

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 2013 con un risultato pari a 14.000 €; a fronte di una diminuzione dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a -13,260 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali pari a milioni di € 15,699 (- 2,15 %), si è registrata una diminuzione di costi pari a 12,855 milioni di €.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE – 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Totale ricavi	794.000	813.276	821.466	821.246	807.986
Totale costi	788.018	805.180	817.836	813.279	800.424
Finanziamento regionale	712.744	727.377	728.760	728.601	712.902
Incremento finanziamento regionale	4,27	2,05	0,2	-0,02	-2,15

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali
Il 2012 è stato riclassificato come il 2013

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

TABELLA 2 RISULTATO D'ESERCIZIO

2009	2010	2011	2012	2013
- 3.698	- 1.750	- 852	+10	+14

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali

L'andamento dei risultati d'esercizio del periodo, rappresentati nella tabella, attestano il consolidamento della situazione di equilibrio economico raggiunta dall'Azienda; si può precisare che i dati per gli anni 2009, 2010 e 2011 rappresentano comunque tale situazione in quanto le perdite evidenziate in quegli anni corrispondono al valore degli ammortamenti sterilizzati che secondo i principi contabili adottati dalla Regione Emilia-Romagna costituivano gli obiettivi assegnati alle Aziende.

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.

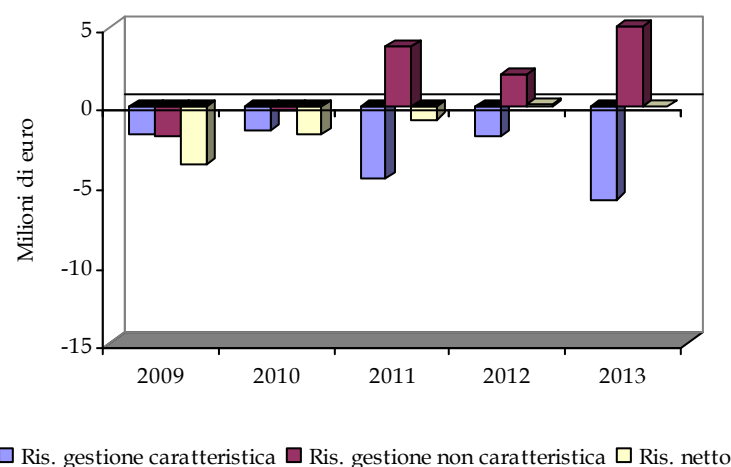
La tabella seguente riporta il risultato caratteristico per il periodo 2009-2013 mentre la figura successiva evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2009	2010	2011	2012	2013
- 1.751	- 1.542	- 4.578	-188	-5.867

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

FIGURA 1 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



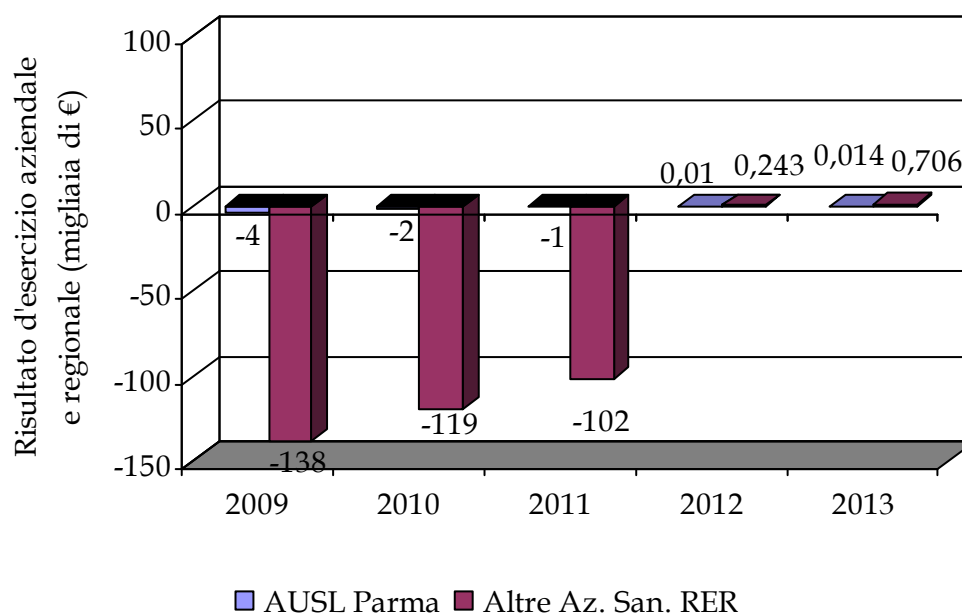
Fonte: Regione Emilia Romagna

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

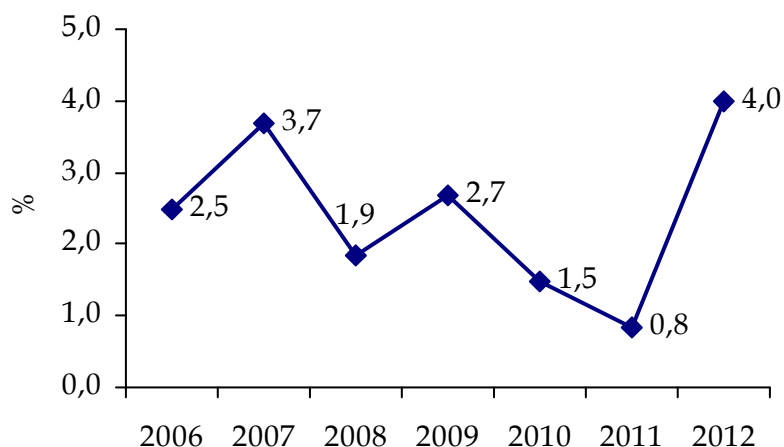
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale: per il 2013 il “peso” della performance aziendale su quella regionale è pari al 1,98%, per il 2012 il “peso” era pari al 4%, per il 2011 il “peso” era 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%, per il 2008 il “peso” era pari al 1,9%, per il 2007 il “peso” era pari al 3,7%, per il 2006 il “peso” era pari al 2,5%.

