capoluogo di provincia (55,1%), dotato di una équipe dedicata, e una distribuzione pressoché simile negli altri distretti socio sanitari in termini assoluti, sebbene nel Distretto Valli Taro e Ceno si rilevi, in rapporto alla popolazione residente, un numero maggiore di assistiti per problematiche d'abuso/dipendenza da alcol.

TABELLA 63 – UTENTI ALCOLDIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO – ANNO 2012

Distretto socio sanitario	Già conosciuti		Nuovi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	182	54,3	63	57,3	245	55,1
Fidenza	54	16,1	22	20,0	76	17,1
Valli Taro e Ceno	56	16,7	11	10,0	67	15,1
Sud Est	43	12,8	14	12,7	57	12,8
Totale	335	100,0	110	100,0	445	100,0

Dall'analisi della popolazione straniera residente sul territorio provinciale in rapporto alla popolazione straniera acceduta ai Ser.T emerge un andamento di crescita parallela. In particolare si evidenzia una numerosità elevata di utenza straniera con problematiche di abuso o dipendenza da alcol, che in alcuni anni supera la percentuale di residenti stranieri nella popolazione generale. È da tenere presente che i dati relativi all'utenza in carico sono relativi a stranieri sia residenti, che non residenti e "irregolari". I dati in possesso sono aggiornati all'anno 2011.

FIGURA 46 – UTENTI STRANIERI IN CARICO PER AREA PROBLEMATICATA – A. 2006–2011



Legenda grafico:

Residenti PR: Percentuale di stranieri sulla popolazione residente

Tossicodipendenti: Percentuale di stranieri tossicodipendenti sugli utenti tossicodipendenti in carico

Alcolisti: Percentuale di stranieri alcolisti sugli utenti alcolisti in carico

Totale in carico: Percentuale di utenti stranieri sul totale degli utenti in carico

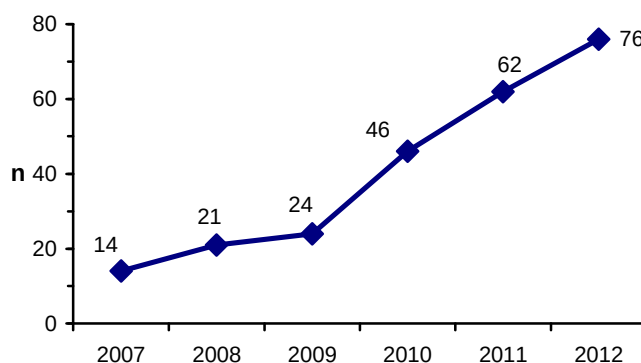
All'interno della Casa Circondariale di Parma, che conta circa 600 detenuti, opera il Nucleo Assistenza e Riabilitazione Tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari (NART). Nell'anno 2012 il NART ha avuto in trattamento 230 persone, di cui 111 nuovi utenti, prevalentemente riconducibili all'area problematica "droghe e/o farmaci" (91,3%).

TABELLA 64 – UTENTI NART PER CITTADINANZA E AREA PROBLEMATICATA – ANNO 2012

Cittadinanza	Tipologia utente		Totale	%
	Già conosciuti	Nuovi		
Droghe e/o farmaci	111	99	210	91,3
Alcol	8	12	20	8,7
Totale	119	111	230	100

È ormai consolidato il dato che all'interno dei Servizi per le Dipendenze sia emersa 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 sia ancora esiguo (nel 2012 rappresentava 4,5% dell'utenza in carico ai Servizi per le Dipendenze) è indubbia la conferma di un *trend* di crescita. È ancora difficile, dai dati epidemiologici 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 47 – UTENTI IN CARICO PER GIOCO D'AZZARDO – A. 2007–2012



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.

Nel percorso di sviluppo del miglioramento delle attività nel 2012 si è completata la installazione della trasmissione di immagini diagnostiche radiologiche, la cui lettura e refertazione è ora attuata a cura del Dipartimento di Radiodiagnostica dell'Ospedale di Vaio.

Si è installata ed è operativa la diagnostica Enzimi cardiaci, per monitoraggio interno del dolore toracico.

Si è ultimata la fase di elaborazione della nuova cartella elettronica (Sistema Informativo Sanitario Penitenziario – SISP) ed è imminente la traduzione in operatività informatica.

Si conferma la necessità di una riorganizzazione complessiva dell'attività di medicina generale, al fine di aumentare l'efficacia e l'appropriatezza 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, prosegue il 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).

Alle azioni già avviate nel 2012 si sono aggiunti i percorsi formativi per Operatore Socio-sanitario, ai quali partecipano persone detenute nelle diverse Sezioni, che saranno dedicate alla assistenza a pazienti detenuti, con autonomia ridotta.

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 2012 sono stati rilasciati 150 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 2011 si evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dalle due Aziende Sanitarie, n°32480 nel 2012 mentre nel 2011 erano n°30662. Si è osservato, in particolare, un incremento di attività relativamente alle prime visite (+18,6%), alle prestazioni a favore di assistiti in condizioni di vulnerabilità sociale ISEE 1 (22,2%) e assistiti in condizioni di vulnerabilità sanitaria (+10,3%).

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2012 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

TABELLA 65 VOLUMI DI ATTIVITÀ EROGATA NELL'ANNO 2012 (FONTE BANCA DATI ASA)

Tipologia di Cure	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	3.764	753	276	1419	853	7.065
Ortodonzia	210	126	n.e	12	123	471
Protesica	807	345	118	419	26	1715
Solo visite	5.358	1.938	589	1397	6.923	16.205
TOTALE	10.139	3.162	983	3.247	7.925	25.456
Solo urgenze	1328	114	2	31	2.583	4.058
Altre prestazioni programma	472	360	124	469	1.541	2.966
TOTALE COMPLESSIVO	11.939	3.636	1.109	3.747	12.049	32.480

Cert. ISEE	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 reddito ≤ 8.000	2845	593	324	690	405	4857
ISEE2 > 8.000 e ≤ 12.500	677	226	83	156	114	1256
ISEE3 > 12.500 e ≤ 15.000	211	75	25	54	42	407
ISEE 4 > 15.000 e ≤ 20.000	224	55	38	74	52	443
ISEE 5 > 20.001 e ≤ 22.500	125	15	9	29	764	942
TOTALE	4.082	964	479	1.003	1.377	7.905
Condizione di vulnerabilità	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Vulnerabilità Sanitaria	221	70	91	47	532	961

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 ventiloterapia).

Spesa aziendale per macrocategorie

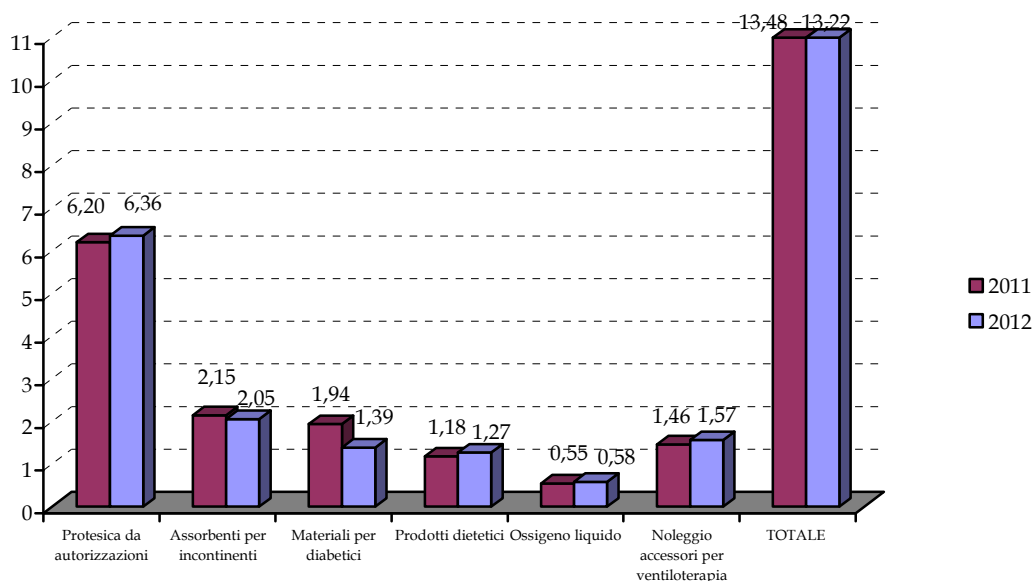
Come si può osservare dalla seguente tabella, tra l'anno 2011 e l'anno 2012 si registra un decremento della spesa complessiva aziendale per assistenza protesica e integrativa pari al - 1,95%, passando da 13.484.323 € a 13.221.092 €. La variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso all'interno delle macrovoci di spesa. La voce relativa ai *prodotti dietetici* aumenta del 7,68% quella dell'*ossigeno liquido* del 6,98%, quella del *noleggio degli accessori per ventiloterapia* del 6,93%. Altre voci di spesa, invece, diminuiscono: quella per i *materiali per diabetici* de 28,53% e quella degli *assorbenti per incontinenza* del 4,25%.

TABELLA 66: SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA - ANNI 2011-2012

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011 %	Anno 2012 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	6.204.202	6.356.314	46,01	48,07	152.112	2,45
Assorbenti per incontinenti	2.145.675	2.054.547	15,91	15,54	-91.128	-4,25
Materiali per diabetici	1.941.783	1.387.766	14,40	10,50	-554.017	-28,53
Prodotti dietetici	1.183.271	1.274.186	8,78	9,64	90.915	7,68
Ossigeno liquido	545.033	583.077	4,04	4,41	38.044	6,98
Noleggio accessori per ventiloterapia	1.464.359	1.565.831	10,86	11,84	101.472	6,93
TOTALE	13.484.323	13.221.721	100,00	100,00	-262.602	-1,95

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede una concentrazione in tre principali categorie: la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 48,07%, gli *assorbenti per incontinenza* al 15,54%, il *noleggio accessori per ventiloterapia* all'11,86%.

FIGURA 48– SPESA AZIENDALE PER MACRO–CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2011–2012



Suddividendo la spesa protesica e integrativa per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2011 e 2012 in una dimensione amministrativa/geografica.

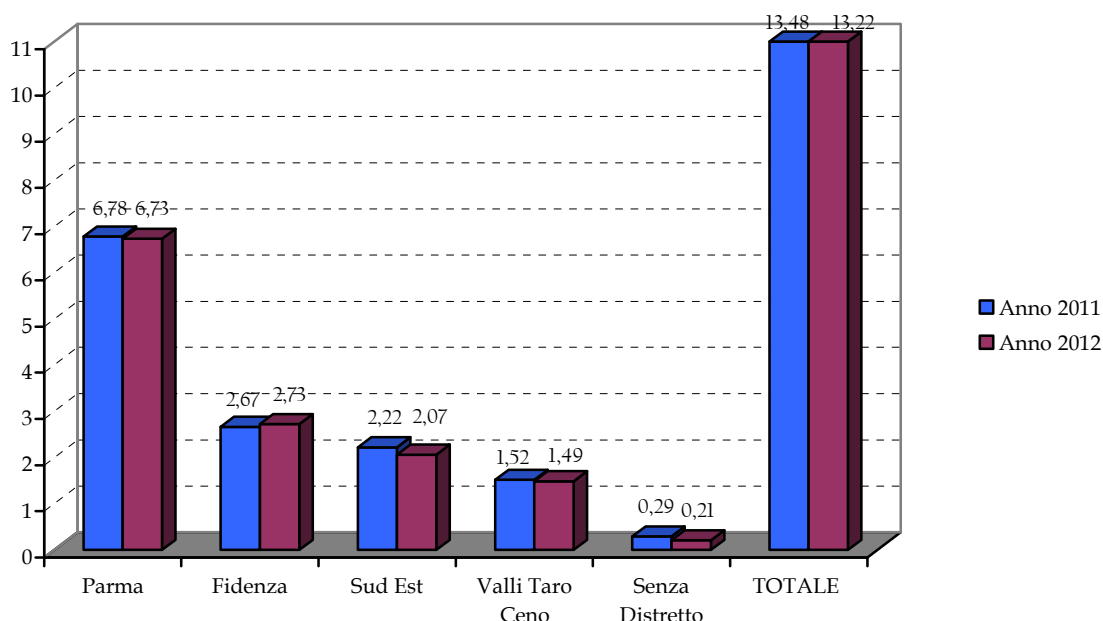
TABELLA 67 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2011 E 2012 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011 %	Anno 2012 %	Δ A	Δ%
Parma	6.783.407	6.734.814	50,31	50,94	-48.593	-0,72
Fidenza	2.667.082	2.725.190	19,78	20,61	58.108	2,18
Valli Taro Ceno	1.519.918	1.487.871	11,27	11,25	-32.047	-2,11
Sud Est	2.222.986	2.065.672	16,49	15,62	-157.314	-7,08
Senza assegnazione distrettuale ¹	290.930	208.174	2,16	1,57	-82.756	-28,45
Totale	13.484.323	13.221.721	100,00	100,00	-262.602	-1,95

La diminuzione Aziendale della spesa protesica e integrativa nel periodo qui considerato, è in buona misura determinata dalle diminuzioni nelle voci di spesa di tutti i Distretti, ad eccezione di quello di Fidenza. Le composizioni percentuali di spesa per Distretto variano 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 2012, seguito da quello di Fidenza, 20,61%, da quello di Sud Est, 15,62%, ed infine dal Distretto Valli Taro Ceno, 10,25%.