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



Fonte: Regione Emilia Romagna

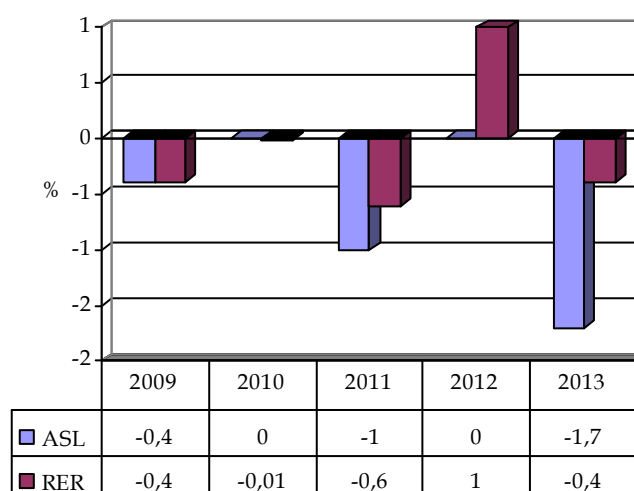
FIGURA 3 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



Trend della performance e della gestione caratteristica

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

FIGURA 4 INCIDENZA DELLA GESTIONE CARATTERISTICA SUI RICAVI DISPONIBILI



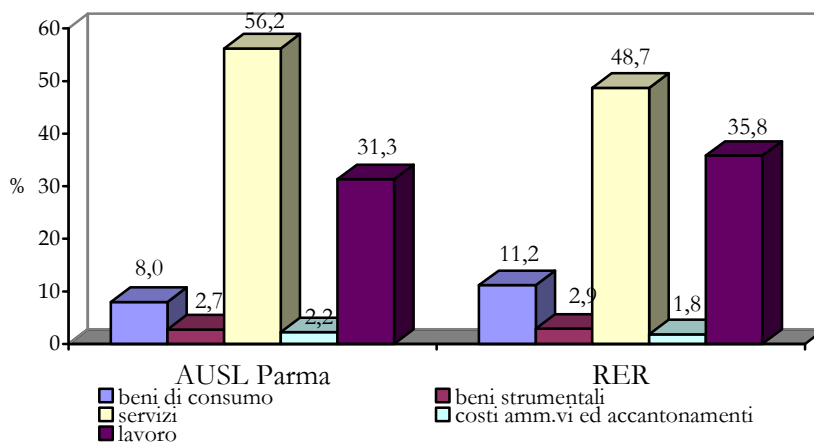
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2013 i ricavi disponibili **non coprono** la gestione caratteristica, nel 2012 i ricavi disponibili non 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.

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%.

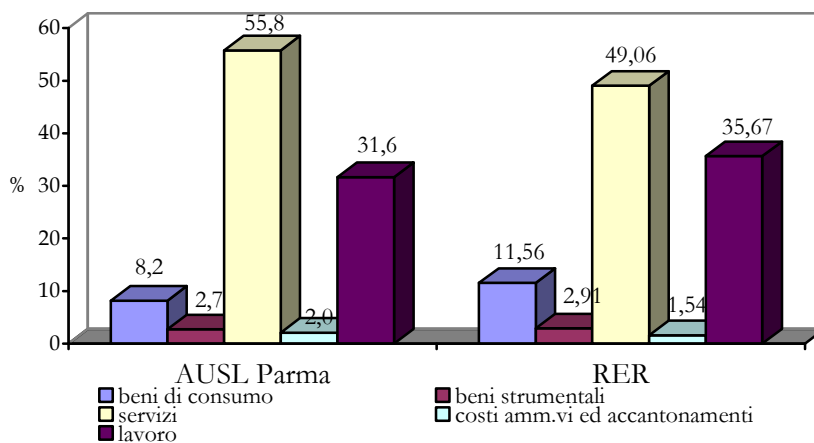
FIGURA 5 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2009



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.

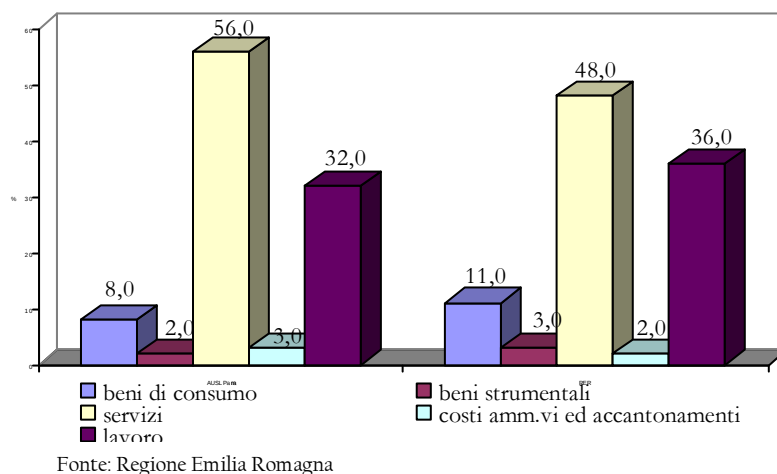
FIGURA 1 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