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 49– SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2011–2012, MILIONI DI EURO



Assistenza farmaceutica

Nel 2012 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2011 raggiungendo la cifra di 55.514.008 € 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. 371.965,81 €, pari al 11,72%, mentre la Regione ha registrato un calo del 12,96%. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD; anche il numero di ricette ha registrato una lieve riduzione pari allo 0,84% 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 1.185.229 €; 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 2011 (la spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A) del 6,05%, mentre la regionale ha registrato un calo del 7,89%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2012 una riduzione del 5,46% rispetto al 2011, mentre quella regionale si è ridotta del 6,21%.

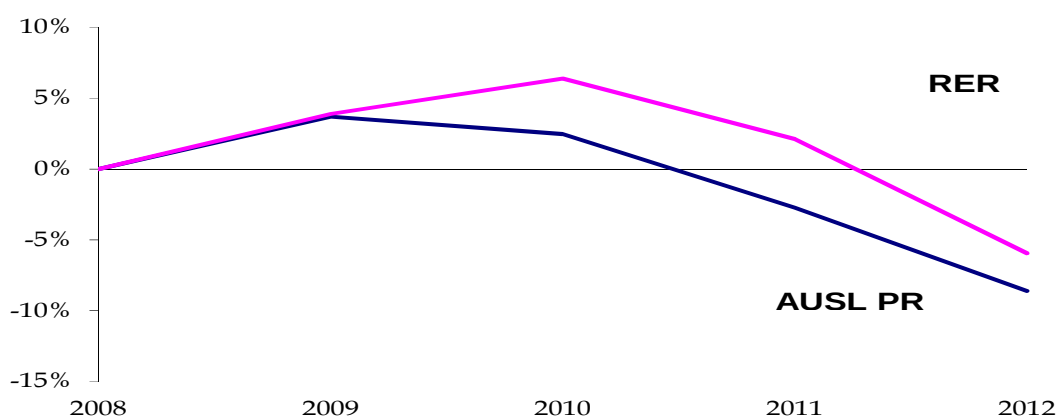
TABELLA 68 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa totale a favore dei cittadini
2009				
Parma	73.605.808	35.024.180	26.155.101	134.785.089
Regione	749.579.355	348.042.179	244.965.231	1.342.586.765
2010				
Parma	69.893.786	37.580.048	26.606.042	134.079.876
Regione	742.696.167	378.718.131	253.468.458	1.374.882.756
2011				
Parma	62.885.974	39.339.221	26.017.201	128.213.396
Regione	678.219.850	400.682.076	246.042.109	1.324.944.035
2012				
Parma	55.514.008	40.524.450	25.175.157	121.213.615
Regione	590.288.929	403.465.083	248.890.658	1.242.644.670

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

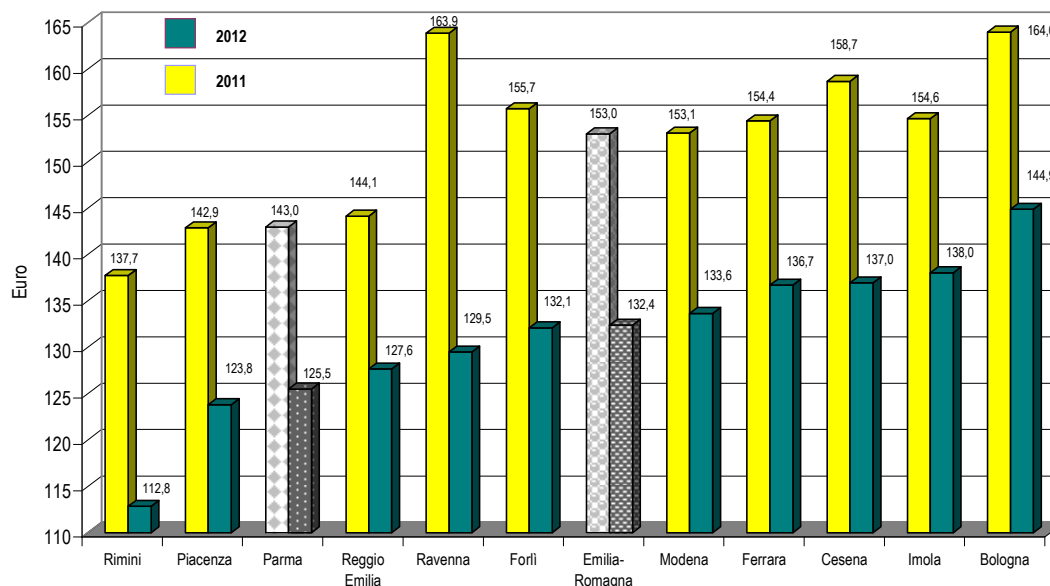
La Figura successiva riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2008 ed evidenzia come fino al 2010 a fronte di una riduzione della spesa convenzionata si sia verificato un aumento più che proporzionale della spesa per erogazione diretta che ha comportato un incremento 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, tale andamento viene ulteriormente consolidato dai dati sia aziendali regionali del 2012.

FIGURA 50 – SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2008–2012



La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 125,49 €, una riduzione di 17,46 € 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 (112,84 €) e Piacenza (123,81 €).

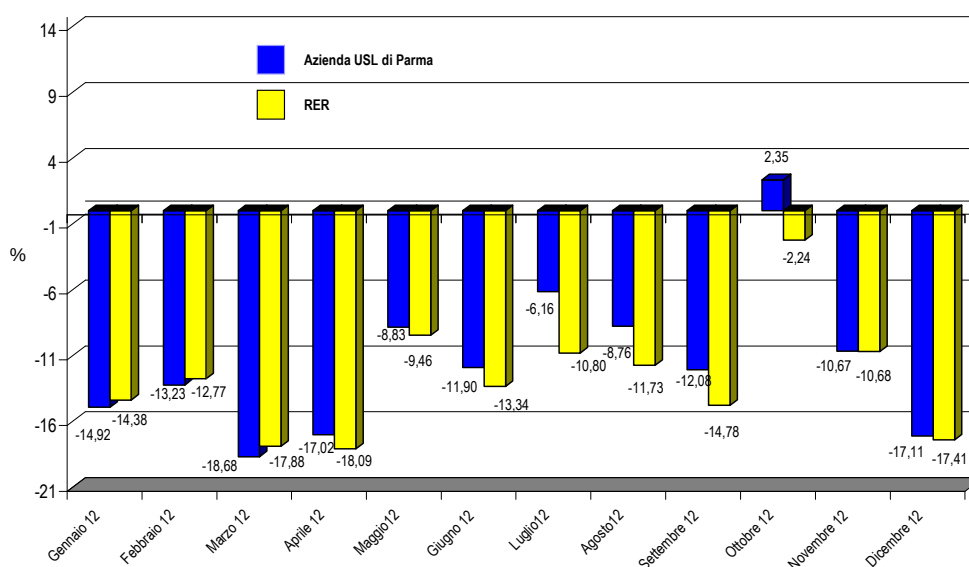
FIGURA 51 – SPESA FARMACEUTICA PER ASSISTITO PESATO – 2011-2012



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come nel corso del 2012 nell'Azienda USL di Parma si sia registrato un calo, ad eccezione del mese di ottobre rispetto all'anno precedente.

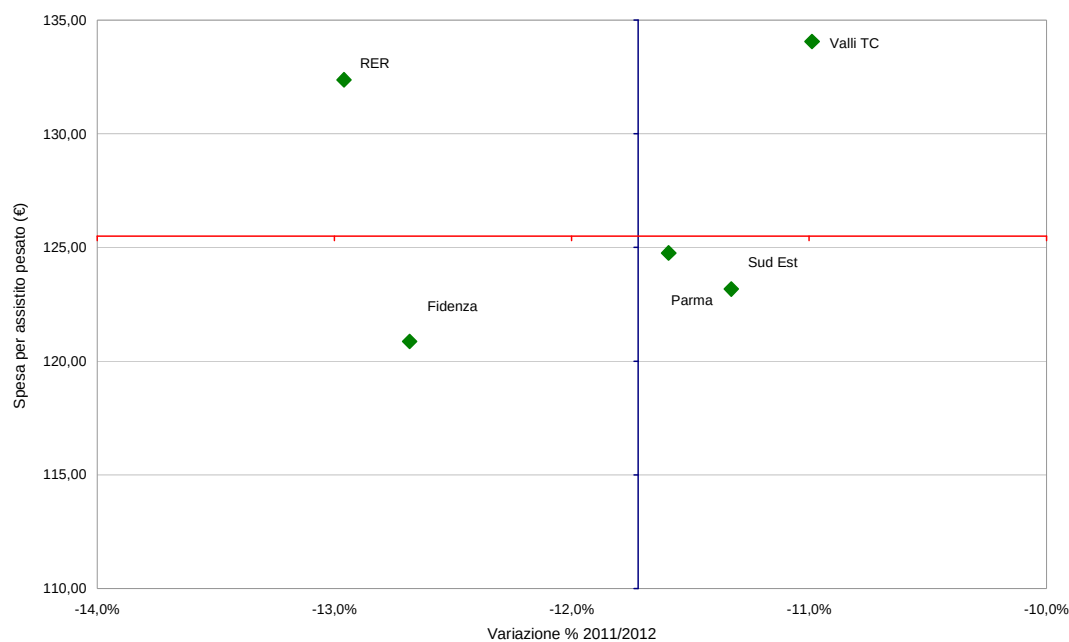
FIGURA 52 – SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE – ANNO 2012



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 2012 rispetto al 2011 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corrispondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -11,72% e ad una spesa per assistito di 125,5 €.

FIGURA 53 – ASSISTENZA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2011 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2012, 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 69 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – SPESA PER RESIDENTE (€) PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE – ANNO 2012

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	27,35	26,80	26,90	30,16	27,44	24,60
Cardiovascolari	51,95	54,52	53,65	68,55	54,58	58,15
Muscoloscheletriche	4,82	4,28	4,06	5,46	4,63	6,27
Nervose	22,49	20,82	21,91	26,09	22,38	20,81
Respiratorie	11,99	11,69	12,25	13,43	12,11	14,96
TOTALE	118,60	118,11	118,78	143,68	121,14	124,80

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 di circa 5.500.000 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 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 2010-2012.

TABELLA 70 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2010-2012

Distretto di erogazione	Tipologia	2010	2011	2012
		N	N	N
PARMA	Diagnostica	167.955	174.102	172.737
	Laboratorio	1.179.033	1.116.290	1.043.405
	Riabilitazione	82.033	104.525	91.034
	Terapeutiche	41.992	51.366	49.321
	Visite	154.055	178.671	166.845
	<i>Totale</i>	1.625.070	1.624.954	1.523.342
FIDENZA	Diagnostica	99.122	94.798	94.021
	Laboratorio	805.925	776.029	735.927
	Riabilitazione	43.999	38.240	41.907
	Terapeutiche	35.300	33.002	29.332
	Visite	87.293	91.416	80.740
	<i>Totale</i>	1.071.639	1.033.485	981.927
VALTARO VALCENO	Diagnostica	32.595	31.729	34.213
	Laboratorio	408.319	414.292	384.041
	Riabilitazione	17.401	22.198	10.095
	Terapeutiche	22.957	22.871	26.375
	Visite	51.346	50.717	39.920
	<i>Totale</i>	532.618	541.807	494.644
SUD EST	Diagnostica	54.006	56.723	58.630
	Laboratorio	425.566	416.790	398.501
	Riabilitazione	13.047	14.105	10.324
	Terapeutiche	15.918	17.977	21.003
	Visite	40.432	43.113	42.557
	<i>Totale</i>	548.969	548.708	531.015
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	236.483	243.591	240.179
	Laboratorio	1.422.611	1.325.057	1.281.909
	Riabilitazione	16.903	17.523	16.283
	Terapeutiche	84.440	90.757	91.758
	Visite	343.584	313.927	276.740
	<i>Totale</i>	2.104.021	1.990.855	1.906.869
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	590.161	600.943	599.780
	Laboratorio	4.241.454	4.048.458	3.843.783
	Riabilitazione	173.383	196.591	169.643
	Terapeutiche	200.607	215.973	217.789
	Visite	676.710	677.844	606.802
	<i>Totale</i>	5.882.315	5.739.809	5.437.797

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accreditato, presenti nel flusso ASA regionale, mettono in luce volumi vicini a 5.500.000 prestazioni²: dal 2006, in linea con la programmazione svolta, si

² Il dato non comprende le prestazioni di assistenza specialistica erogate in Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva in quanto tali attività rientrano in altra banca dati Regionale.

sono registrati incrementi di attività nell'area della diagnostica e in quella delle visite con un trend che nell'ultimo anno sembra essersi stabilizzato.

FIGURA 54 – DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER MACROLIVELLI DI PRESTAZIONI EROGATE – ANNO 2012

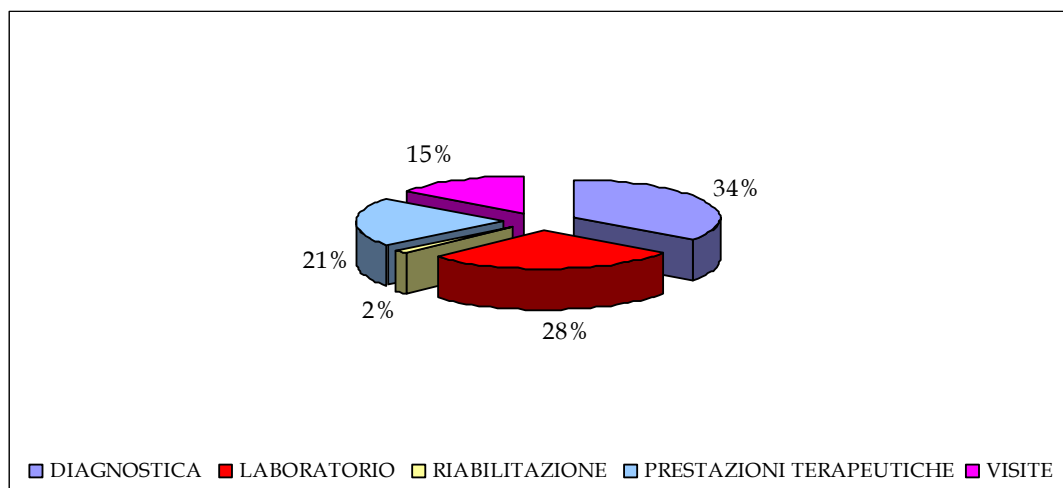


TABELLA 71 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – IMPORTO TARIFFARIO PRESTAZIONI EROGATE 2010–2012

Distretto di erogazione	Tipologia	2010 €	2011 €	2012 €
PARMA	Diagnostica	5.792.288	6.067.808	6.461.906
	Laboratorio	4.319.225	4.100.696	4.518.190
	Riabilitazione	651.247	1.098.609	997.868
	Terapeutiche	4.362.292	4.758.598	4.557.852
	Visite	3.337.707	3.878.684	3.633.158
	<i>Totale</i>	18.462.805	19.904.396	20.168.974
FIDENZA	Diagnostica	3.849.119	3.865.045	4.046.402
	Laboratorio	2.968.317	2.841.987	3.200.795
	Riabilitazione	376.104	322.380	375.621
	Terapeutiche	2.474.796	2.471.731	2.537.308
	Visite	1.860.875	1.935.330	1.723.930
	<i>Totale</i>	11.529.211	11.436.473	11.884.056
VALTARO VALCENO	Diagnostica	1.183.577	1.285.611	1.559.624
	Laboratorio	1.419.175	1.449.094	1.689.893
	Riabilitazione	131.768	155.767	78.582
	Terapeutiche	1.646.977	1.708.344	1.728.751
	Visite	1.064.398	1.055.256	846.290
	<i>Totale</i>	5.445.895	5.654.072	5.903.140
SUD EST	Diagnostica	2.253.373	2.419.933	2.614.890
	Laboratorio	1.502.116	1.473.087	1.751.464
	Riabilitazione	114.460	124.603	88.122
	Terapeutiche	1.775.055	1.853.126	2.002.766
	Visite	884.166	939.634	928.161
	<i>Totale</i>	6.529.170	6.810.383	7.385.403
Azienda Usl (totale)	Diagnostica	13.078.356	13.638.397	14.682.822
	Laboratorio	10.208.832	9.864.863	11.160.342
	Riabilitazione	1.273.580	1.701.359	1.540.193
	Terapeutiche	10.259.120	10.791.800	10.826.677
	Visite	7.147.146	7.808.904	7.131.539
	<i>Totale</i>	41.967.034	43.805.323	45.341.573
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	14.879.764	16.129.583	15.924.091
	Laboratorio	11.284.127	10.378.696	13.337.045
	Riabilitazione	144.391	157.527	151.537
	Terapeutiche	6.415.780	6.610.803	7.479.237
	Visite	6.939.478	6.396.614	5.731.299
	<i>Totale</i>	39.663.541	39.673.224	42.623.208
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	27.958.120	29.767.981	30.606.913
	Laboratorio	21.492.959	20.243.559	24.497.387
	Riabilitazione	1.417.971	1.858.886	1.691.729
	Terapeutiche	16.674.900	17.402.602	18.305.914
	Visite	14.086.624	14.205.518	12.862.838
	<i>Totale</i>	81.630.575	83.478.547	87.964.781

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.

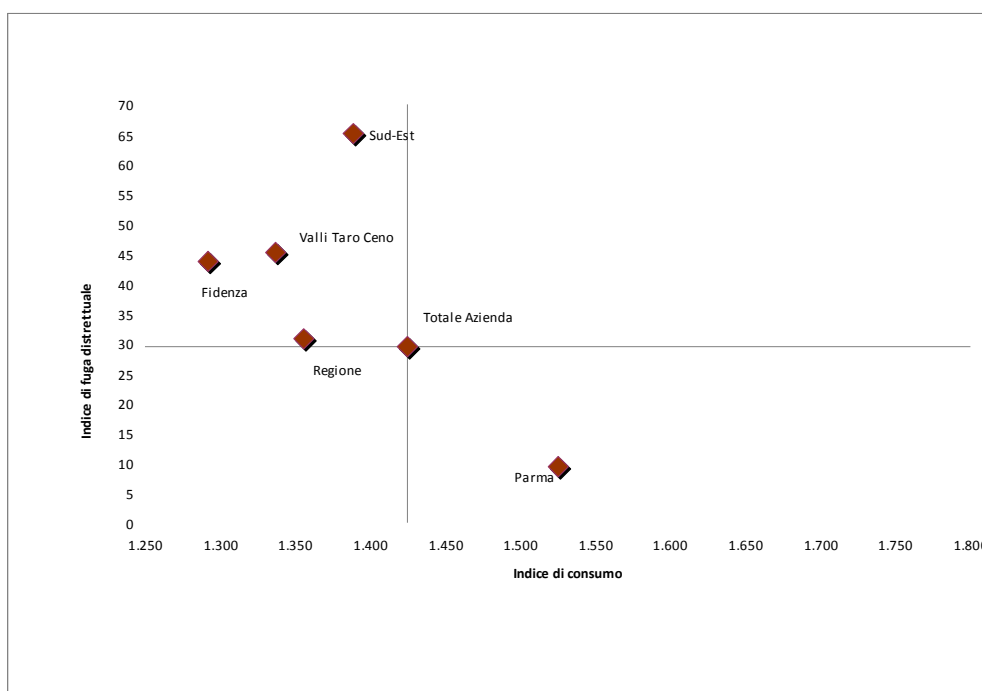
In generale, rispetto ai consumi, i dati mettono in luce una situazione abbastanza positiva: per quasi tutte le prestazioni i consumi dei cittadini dell'Azienda Usl di Parma si collocano in linea con i consumi medi regionali o addirittura al di sotto.

Visite

TABELLA 72 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2010			2011			2012		
	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 azienda	I. fuga fuori distr.
Parma	1.713	5,63	8,45	1.747	5,14	8,31	1.525	6,07	9,38
Fidenza	1.335	6,91	40,78	1.409	6,27	41,28	1.292	6,8	43,68
Valli Taro Ceno	1.496	3,6	38,75	1.504	3,72	40,19	1.337	4,14	45,21
Sud-Est	1.523	8,15	69,79	1.494	8,09	66,61	1.389	8,52	65,14
Totale Azienda	1.565	6,08	28,24	1.597	5,69	27,72	1.425	6,43	29,54
Regione	1.497	8,00	28,64	1.499	8,33	29,32	1.356	8,91	30,69

FIGURA 55 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – VISITE



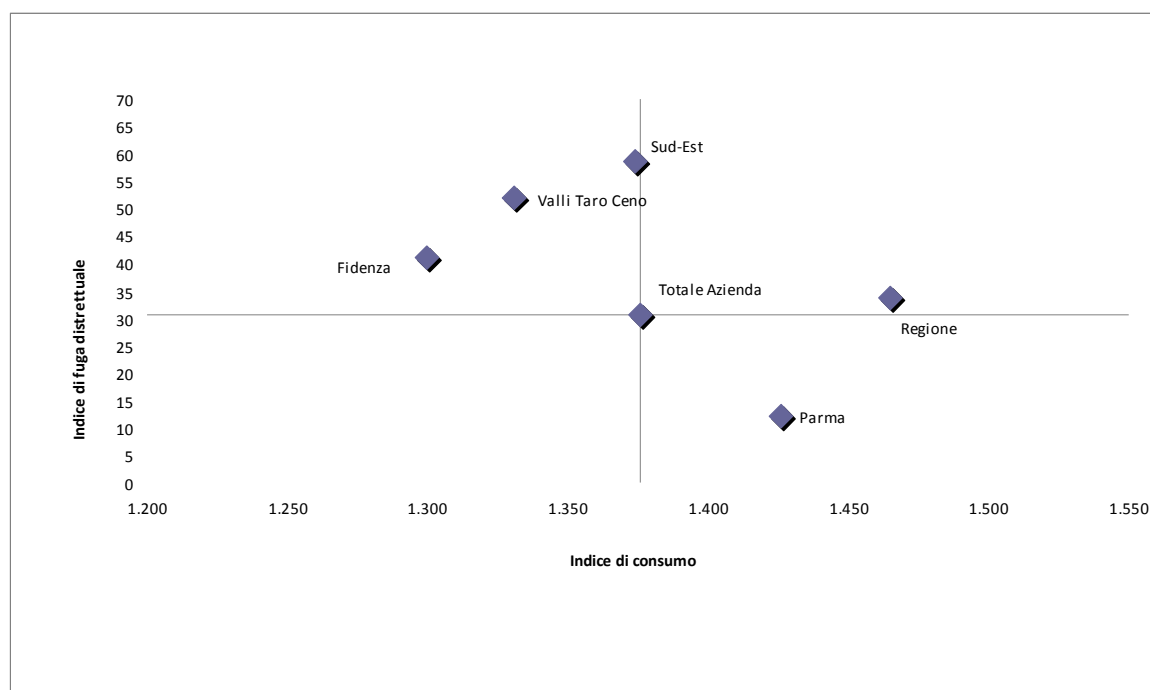
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma.

Diagnostica

TABELLA 73 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2010			2011			2012		
	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	1.438	6,69	12,26	1.449	6,03	11,54	1.426	6,03	12,05
Fidenza	1.325	7,93	38,36	1.318	7,57	40,64	1.300	7,98	41,09
Valli Taro Ceno	1.317	4,42	53,42	1.287	4,18	53,92	1.331	3,88	52,07
Sud-Est	1.326	6,85	59,73	1.372	6,25	58,32	1.374	6,28	58,63
Totale Azienda	1.377	6,75	30,21	1.386	6,22	30,19	1.376	6,28	30,57
Regione	1.532	9,43	32,82	1.526	9,53	33,37	1.465	9,71	33,81

FIGURA 56 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – DIAGNOSTICA



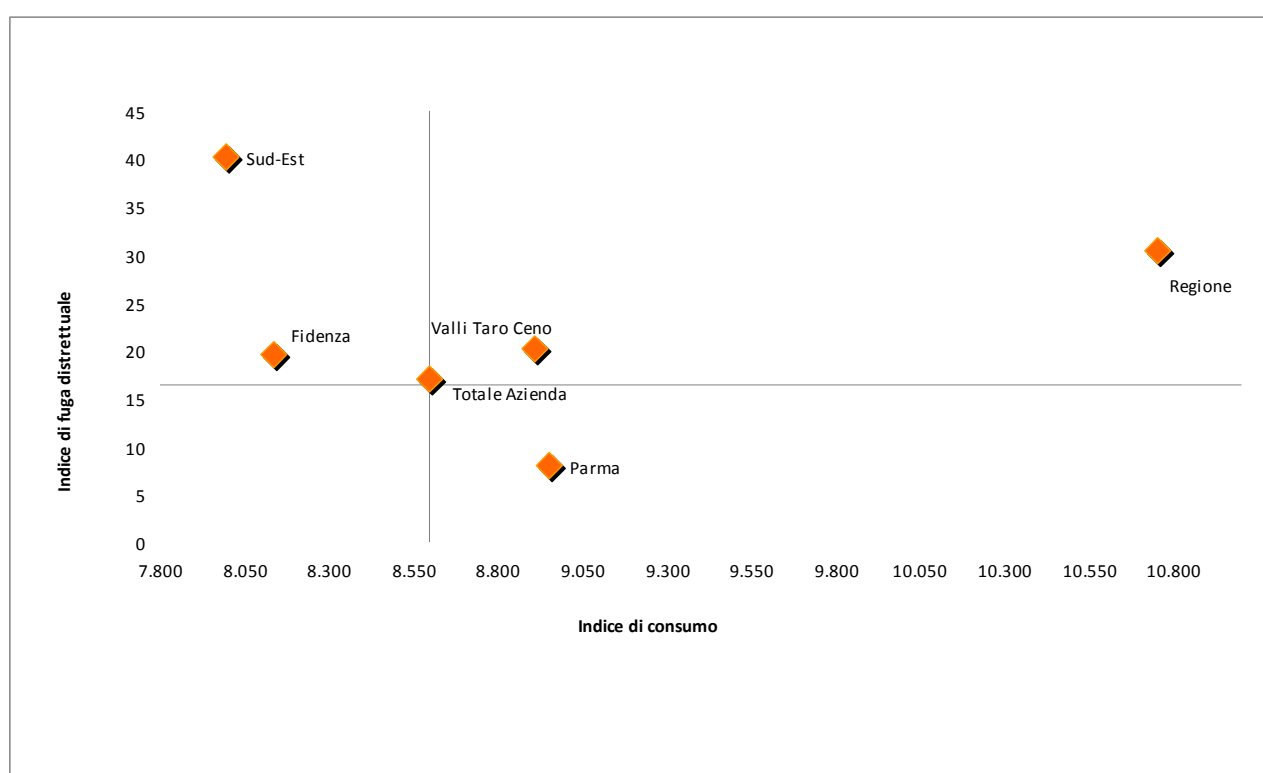
Negli indici di consumo relativi alla diagnostica si osservano valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità nel Distretto Sud-Est (58,63%), prevalentemente verso il Distretto di Parma, e nel Distretto Valli Taro Ceno (52,07%).