Fonte: Regione Emilia Romagna

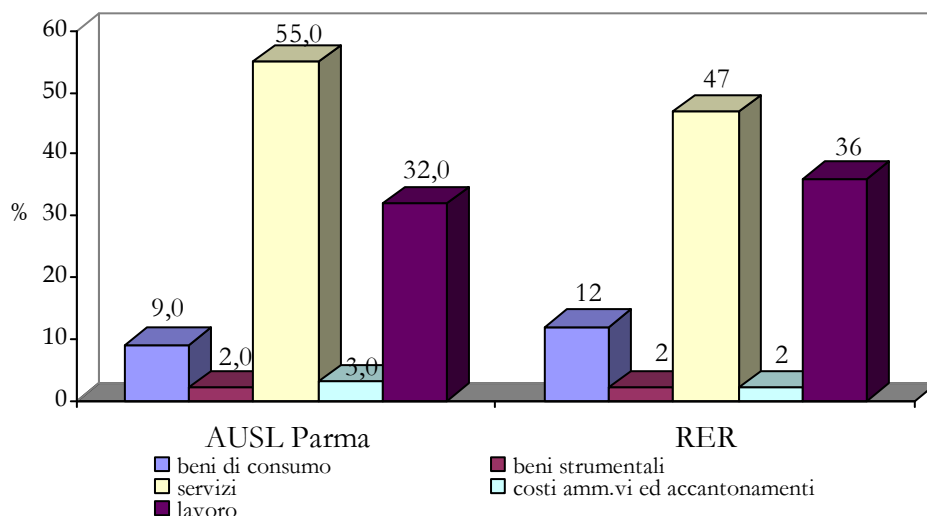
Nel 2010 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55,8 %) e per il totale regionale (49,1 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 4,04 %) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente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

FIGURA 2 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2011



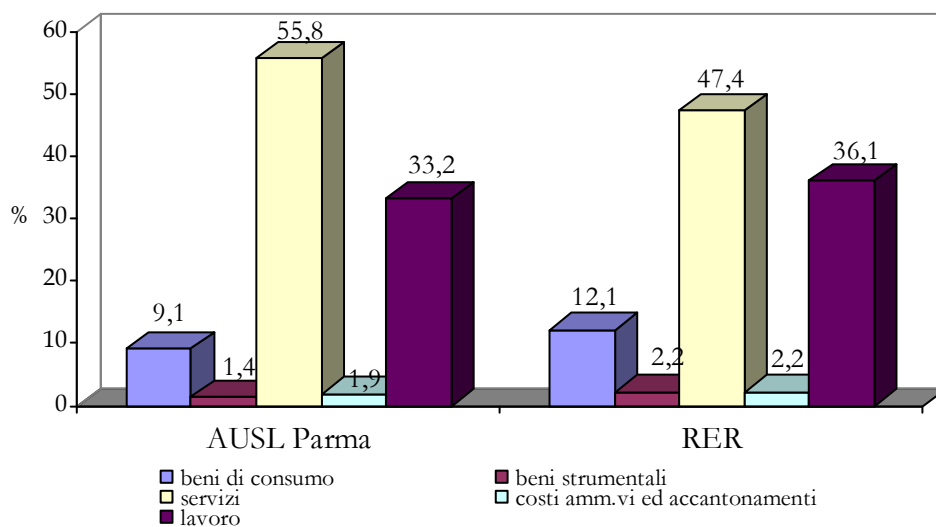
Nel 2011 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (56%) e per il totale Regionale (48%), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 3,5%) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

FIGURA 8 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2012



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.

FIGURA 9 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2013



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2013 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55,8%) e per il totale regionale (47,4%). 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

	2009	2010	2011	2012	2013
Consumo beni	8,0%	8,2%	8,4%	9%	8,9%
Servizi sanitari	50,0%	49,4%	48,9%	49%	47,9%
Servizi non sanitari	4,8%	5%	5,1%	6%	5,8%
Beni strumentali	2,6%	2,7%	1,9%	2%	1,4%
Manutenzioni	1,1%	1,2%	1,1%	1%	1,3%
Costi amministrativi	1,1%	1,1%	1,2%	1%	1,1%
Accantonamenti	1,2%	0,9%	1,4%	2%	0,8%
Costo del lavoro	31,2%	31,5%	32%	32%	32,7%

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 attiva maggiore la capacità delle strutture sanitarie dell'Azienda di attrarre pazienti da altre province e Regioni.

TABELLA 5 MOBILITÀ ATTIVA E MOBILITÀ PASSIVA

	2009	2010	2011	2012	2013
Mobilità attiva	35.023	36.454	37.137	35.895	34.397
Mobilità passiva	262.894	268.700	268.181	267.572	263.278
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,3	13,6	13,8	13,4	13,1

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'AOU di Parma.

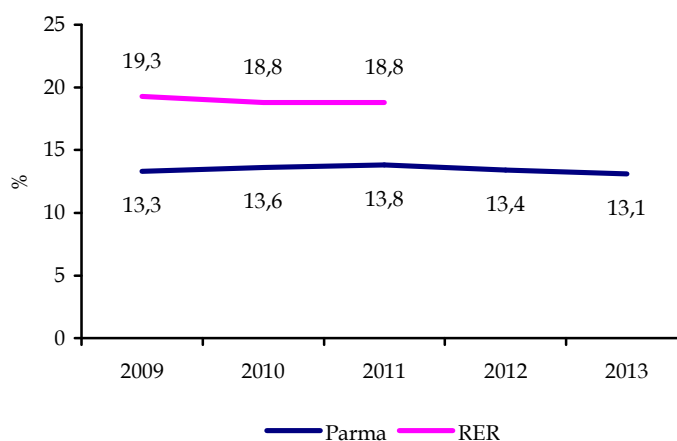
TABELLA 6 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

	2009	2010	2011	2012	2013
Mobilità passiva totale	262.894	268.700	268.180	267.572	263.278
Mobilità passiva vs. AOU Parma	217.514	222.294	221.789	220.288	218.203
Mobilità passiva AOU Parma/ mobilità passiva totale x 100	82,7	82,7	82,7	82,3	82,9

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 (+ 82,9 %). 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 CAPACITÀ DI TRAZ. MEDIA DI AZ. GRUPPO OMOG.