Laboratorio

TABELLA 74 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2010			2011			2012		
	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	10.111	3,61	6,72	9.445	4,22	7,02	8.952	4,84	7,91
Fidenza	8.798	3,61	18,35	8.630	4,38	19,0	8.138	4,72	19,57
Valli Taro Ceno	9.591	2,63	21,21	9.602	3,06	20,19	8.911	2,94	20,12
Sud-Est	8.824	6,78	41,12	8.325	8,02	39,43	7.998	8,44	40,12
Totale Azienda	9.522	3,99	16,23	9.081	4,7	16,25	8.596	5,16	16,95
Regione	11.280	4,4	28,43	11.087	4,59	29,46	10.753	4,79	30,35

FIGURA 57 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – LABORATORIO

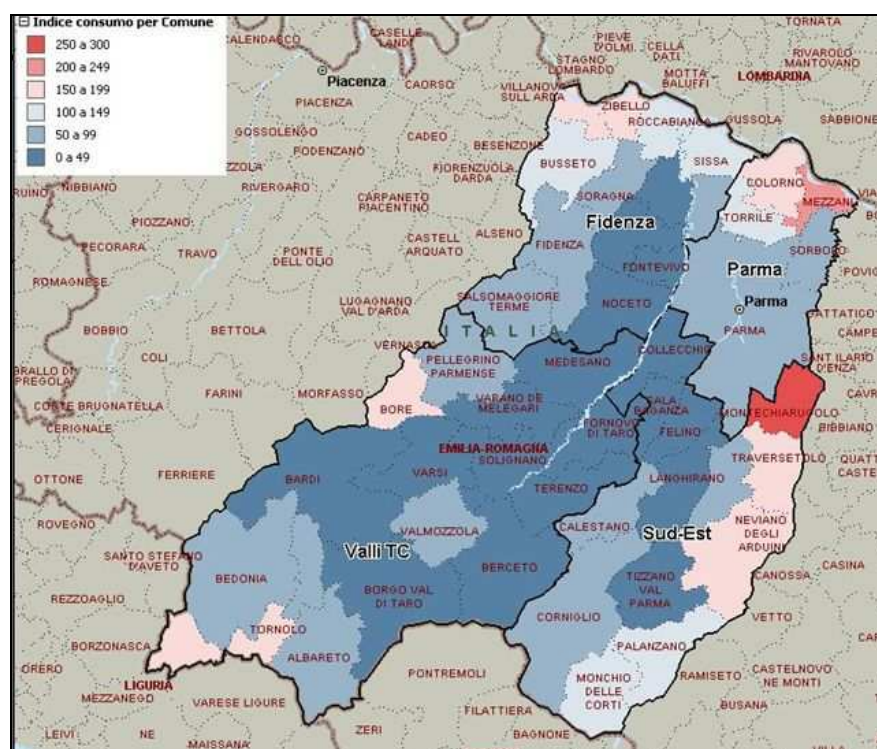


Gli indici di consumo relativi al Laboratorio mettono in luce valori al di sotto della media regionale in tutti i Distretti.

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.

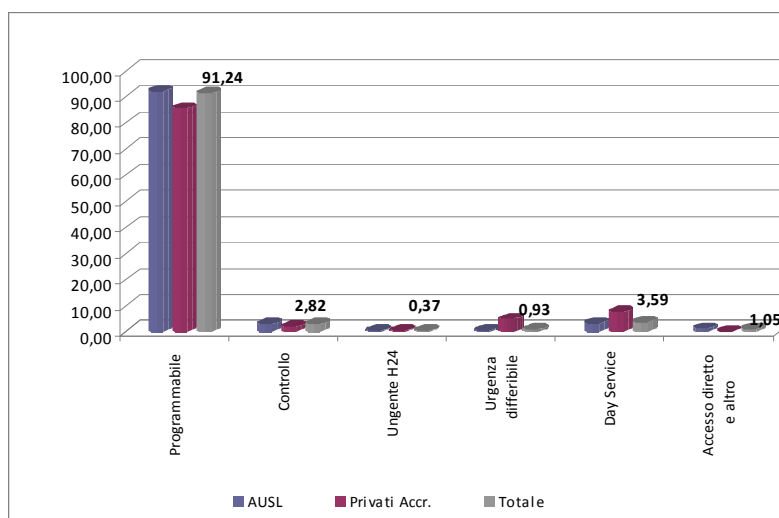
FIGURA 58 INDICE DI CONSUMO GREZZO DI PRESTAZIONI IN MOBILITÀ PASSIVA – 2012



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.

FIGURA 59 – PRESTAZIONI EROGATE PER MODALITÀ DI ACCESSO ANNO 2012



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.

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).

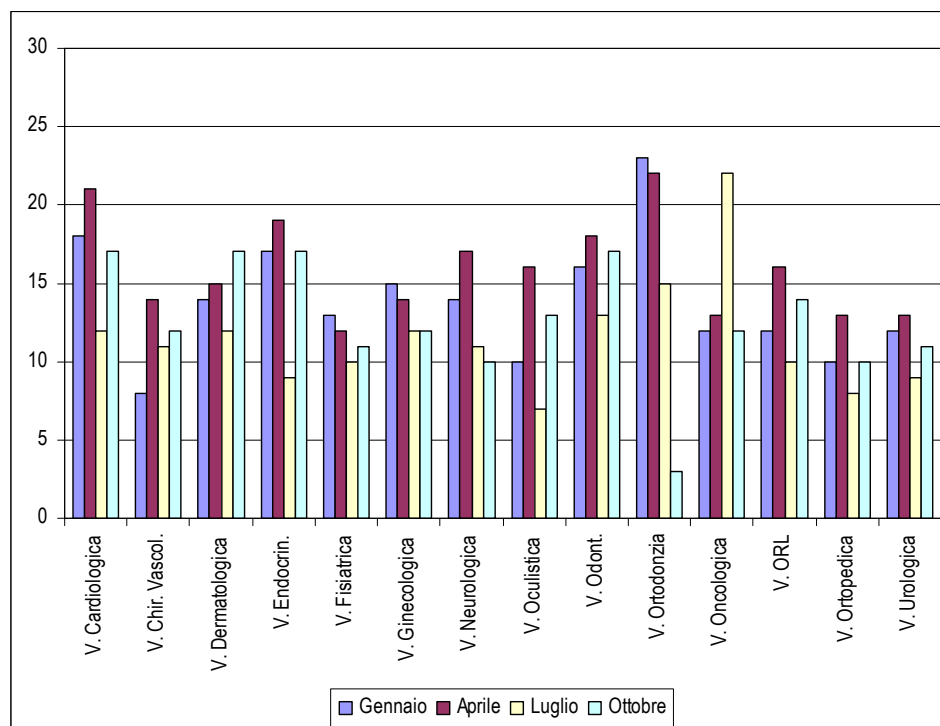
Inoltre è stato attivato un sistema informativo di monitoraggio dei tempi di attesa, disponibile sulla rete aziendale, che consente quasi in tempo reale di verificare i tempi di attesa di tutti i produttori mediante uno specifico Pannello, consultabile dalle articolazioni distrettuali, per migliorare le performance.

E' stato aggiornato il Report mensile di monitoraggio dei tempi di attesa che prevede una rilevazione prospettica dei tempi di attesa, sulla base dell'andamento medio mensile, in accordo con le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini. In aggiunta è stato impostato un monitoraggio quotidiano straordinario dei tempi di attesa con segnalazione alle direzioni distrettuali in presenza di criticità al fine di attivare le azioni di rimodulazione necessarie a garantire l'efficacia del sistema.

Nel corso del 2012 è stato ulteriormente 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.

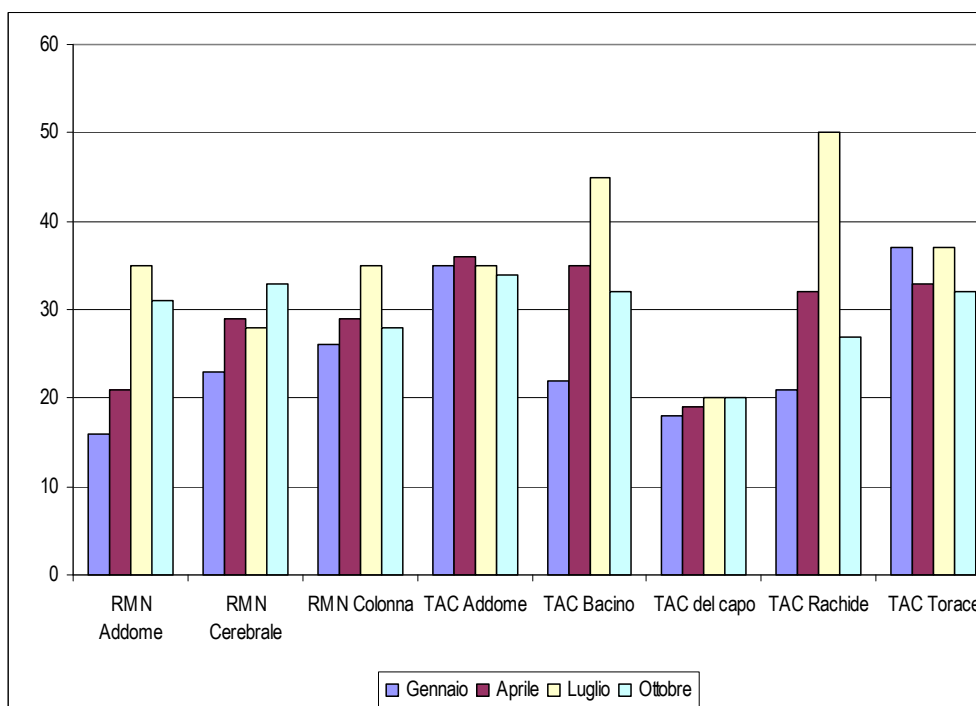
Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2012: i grafici sottostanti si riferiscono al valore medio dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri; riferendosi ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice i dati possono risentire dei fattori di scelta dell'utenza.

FIGURA 60 – ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – VISITE – ANNO 2012



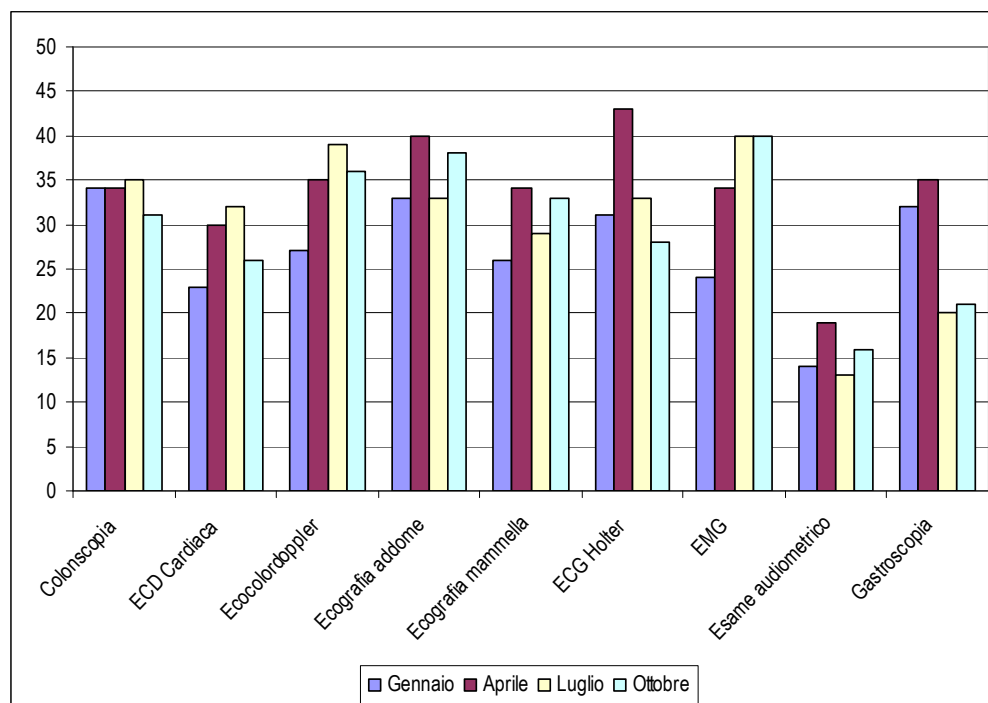
L'andamento dei tempi di attesa per le visite mostra una situazione compensata nel corso di tutto l'anno.

FIGURA 61 – ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – ANNO 2012



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 62 – ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA – ANNO 2012



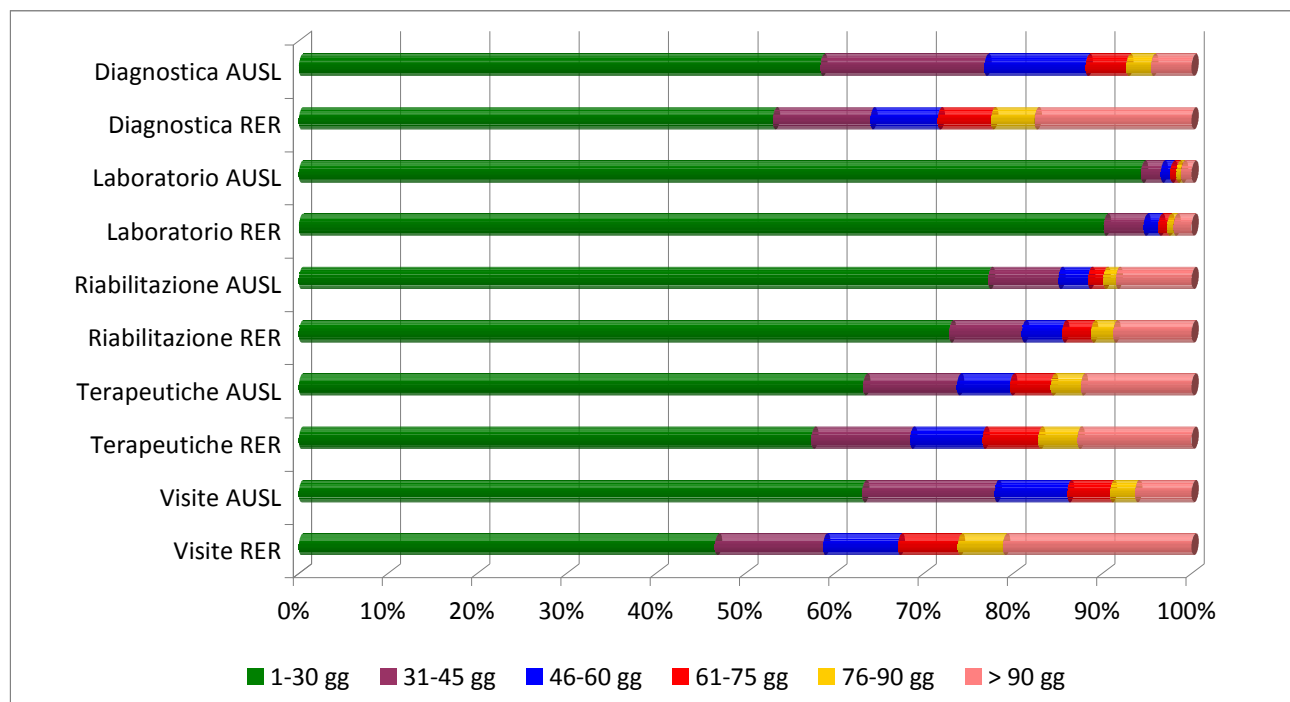
L'andamento dei tempi di attesa per le altre prestazioni di diagnostica strumentale evidenzia una situazione positiva. In sintesi si può confermare che le azioni sviluppate, in relazione all'appropriatezza ed alla rimodulazione dell'offerta, nel corso degli ultimi anni hanno consentito di far rientrare negli standard prestazioni che erano stabilmente critiche. Nel 2012 si osserva il consolidamento delle performance volte al potenziamento dell'offerta.

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili

Durante il 2012 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'88,14% dei casi (71,7% 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 superiori a quelli regionali: sono erogate entro 30 giorni nel 63,09% dei casi rispetto al 46,65% 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 63 – TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI



Attività istituzionale e libera professione intramoenia Anno 2012

Le attività di specialistica ambulatoriale svolte in regime di libera professione nell'anno 2012 hanno registrato una diminuzione rispetto all'anno precedente (- 5,44%).

Le attività libero professionali effettuate nel periodo considerato derivano prevalentemente, per ciò che riguarda l'ambito delle visite, dalle discipline di Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Ortopedia che si confermano i settori più richiesti a pagamento da parte dell'utenza, seguite dalla psichiatria, dalla cardiologia e dalla riabilitazione.

Le visite specialistiche rappresentano la tipologia di prestazione più erogata in regime di Libera professione e rappresentano il 61,01% del totale delle prestazioni rilevate nel 2012. La tabella a seguire evidenzia, in relazione ai valori aggregati per tipologia di prestazione, percentuali piuttosto basse di attività in libera professione, a conferma di un trend di diminuzione.

TABELLA 75 – ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE EROGATA NEL 2012 IN LIBERA PROFESSIONE (LP) E PERCENTUALE SULLE PRESTAZIONI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

Prestazioni Anno 2012 AUSL di Parma	Libera Professione (LP)	% LP su SSN	% Prestazioni gestite sul CUP Provinciale
Diagnostica	6.937	1,93	100,0
Laboratorio	1.687	0,07	100,0
Prestazioni terapeutiche	1.891	1,50	100,0
Visite	16.463	4,99	100,0
Totale	26.980	0,76	100,0

Fonte: Banca dati ASA - Regione Emilia-Romagna

Assistenza Ospedaliera

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2012, di complessivi 2.313 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'82,1% dei posti è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 52,6% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 29,5%, presso Case di Cura private.

Dei 2.313 posti complessivamente disponibili il 76,6% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,7% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 11,7% viene utilizzato per lungo-degenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 60,4% 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 64- LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

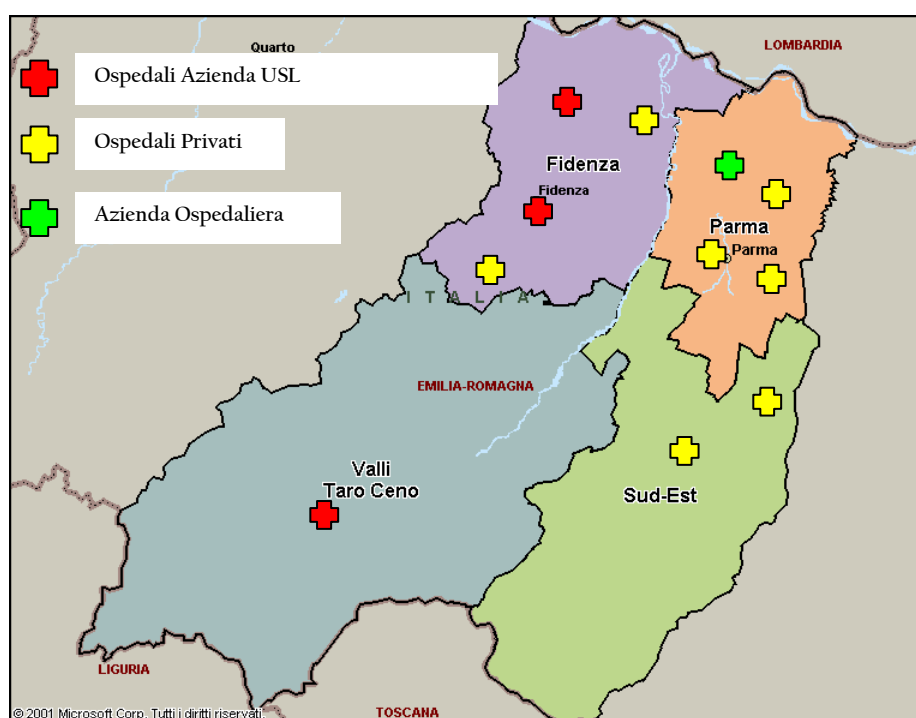
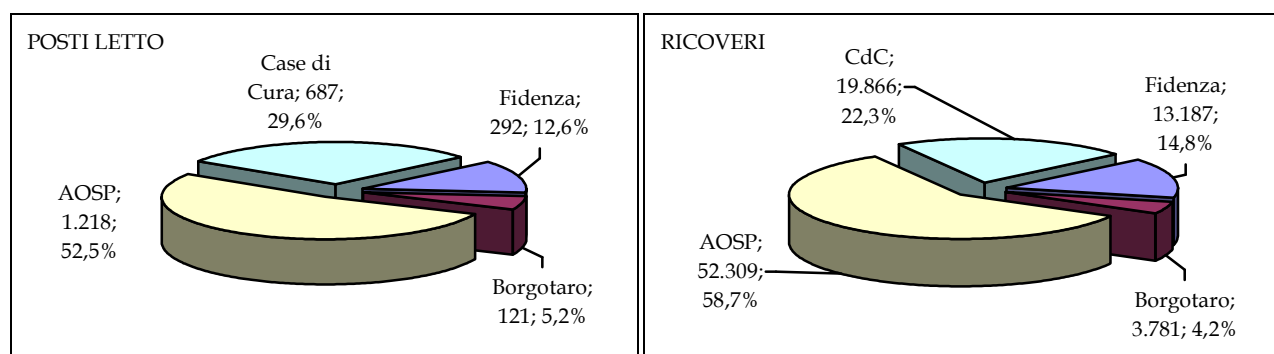


FIGURA 65 – NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA ANNO 2012



A Parma l'offerta di posti letto risulta stabile rispetto all'anno precedente e raggiunge la soglia di 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti: 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 66 – POSTI LETTO PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE PER 1.000 ABITANTI – ANNI 2009-2012



L'analisi dell'attività dei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2012 ha evidenziato quanto segue.

Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2012 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo presenta un totale di 13.187 ricoveri, di cui 11.408 ricoveri (86,5%) per i residenti della provincia di Parma: l'attività aumenta del 4,2% rispetto all'anno precedente.

Le aree di maggiore attività sono quelle della chirurgia ortopedica, gastroenterologia chirurgica, cardiologia, psichiatria e neurologia; significative le attività relative a patologie urologiche ed ostetrico-ginecologiche (parti vaginali ed interventi sull'utero). Aumentano gli interventi su anca e femore nonché gli interventi di protesi d'anca; crescono i trattamenti relativi a patologie psicotiche. Aumentano i trattamenti per malattie cardiovascolari, i ricoveri per malattie degenerative del sistema nervoso ed i trattamenti per patologie urologiche. Rimane significativa l'attività relativa a chemioterapia, psicosi, insufficienza cardiaca e shock.

FIGURA 67 – PO DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2010–2012

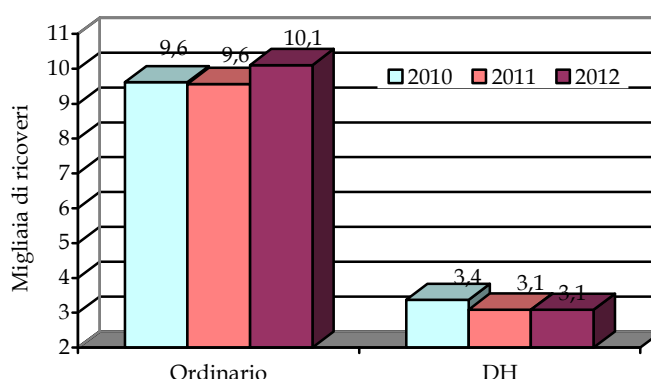


TABELLA 76 – OSPEDALE DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – ANNI 2011–2012

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2011	2012	Var. %	2011	2012	Var. %
DRG medici	6.143	6.578	7,08	2.017	1.852	-8,18
DRG chirurgici	3.423	3.530	3,13	1.067	1.227	15,0
Totale	9.566	10.108	5,67	3.084	3.079	-0,16

L'attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense risulta in aumento di 537 ricoveri rispetto all'anno precedente; in termini di complessità della casistica trattata si evidenzia un aumento del 2,7%. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale, cresce di circa 921.000 €.

Ospedale di Borgo Val di Taro

Per il Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro nel 2012 si segnalano complessivamente 3.781 ricoveri. L'attività a favore dei residenti è del 90,5%.

In generale tra i ricoveri ordinari (2.964 unità) si osservano in prevalenza interventi di sostituzione di articolazioni maggiori, i trattamenti per insufficienza cardiaca e shock, gli interventi sul ginocchio, i trattamenti per edema polmonare e insufficienza respiratoria. Risulta stabile l'attività inerente il parto vaginale mentre crescono gli interventi per aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, le diagnosi dell'apparato circolatorio.

In ambito diurno (817 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.

FIGURA 68 – PO DI BORGO VAL DI TARO – 2010-2012

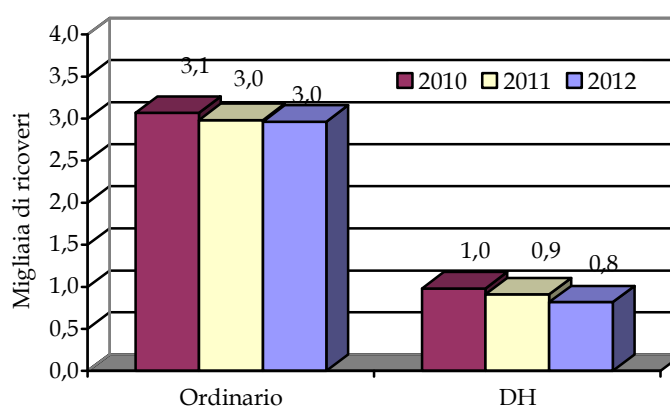


TABELLA 77 – OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2011-2012

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2011	2012	Var. %	2011	2012	Var. %
DRG medici	1.819	1.755	- 3,51	409	339	- 17,11
DRG chirurgici	1.165	1.209	3,78	502	478	- 4,78
Totale	2.984	2.964	- 0,67	911	817	- 10,32

I ricoveri in regime ordinario risultano in lieve calo ed evidenziano una diminuzione della complessità della casistica trattata (- 1,5%); analogamente il calo dei ricoveri erogati in regime diurno ha comportato una diminuzione della complessità della casistica del 10,8%. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario, è diminuita di circa 391.000 € (-3,7%).