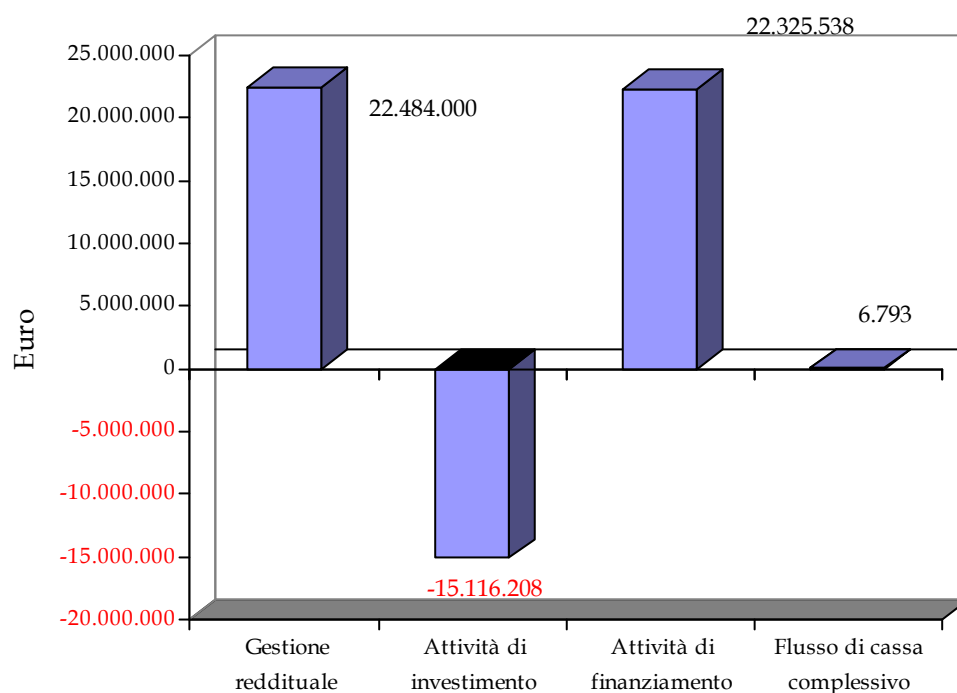
Sostenibilità finanziaria

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 2013 è stata di 130 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, con un significativo miglioramento rispetto allo stesso dato del 2012, pari a 147 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
192.965.544,00	179.963.102,00	516.432.999,00

Fonte: Bilancio aziendale anno 2013

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 2013 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2013

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	42 %	81 %	Finanziamenti a breve
Scorte	2 %	2 %	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	56 %	16 %	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale

La lettura dei grafici negli anni evidenzia come nell'ultimo esercizio sia aumentato il patrimonio netto a fronte di incremento degli investimenti mentre si sono ridotti i crediti. 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 2009-2013 ATTIVITÀ

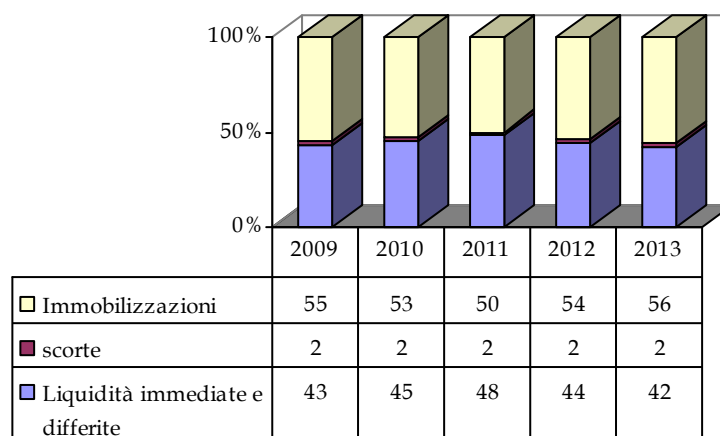
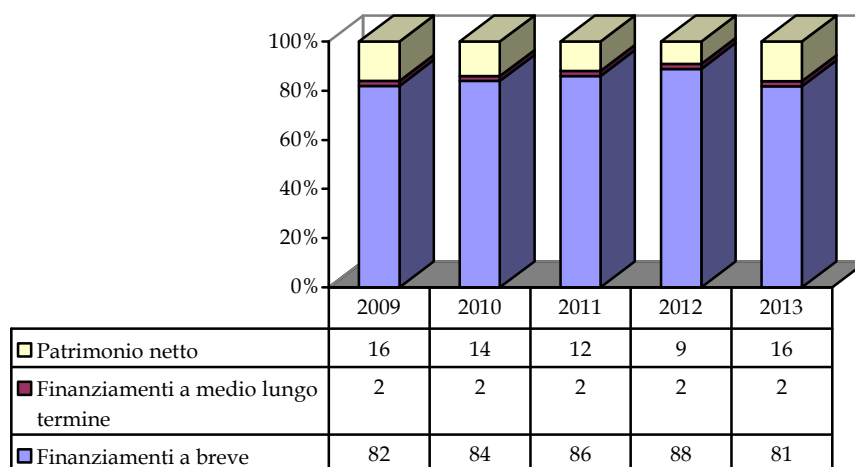


FIGURA 13 STATO PATRIMONIALE 2009-2013 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2009-2013 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2009	2010	2011	2012	2013
Terreni	0	0	4.400	0	0
Fabbricati	2.404.209	4.730.523	4.160.543	2.220.468	9.309.984
Impianti e macchinari	0	36.000	0	0	0
Attrezzature sanitarie	1.450.873	4.954.822	2.876.180	1.736.768	1.448.886
Mobili e arredi	369.062	351.714	491.741	286.439	237.608
Automezzi	368.205	127.853	98.237	116.632	155.909
Altri beni	895.762	810.397	615.266	546.190	614.080
Totale	5.488.111	11.011.309	8.246.367	4.906.497	11.766.467

Fonte: Bilanci aziendali

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 Vighefio. Nel 2013 l'investimento più significativo riguarda gli interventi connessi alla realizzazione e al completamento della nuova sede del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Parma e all'acquisizione dell'edificio.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