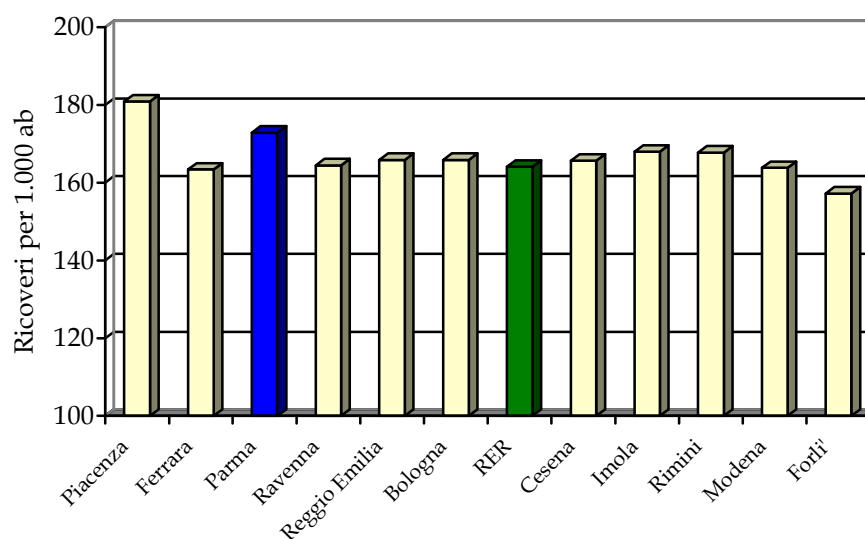
Per valutare ulteriormente la potenzialità della rete ospedaliera provinciale è possibile considerare l'indice di attrazione (distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche provinciali per area di residenza) che permette di valutare la capacità dei presidi territoriali di attrarre ricoveri da popolazioni diverse rispetto a quella residente.

Nel caso dell'Azienda USL di Parma il dato per il 2012 (88,0%) è stabile rispetto al 2011; i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni sono il 12,0% 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 172,9 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2012 a 164,1. Da segnalare il decremento rispetto al 2011 sebbene l'Azienda USL di Parma rimanga tra le Aziende con il maggior numero di ricoveri.

FIGURA 69 – TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNO 2012



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.

TABELLA 78 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO – ANNI 2011-2012

Distretto	2011	2012
Parma	179,10	177,01
Fidenza	167,70	167,80
Sud-Est	166,08	173,67
Valli Taro e Ceno	171,69	167,12
Azienda USL	173,43	172,90
RER	170,08	164,14

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. 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 evidenza quanto segue:

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta il principale punto di riferimento dell'assistenza ospedaliera in Provincia di Parma con il 52,5% di tutti i ricoveri e con punte massime del 67,8% per traumatismi e malattie infettive, dell'87,8% per HIV e del 97,9% 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 36% di tutti i ricoveri a favore dei residenti.
- gli ospedali a gestione diretta rappresentano un punto di attrazione significativo (18,6% di tutti i ricoveri) soprattutto per le malattie mentali (51,4%), per le patologie delle vie urinarie (21,4%), del sangue (23,7%) e dell'apparato maschile (35,2%).
- per quanto infine riguarda le Case di cura della provincia significativo il ruolo svolto nel trattamento dell'abuso di alcool e farmaci (53,6%), nel trattamento dell'ORL (37% di tutti i ricoveri), nel trattamento delle malattie mentali (28,5% di tutti i ricoveri), delle patologie dermatologiche (28,2%) e delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (27,1%).

TABELLA 79 RICOVERI PER STRUTTURA DI RIFERIMENTO E CATEGORIA DIAGNOSTICA – ANNO 2012

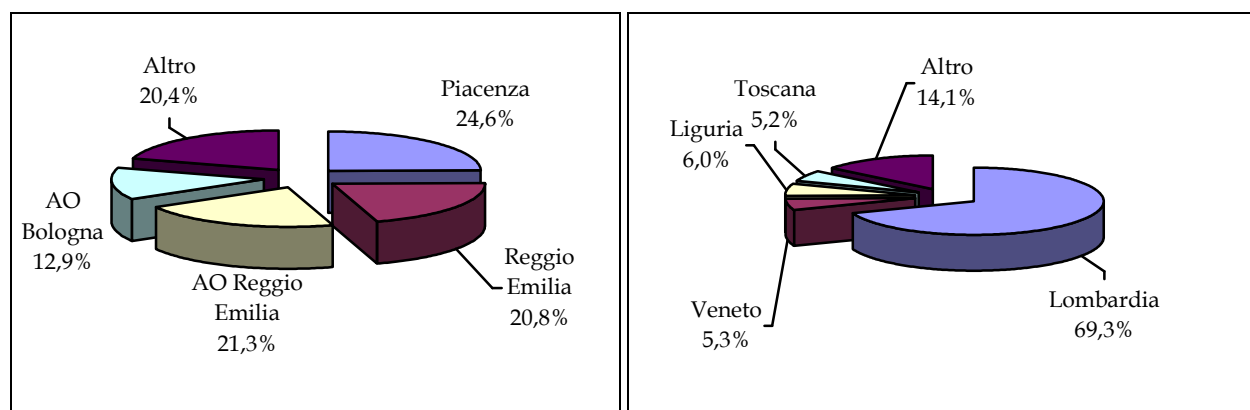
	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura Provincia	Altre pro- vince RER	Mobilità pas- siva extra- regionale ^a	Totale
App.muscoloscheletrico	2.080	3.836	2.948	903	1.121	10.888
App. cardiocircolatorio	2.025	5.831	1.940	307	589	10.692
App. digerente	1.422	3.747	1.067	270	300	6.806
Gravidanza, parto e puerperio	1.366	3.171	609	463	332	5.941
App.respiratorio	829	4032	462	123	265	5.711
Sistema nervoso	797	2741	632	179	411	4.760
Periodo neonatale	877	2501	148	296	191	4.013
App. riproduttivo femminile	776	1471	909	420	320	3.896
Rene e vie urinarie	740	2188	256	103	169	3.456
Fegato, vie biliari, pancreas	518	1849	179	133	130	2.809
Pelle, tessuto sottocutaneo	285	1881	937	72	145	3.320
ORL	249	1163	1028	114	224	2.778
Malattie mentali	830	185	460	24	117	1.616
Occhio	16	900	156	66	238	1.376
App. riproduttivo maschile	547	675	204	68	61	1.555
Endocrini, metabolici	192	827	290	78	164	1.551
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	111	458	390	71	-	1.030
Sangue ed organi ematopoietici	265	641	98	51	65	1.120
Traumatismi ed avvelenamenti	126	510	58	31	32	757
Malattie infettive	164	612	50	26	47	899
Abuso alcool/farmaci	128	29	209	1	23	390
Altro	476	2420	232	508	559	4.195
Infezioni HIV	4	123	-	6	7	140
Traumatismi multipli	6	74	-	4	4	88
Ustioni	-	48	-	-	1	49
TOTALE	14.829	41.913	13.262	4.317	5.515	79.836

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 2012 un costo di 32,9 milioni di € per il finanziamento di 9.460 ricoveri (valore in calo di 544 unità rispetto all'anno precedente) erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 17,7 milioni di € per 5.143 ricoveri in mobilità extra-regionale e 15,2 milioni di € per 4.317 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 76,6% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 69,3% dei 17,7 milioni di € di mobilità passiva extra-regionale. 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.

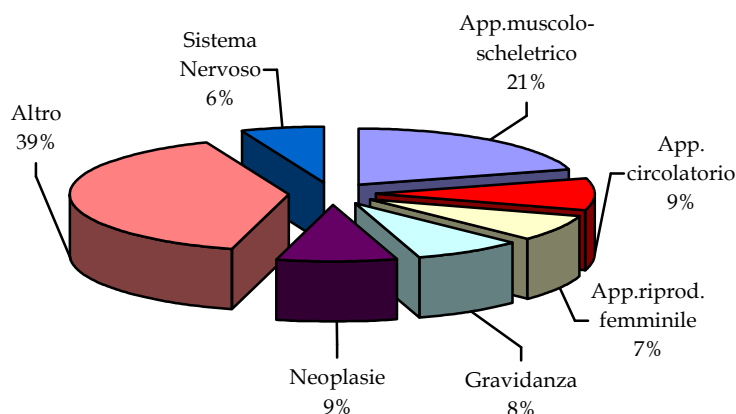
FIGURA 70 – MOBILITÀ PASSIVA ANNO 2012 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



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 (20,9% dei ricoveri), alla gravidanza e apparato riproduttivo femminile (20,5%), all'apparato cardiocircolatorio (7,1%), alle patologie del sistema nervoso (4,1), ed al trattamento oncologico (11,1%) per le quali la spesa è stata, nel 2012, di 10,1 milioni di € per la mobilità infra-regionale e 11,5 milioni di € per la mobilità interregionale. Queste discipline rappresentano da sole il 64,5% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 60,0% dei ricoveri complessivamente erogati.

FIGURA 71 – 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 2012 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 orientamento delle scelte dei cittadini a favore della rete di offerta provinciale.

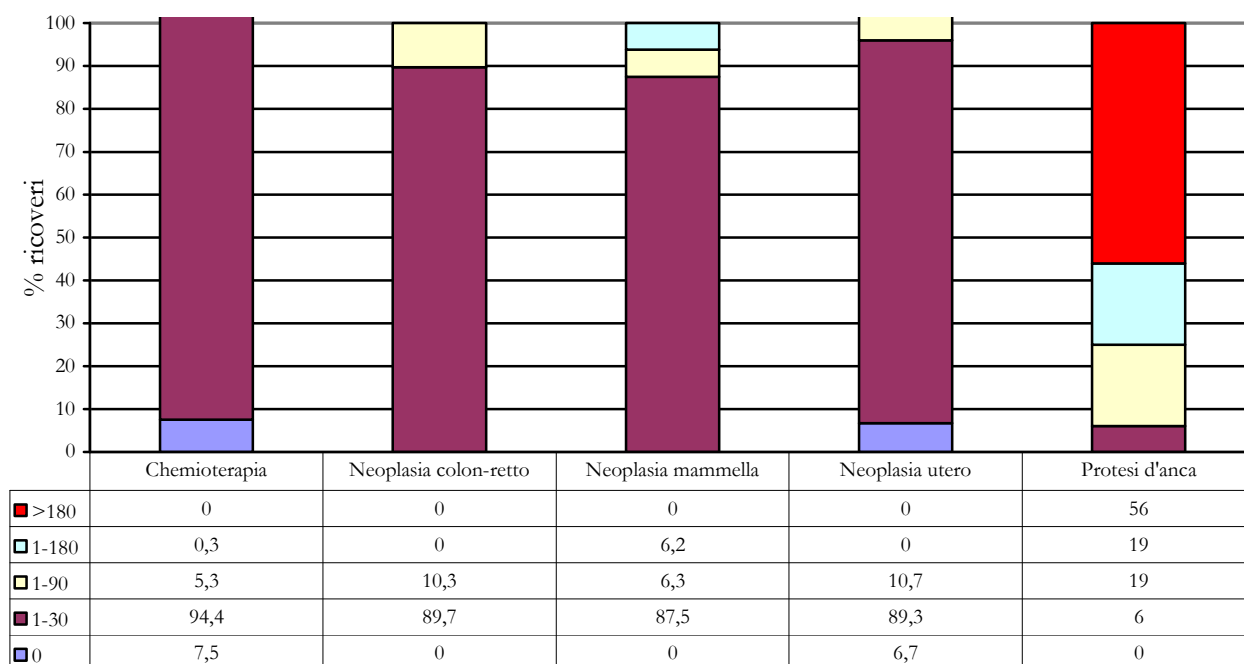
Tempi di attesa

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 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 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 e per gli interventi sull'utero per i quali i tempi di attesa sono quasi completamente garantiti dalla rete dell'offerta. La situazione è più critica per gli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2012, pari al 25%, mentre per gli interventi entro 180 giorni è stata del 44,0% quindi al di sotto del target di riferimento.

Migliorano invece i dati relativi alla presa in carico tempestiva del paziente per interventi causa neoplasia del colon-retto per i quali quasi il 90% dei ricoveri è avvenuto entro lo standard.

FIGURA 72 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 2012



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 2012, è stata pari a 41.913 ricoveri di cui 32.929 in regime ordinario e 8.984 in regime diurno. I punti DRG prodotti sono stati 44.373, di cui 37.076 per i ricoveri in regime ordinario e 7.297 per i ricoveri in regime diurno. La durata media di degenza dei ricoveri ordinari complessivamente intesi è di 8,0; mentre si posiziona a 5,9 il numero medio di accessi per i trattamenti in regime diurno.

Nell'anno 2012 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha erogato circa 1.653.000 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai residenti della provincia di Parma (esclusi i dati di Pronto Soccorso e OBI). L'attività si riferisce in prevalenza al settore del laboratorio (66,8%), seguito dalle visite (14,5%) e dalla diagnostica (12,3%).

Considerando le prestazioni erogate per tipologia di accesso, attraverso un confronto tra volumi complessivi degli anni 2011-2012, nell'area delle Visite l'86,0% delle stesse sono erogate come programmabili o differibili nell'ambito del sistema di prenotazione. Per quanto riguarda la Diagnostica si nota la prevalenza dei percorsi programmabili-differibili (89,50%) rispetto agli accessi tramite percorsi interni.

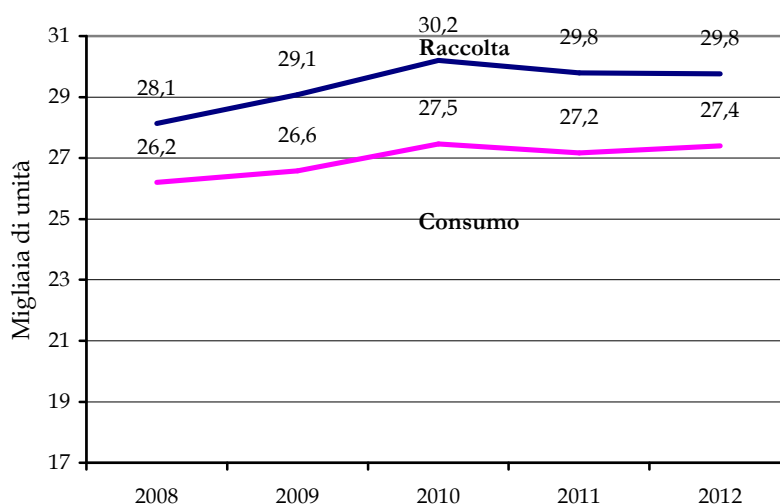
Piano Sangue

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 2012 è aumentato il trend relativo al numero di unità consumate (+0,9%) mentre risulta stabile il numero di unità raccolte arrivate a 29.762.

Si è verificata un'ulteriore riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 108,6 nel 2012.

FIGURA 73 – UNITÀ DI SANGUE RACCOLTE E CONSUMATE – ANNI 2008–2012

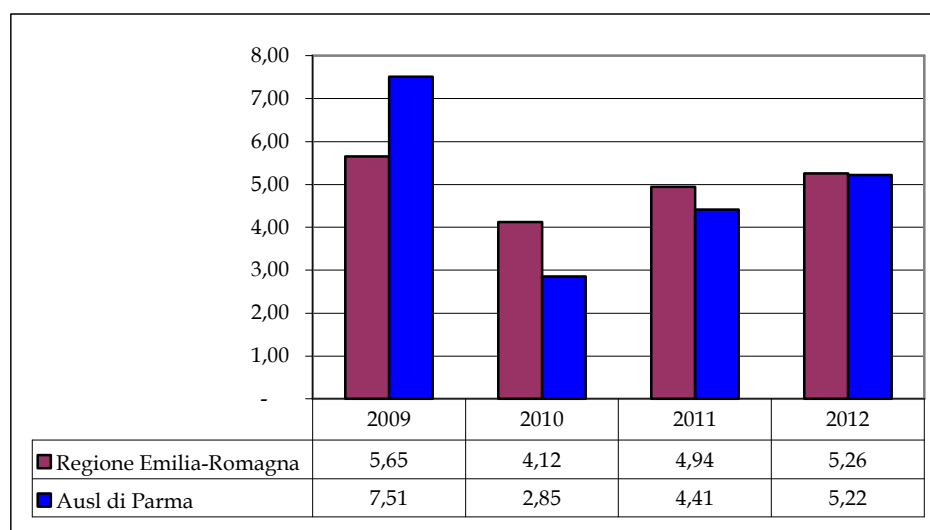


Qualità dell'assistenza

Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani

I ricoveri per polmonite nella popolazione di età maggiore 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.

FIGURA 74 – RICOVERI PER POLMONITE O INFLUENZA NEGLI ANZIANI ETÀ > 65 ANNI OGNI 10.000 RESIDENTI, 2009/2012 PER AZIENDA DI RESIDENZA



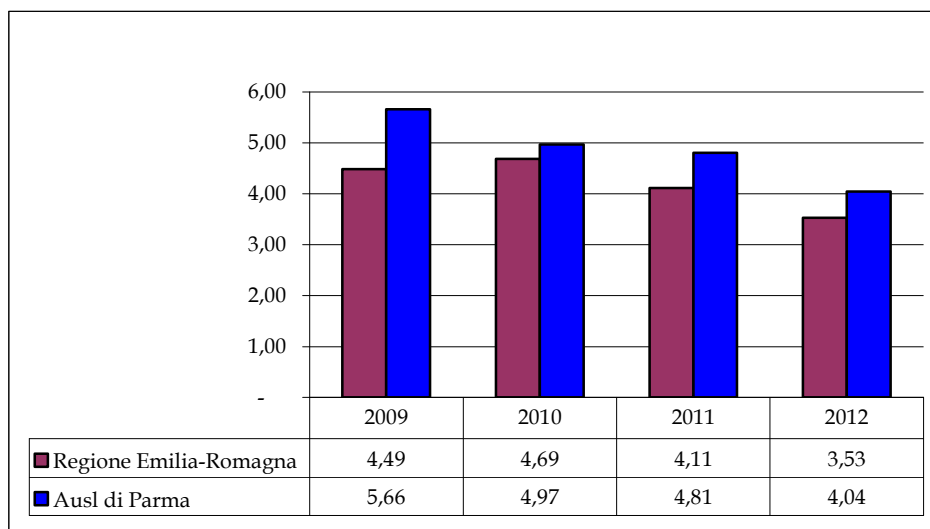
Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nel quadriennio 2009-2012, l'indicatore provinciale assume i valori massimo e minimo negli anni 2009 e 2010, e valori che si avvicinano alla media regionale, negli anni 2011 e 2012.

Diabete

L'indicatore, calcolato come numero di dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine (chetoacidosi, coma), 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.

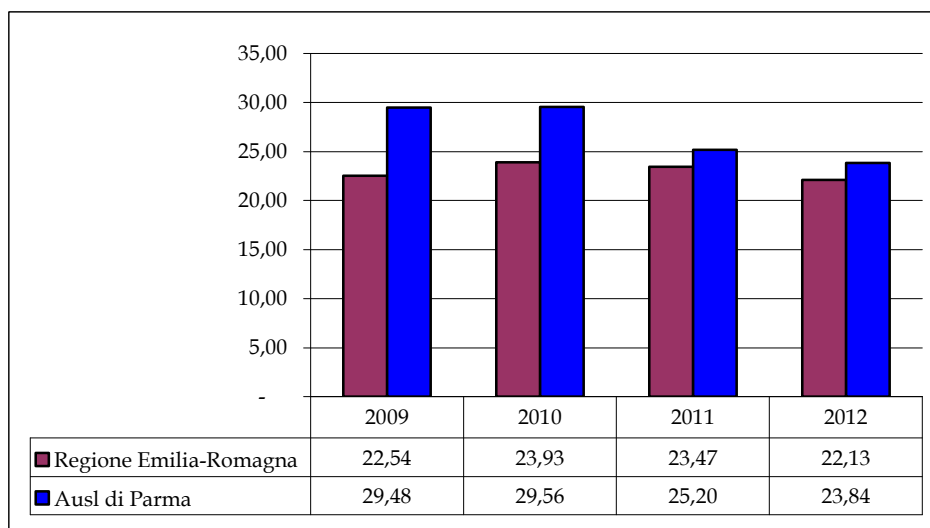
FIGURA 75 –DIABETE, COMPLICANZE A BREVE TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2009–2012, PER AZIENDA DI RESIDENZA



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

A livello provinciale, il tasso di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, pur denotando un costante e significativo calo attestando comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura a livello territoriale.

FIGURA 76 –DIABETE, COMPLICANZE A LUNGO TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2009–2012, PER AZIENDA DI RESIDENZA

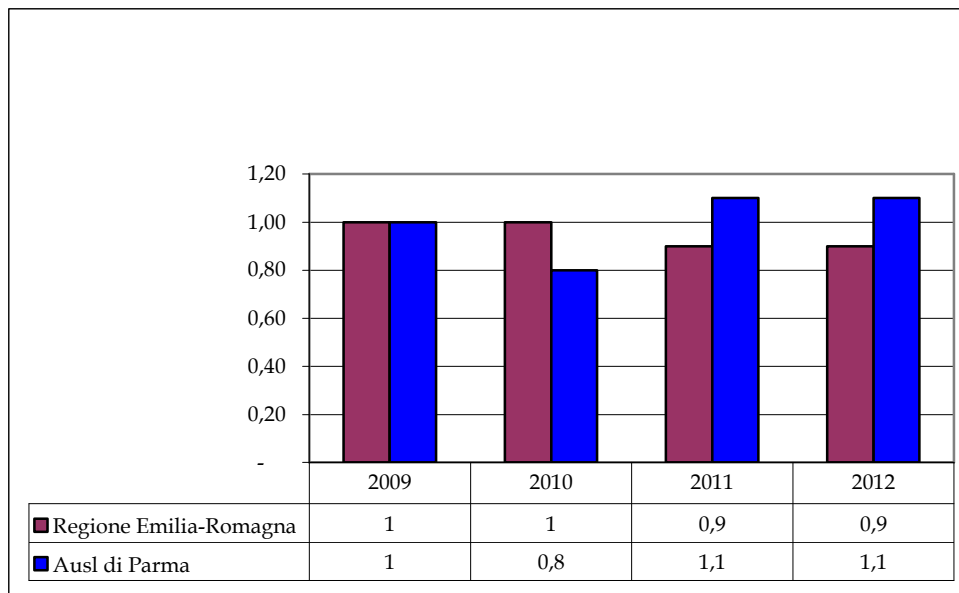


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

In questo caso l'indicatore considera le complicanze (renali, occhio, apparato circolatorio) a lungo termine associate ad una patologia diabetica. 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 malattia 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.

FIGURA 77 – DIABETE, RICOVERI PER AMPUTAZIONE DEGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI DIABETICI PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2009–2012, PER AZIENDA DI RESIDENZA



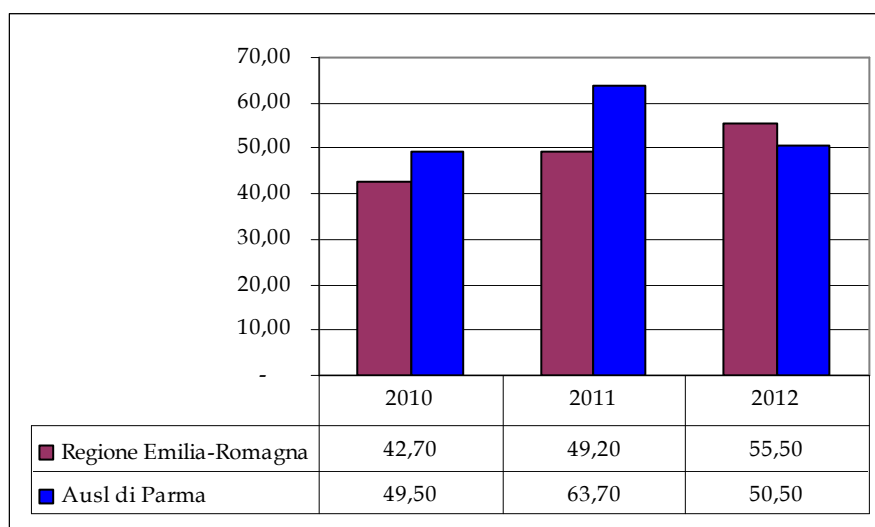
Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

I valori dell'ultimo biennio risultano superiori ai valori regionali.

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero.

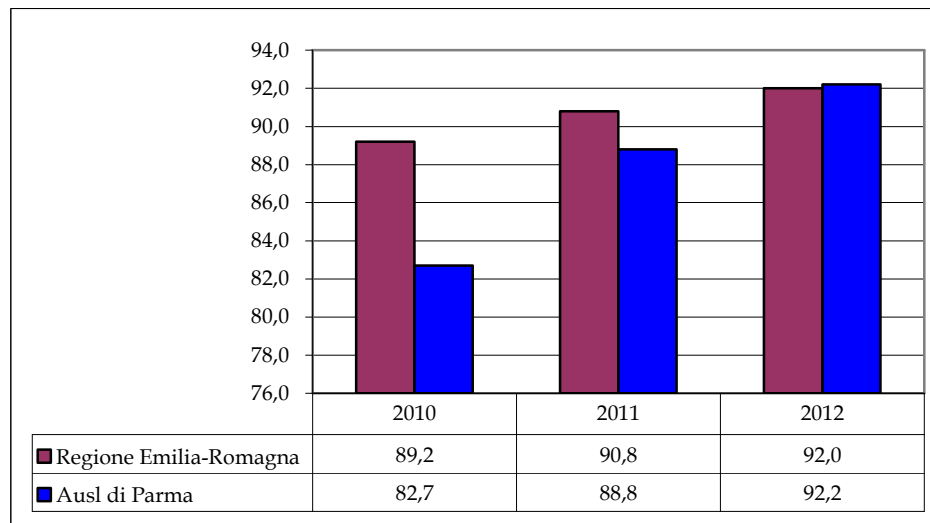
In entrambi gli Ospedali dell'Azienda USL di Parma è stato implementato un progetto di Ortogeriatria. Qual'effetto delle azioni positive implementate, nel triennio 2010-2012 si è verificato un miglioramento della percentuale degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero sebbene, nel 2012, tali valori risultino in calo.

FIGURA 78– FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE, INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO, ANNI 2010–2012, PER AZIENDA DI RESIDENZA



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

FIGURA 79 – PROPORZIONE DI INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, ANNI 2010–2012, IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO PER AZIENDA DI RICOVERO



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

La percentuale di colecistectomie effettuate per via laparoscopica è in costante incremento nel triennio e supera nel 2012 il valore medio regionale.