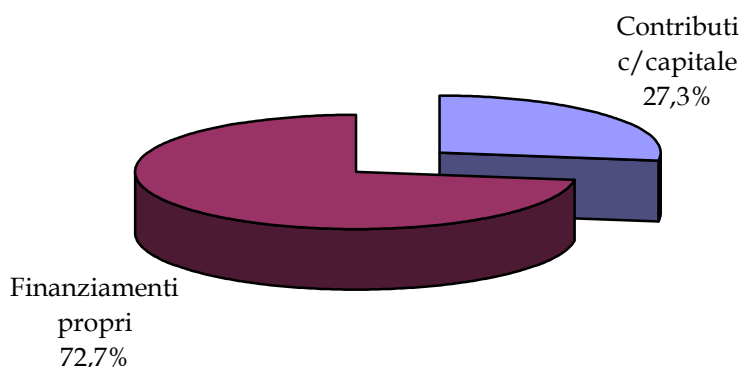
Contributi	2009	2010	2011	2012	2013
Totale	72.866	1.613.408	499.399	4.860.903	4.366.190

Fonte: Bilanci aziendali

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 ed 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 Dgls 118/11 è stata trasferita a contributi in conto capitale quota parte del Fondo Sanitario Regionale, destinata all'acquisto di cespiti. I contributi anno 2013 sono in parte relativi alla realizzazione del Polo Pediatrico, in parte destinati al finanziamento delle Case della Salute.

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	2009	2010	2011	2012	2013
Immobilizzazioni immateriali	980.797	1.306.252	796.209	1.161.238	1.249.723
Fabbricati strumentali	2.290.241	4.532.870	3.447.757	2.182.526	9.309.984
Impianti e macchinari	0	36.000	0	0	0
Attrezzature sanitarie	1.450.873	4.954.822	2.876.180	1.736.768	1.448.886
Mobili e arredi	369.062	351.714	491.741	286.439	237.608
Altri beni	1.009.731	938.250	713.503	546.190	614.080
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	2.642.219	3.934.231	2.655.997	1.806.499	2.608.295
Totale	8.742.923	16.054.139	10.981.387	7.719.660	15.468.576

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

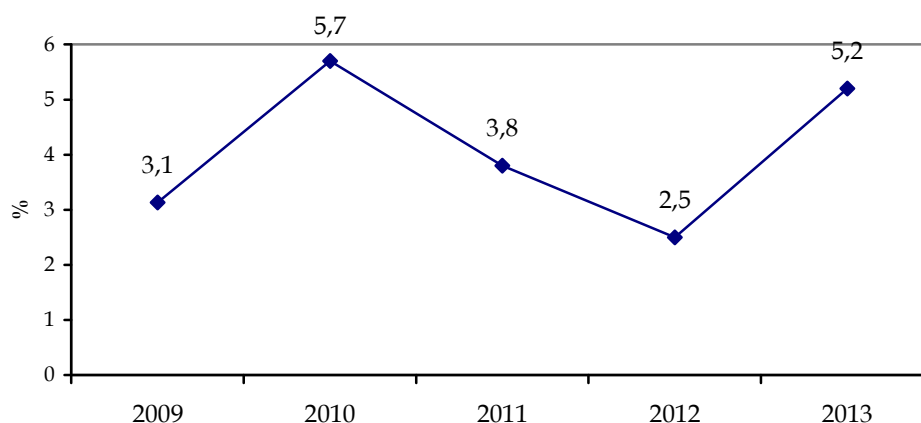
	2009	2010	2011	2012	2013
Investimenti	6.333.440	12.119.908	8.324.391	6.067.735	12.860.281
Totale immobilizzazioni	202.110.444	211.770.640	217.950.056	238.300.488	249.491.150
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	3,3	5,7	3,8	2,5	5,2

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.

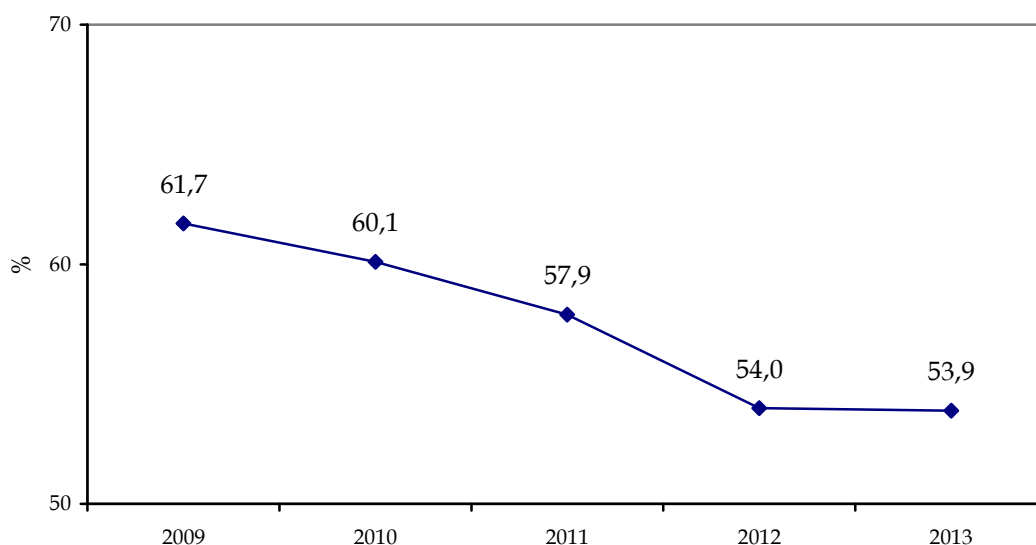
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2009	2010	2011	2012	2013
Residuo da ammortizzare	124.747.221	127.257.835	126.288.776	129.050.558	134.593.796
Totale immobilizzazioni	202.110.444	211.770.640	217.950.056	238.300.488	249.491.150
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	61,7	60,1	57,9	54,0	53,9

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 2.655 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 2.655 del 2013 (+15,2 %).

L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (63,7%), 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 (79,4%). A questi occorre poi aggiungere i 349 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 3.341 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	2009	2010	2011	2012	2013
Sanitario	Medici e veterinari	430	430	430	442	441
Sanitario	Dirigenti sanitari	55	63	63	71	71
Professionale	Dirig. Professionale	8	8	8	7	7

Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	6	6	6
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	22	19	20	18	22
	DIRIGENTI	519	524	527	544	547
Sanitario	Comparto sanitario	1.293	1.307	1.333	1.332	1344
Tecnico	Comparto tecnico	399	420	426	416	418
Amministrativo	Comparto amministrativo	339	345	352	355	346
	COMPARTO	2.031	2.072	2.111	2.103	2108
	TOTALE	2.550	2.596	2.638	2.647	2.655

TABELLA 15 NUMERO MMG, PLS E MEDICI AMBULATORIALI

Anni	Specialisti Titolari Sostituti	Incarichi a tempo Determinato specialisti	Medici di Me- dicina Genera- le	Pediatri Libera Scelta	Medici di Guardia Medica	Medicina dei Servizi *	Emergenza Sanitaria Territoriale **
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
2013	165	16	289	60	121	26	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 €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Personale dipendente	121.507	125.632	126.287	127.426	127.842
Personale convenzionato	53.684	56.197	58.049	59.759	60.167
MMG e Pediatri	45.439	48.126	49.117	49.632	49.697
Specialisti interni	4.801	4.847	5.013	5.156	5.444
Guardia medica	3.444	3.224	3.303	3.203	3.245
Medicina dei Servizi	-	570	616	852	933
Emergenza S.T	-	-	-	916	838
Totale	175.191	181.829	184.336	187.185	188.009

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

TABELLA 17 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. 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. A lato la facciata dopo i restauri della Chiesa di Santa Maria del Quartiere ultimati nei primi mesi del 2012.



Mobilità aziendale

Gli interventi del Mobility Manager sviluppati a livello aziendale nel corso del 2013 sono stati:

- Aggiornamento annuale del Piano spostamenti casa lavoro approvato dal Comune di Parma in data 5 luglio 2013 con determina n. 1.736 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
- Gestione diretta delle domande per il trasporto pubblico locale (Tep) e rinnovo graduatoria aventi diritto abbonamenti agevolati alle righe blu per gli operatori di viale Basetti
- Il 2013 ha visto l'importante riconoscimento dell'Osservatorio nazionale Spending Review per il progetto aziendale **"Gestione informatizzata del parco automezzi"**, avviato nel corso del 2013 e operativo da gennaio 2014. Il progetto, inserito nella lista di esperienze significative a livello nazionale nell'ambito delle azioni connesse con la spending review per le sue caratteristiche di concretezza e innovazione, è finalizzato alla razionalizzazione dell'uso della flotta aziendale (oltre 200 mezzi attivi su tutto il territorio provinciale), al miglioramento della sicurezza per i dipendenti aziendali e alla razionalizzazione dei costi assicurativi e gestionali. Un'ulteriore conferma dell'attenzione che ormai da diversi anni l'Azienda riserva al tema della mobilità: oltre alla gestione informatizzata del parco automezzi, sono in via di sviluppo altre iniziative, da quelle per facilitare la prenotazione e l'utilizzo dei veicoli alla semplificazione di rendicontazioni e ottimizzazione di tempi e modalità di utilizzo secondo le esigenze dei diversi servizi
- L'ufficio del Mobility Manager ha partecipato al progetto europeo ECOSTAR sviluppato in collaborazione con il Comune di Parma e Infomobility, ottenendo tramite incontri programmati ed audit finale la relativa certificazione europea
- Il Mobility Manager ha collaborato con il Comune di Parma e Infomobility per una partnership sul car-pooling per acquisire e implementare una piattaforma informatica sul sito aziendale che consente di creare una community per favorire la costituzione di equipaggi che effettuano lo stesso tragitto casa-lavoro
- Il Mobility Manager e l'Ufficio Comunicazione Aziendale hanno aggiornato l'apposito sito nell'Intranet Aziendale con il quale vengono illustrati i principali progetti e le azioni svolte sul tema. Tale strumento viene utilizzato per garantire anche alcune informazioni sulla viabilità cittadina
- Nel corso del 2013 il Mobility Manager ha partecipato in qualità di relatore/componente agli incontri regionali del Gruppo Tecnico (3) ed ha rimodulato su richiesta dei competenti assessorati della salute e dei trasporti il progetto sulla mobilità elettrica aziendale
- Il Mobility ha partecipato alla giornata illustrativa sul "fleet management" svoltasi a Bologna
- Nel corso del 2013 in collaborazione con il RIT aziendale è stata adeguata l'informatizzazione per la compilazione e 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
- Sono state garantite le trasmissioni dei nuovi flussi regionali sulla mobilità e parco automezzi con la particolare novità del collegamento alle attività di Fleet Management che vedono coinvolti servizi aziendali diversi. Tali reportistiche sono state validate dalla regione mediante procedura cup2000 alla fine del 2013.

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, viene periodicamente effettuata l'analisi qualitativa dei consumi con conseguenti azioni mirate alla diminuzione degli stessi. Nel corso del 2013 si è provveduto a completare l'installazione di una prima

quota di interventi sulle pompe di circolazione dell'Ospedale di Vaio e a realizzare, presso la sede del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie, un sistema automatico di disattivazione di tutte le utenze elettriche durante le ore notturne e festive. Sono inoltre state avviate le attività di progettazione di analoghi interventi presso le Case della Salute di San Secondo e di Langhirano.