Parto Cesareo

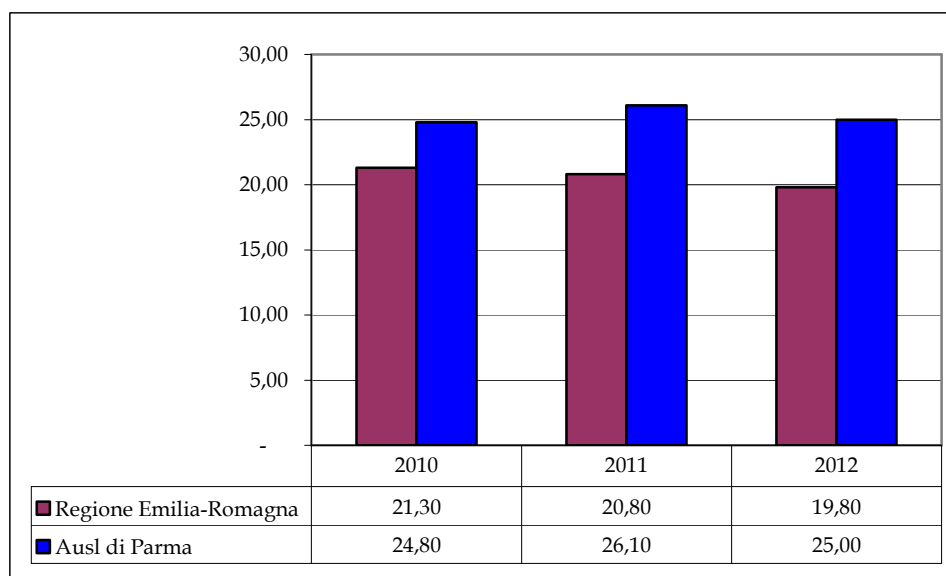
Si rileva l'ottima performance del punto nascita di Vaio, con percentuali sempre buone nel triennio ed inferiori alle medie regionali degli ospedali pubblici. Permane la selezione delle candidate all'intervento programmato, presso la Casa di Cura Città di Parma. Migliora il dato di Azienda Ospedaliera di Parma.

TABELLA 80 PARTI CESAREI, OGNI 100 NATI, PER PUNTO NASCITA

Punto nascita	2010	2011	2012
Fidenza	25,8	27,5	23,5
Borgotaro	33,2	37,0	37,1
Città di Parma	54,8	55,6	58,4
AOSP Parma	35,9	35,6	32,4
Provincia di Parma	35,9	36,2	35,1
Regione	29,4	29,1	28,1
Pubblico Regione	29,1	28,8	27,7
Privato Regione	54,9	55,5	60,2

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

FIGURA 80 – PARTI CESAREI PRIMARI OGNI 100 PARTI, ANNI 2010–2012, PER AZIENDA SANITARIA DI RICOVERO



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

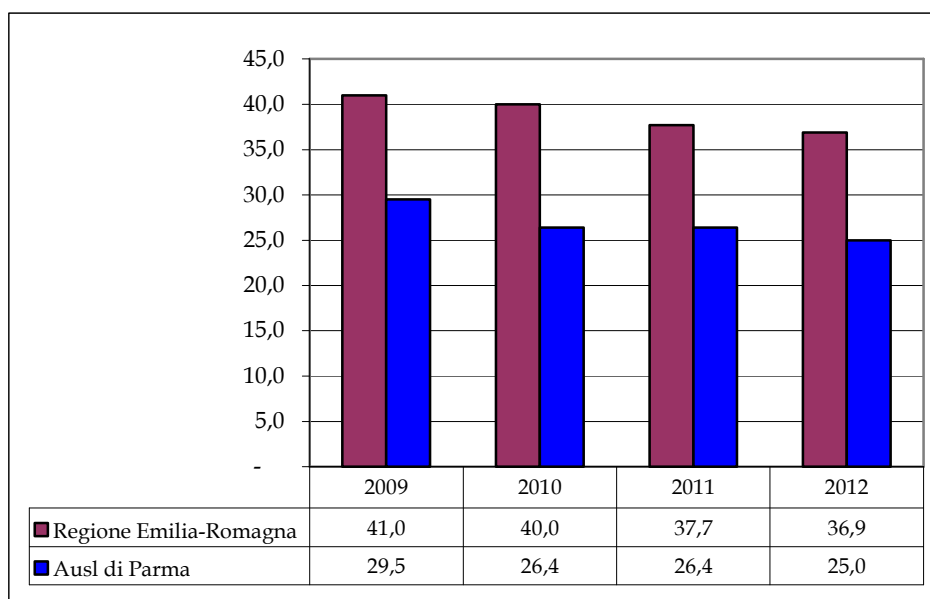
Il parto cesareo è considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata: anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno 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. L'indicatore nel triennio presenta

valori abbastanza stabili nel tempo, ma sempre superiori alle medie regionali, rendendo necessarie azioni di miglioramento.

Tasso grezzo di ospedalizzazione evitabile

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%.

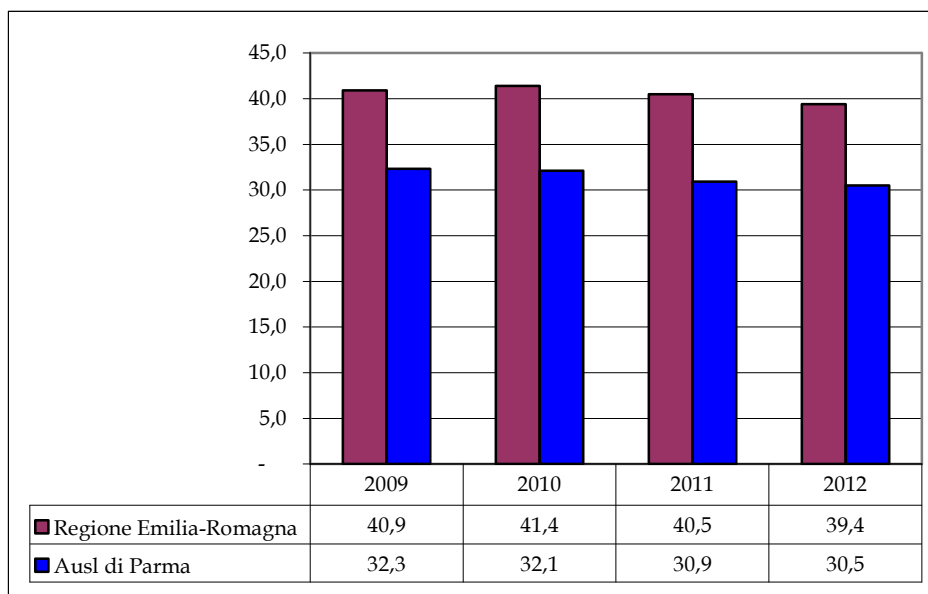
FIGURA 81 – DIMISSIONI PER ASMA, DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, IPERTENSIONE, MALATTIE CRONICHE POLMONARI PER 1.000 RESIDENTI, ANNI 2010–2012, PER AZIENDA USL DI RESIDENZA



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nel quadriennio 2009-2012, nella provincia di Parma, il dato risulta in decremento costante e al di sotto del valore regionale.

FIGURA 82 – DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2009–2012, PER AZIENDA DI RICOVERO

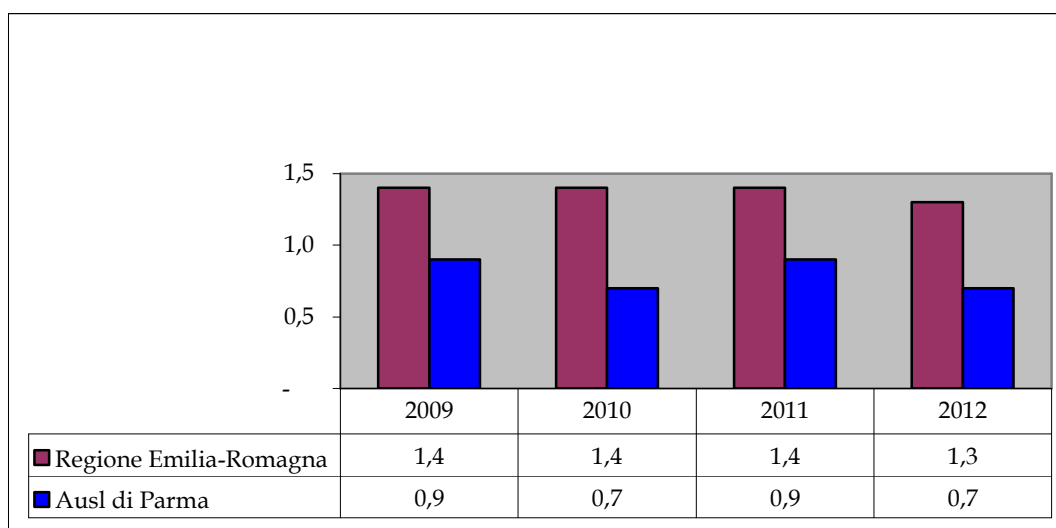


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

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, in tutto il quadriennio 2009-2012.

FIGURA 83 – PERCENTUALE DI RICOVERI NON PIANIFICATI AVVENUTI ENTRO 15 GIORNI DALLA DIMISSIONE, ANNI 2009–2012, PER AZIENDA DI RICOVERO

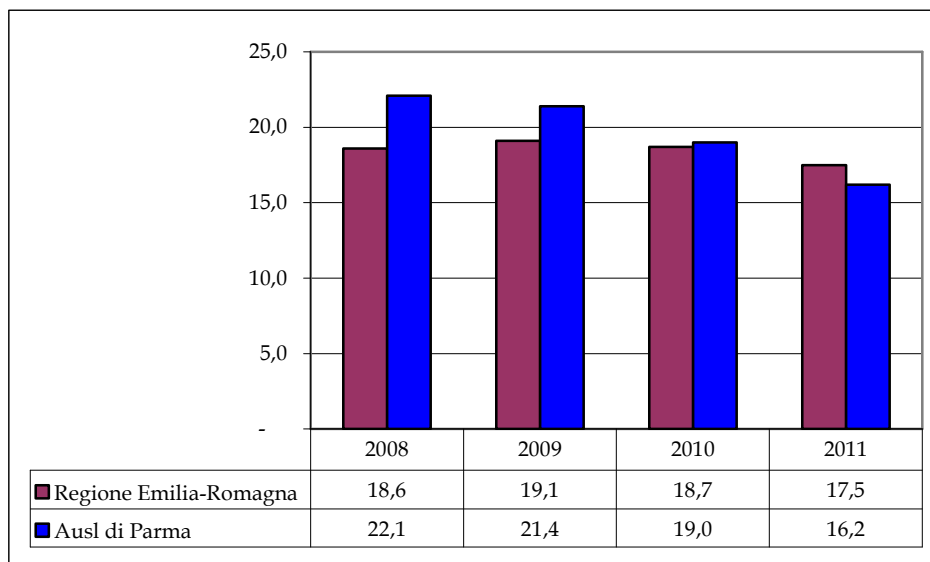


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Il dato è stabile negli anni e risulta sempre inferiore al valore medio regionale. I ricoveri ripetuti sono monitorati al fine di individuarne le cause e ridurne la frequenza.

Indicatori di mortalità

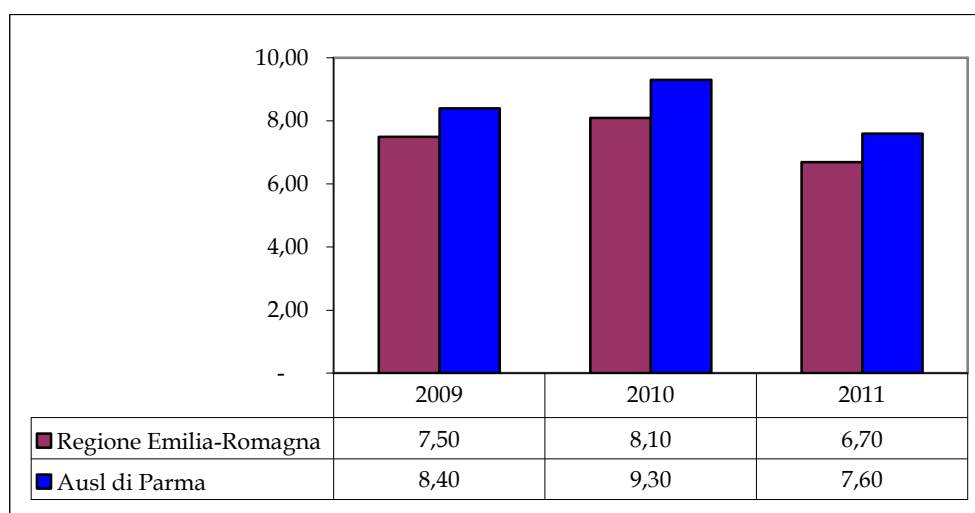
FIGURA 84 – PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE PER AZIENDA DI RICOVERO



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nell' Azienda USL di Parma si evidenzia un decremento costante nel quadriennio, con calo più marcato nel 2011 con valori al di sotto della media regionale.

FIGURA 85 – PROPORZIONE DI DECESSI A 30 GIORNI DAL RICOVERO PER EPISODIO DI NSTEMI, ANNI 2009–2011, PER AZIENDA DI RICOVERO



Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

La mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto Non ST-sopra (NSTEMI) nel triennio 2009-2011 risulta sempre più elevata rispetto alla media regionale, tuttavia è in calo nel corso dell'ultimo anno.