- 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 stati ultimati 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. Presso la medesima struttura è stato nel contempo realizzato un nuovo impianto fotovoltaico di tipo integrato con una potenza di picco di 2 kWp. Nel corso del 2013, si è inoltre provveduto alla progettazione di un impianto fotovoltaico di tipo integrato con una potenza di picco di 50 kWp presso la nuova ala prevista in ampliamento all'Ospedale di Vaio (la relativa procedura di affidamento verrà espletata nel corso del 2014).

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 2008-2012; i finanziamenti, invece, fanno riferimento al periodo 2008-2013. 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 gli anni dal 2008 al 2011, una spesa pro-capite dell'Azienda di Parma leggermente al di sotto di quella regionale, mentre per l'anno 2012 questa risulta superiore; osservando la serie storica si nota come nell'anno 2012 questo differenziale si attesta sullo 0,26%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 18,14% e del costo per assistito pari al 14,23%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,43%. Le variazioni sono sensibilmente superiori di quelle registrate a livello regionale sia per quanto concerne i costi nominali, sia per quanto concerne il costo pro capite.

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. L'indice di dipendenza della popolazione del territorio dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per l'anno 2012 è pari al 52,1% relativamente ai dimessi ed al 56,9% relativamente agli importi, mentre per l'anno 2013 il dato è pari al 51,4% relativamente ai dimessi ed al 56,6% relativamente agli importi.

A partire da consuntivo 2012 i costi di ciascuna azienda sono stati integrati con quelli sostenuti per l'erogazione di prestazioni di emergenza a favore dei propri cittadini. L'attribuzione, effettuata sulla base della popolazione pesata di ciascuna Azienda, ha determinato un incremento dei costi di circa 5 euro procapite (per omogeneità sono stati ricalcolati i dati degli anni dal 2008 al 2011). Dal calcolo del costo procapite

sono esclusi i costi ed i ricavi relativi all'assistenza nelle carceri a favore dei malati di AIDS, in quanto non rapportabili alla popolazione residente.

TABELLA 18 COSTI PER ASSISTITO – ANNI 2008–2012

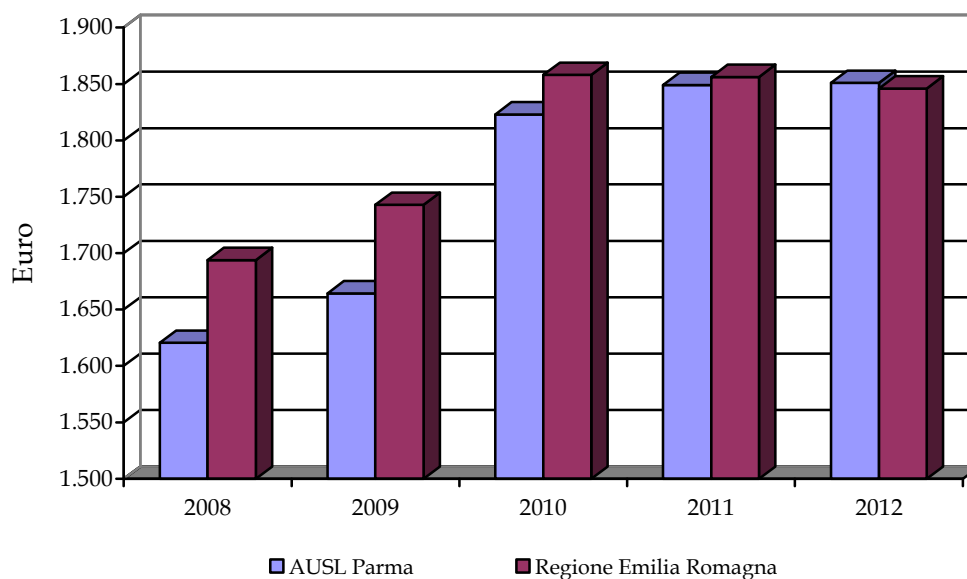
	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione°	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite		
2008	702.766	433.687	1.620,44	7.242.534	4.275.843	1.693,83	-4,33	-73,38
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,30
2010	807.018	442.666	1.823,09	8.167.018	4.395.606	1.858,00	-1,91	-34,91
2011	824.860	445.964	1.849,16	8.227.437	4.432.439	1.856,19	-0,38	-7,03
2012	830.277	448.566	1.850,96	8.232.032	4.459.246	1.846,06	0,26	4,90
Scostamento%								
A. 2008-2012	18,14	3,43	14,23	13,66	4,29	8,99		

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

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

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

FIGURA 17 COSTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALI – ANNI 2008–2012



Declinando l'analisi dei costi pro capite per livelli di assistenza si rileva l'aumento nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 12,60%, e nell'assistenza ospedaliera, che aumenta del 17,79%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione del 0,38.

TABELLA 19 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2008–2012

Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER

2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,40	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	51,88	55,66	960,70	1.063,42	814,98	738,92
2011	55,06	56,94	993,93	1.060,42	804,69	738,83
2012	55,24	56,74	1000,14	1.050,82	800,29	738,49
Scostamento %						
2008-2012	-0,38%	-7,27%	12,60%	9,63%	17,79%	9,55%

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale fanno risaltare come, anche disarticolando 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.

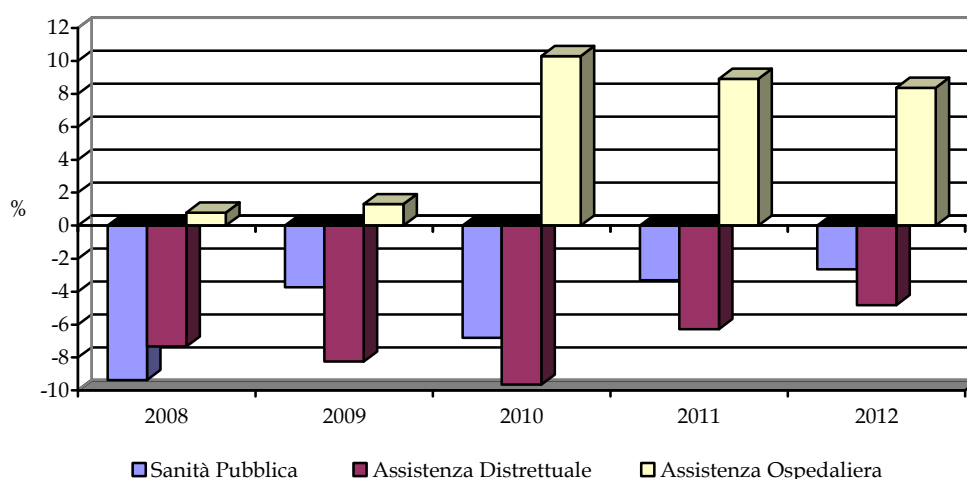
TABELLA 20 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2008-2012

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
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	-3,30%	-1,88	-6,27%	-66,49	8,91%	65,86
2012	-2,64%	-1,5	-4,82%	-50,68	8,37%	61,8

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 18 SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA - AUSL - RER - ANNI 2008-2012



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 3,42% nell'anno 2008 al 2,98% nell'anno 2012 come pure l'Assistenza Distrettuale dal 54,73% al 53,90% 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 sino all'anno 2011, con inversione nell'anno 2012.

TABELLA 21 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA, AUSL RER, ANNI 2008-2012

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
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	2,97	3,07	53,62	57,13	43,41	39,80
2012	2,98	3,07	53,90	56,92	43,13	40,00

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

Il finanziamento dei livelli di assistenza, per l'Azienda USL di Parma è aumentato dell'8,22%, crescita inferiore a quella regionale, pari al 10,09%. Il finanziamento per assistito (indicatore ottenuto dal rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma e la popolazione aziendale di riferimento) è aumentato negli anni considerati del 3,00%, misura sensibilmente minore a quanto registrato a livello regionale (5,28%).

TABELLA 22 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO, ANNI 2008-2013

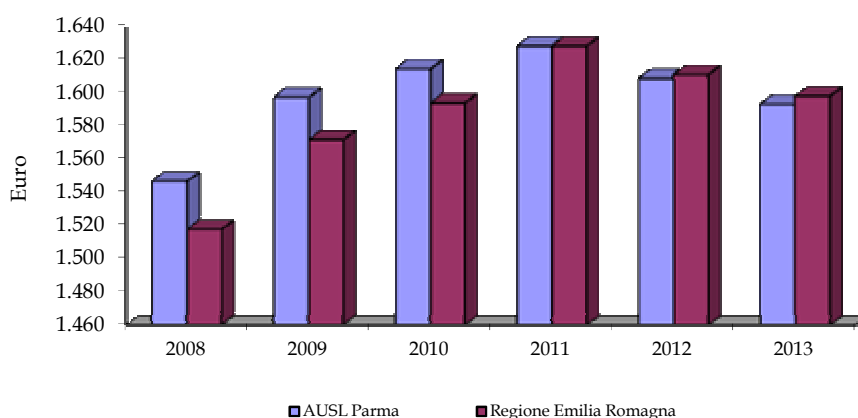
	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2008	658.347.119	425.690	1.546,54	6.489.089.856	4.275.843	1.517,62	1,87%	28,92
2009	691.717.416	433.096	1.597,15	6.816.420.639	4.337.966	1.571,34	1,62%	25,81
2010	705.866.508	437.308	1.614,12	7.005.511.324	4.395.606	1.593,75	1,26%	20,37
2011	719.654.836	442.070	1.627,92	7.215.611.066	4.432.439	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
2013	712.455.380	447.251	1.592,97	7.143.932.436	4.471.104	1.597,80	-0,30%	-4,83
Scostam. % 2008- 2013	8,22%	5,06%	3,00%	10,09%	4,57%	5,28%		

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 a partire dall'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 19 FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2008–2013



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	87.555
	Donne 50/74 anni	Biennale		
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap -test	124.505
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	109.204

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi all'anno 2013

TABELLA 24 SCREENING MAMMOGRAFICO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne 45/49 anni	55,4	69,1
Donne 50/74 anni	62,5	70,5

TABELLA 25 SCREENING COLLO UTERO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne 25/64 anni	63,0	59,7

TABELLA 26 SCREENING DEL COLON- RETTO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne e Uomini 50/69 anni	54,2	55,0

Copertura vaccinale nei bambini

Le vaccinazioni rappresentano ancora oggi uno dei più efficaci strumenti di prevenzione: raggiungere e mantenere elevati livelli di copertura significa eliminare o ridurre drasticamente l'incidenza di molte malattie infettive. In Emilia Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte d'Italia; più in particolare, per le vaccinazioni obbligatorie la copertura raggiunta nel 2010 è del 96,9% 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 2012

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	96,8	96,1
HiB 24° mese	96,6	95,4
Morbillo 24° mese	93,3	92,6
Rosolia 13 anni (M+F)	96,5	94,8

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 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.078	1.920	92,4
Fidenza	1020	963	94,4
Valli Taro e Ceno	371	352	94,9
Sud Est	752	705	93,8
AUSL PR	4.221	3.940	93,4

Continua l'azione di recupero dei suscettibili (ancora non coperti da vaccinazione), 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 89,1% e a 13 anni il 87,3%.

Pertosse

TABELLA 29 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO ANNO 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2078	2.019	97,2
Fidenza	1020	986	96,7
Valli Taro e Ceno	371	358	96,5
Sud Est	752	721	95,9
AUSL PR	4.221	4.084	96,8

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 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.078	2.016	97,0
Fidenza	1020	986	96,7
Valli Taro e Ceno	371	355	95,7
Sud Est	752	722	96,0
AUSL PR	4.221	4.079	96,6

Poliomielite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 97,0% per la vaccinazione anti poliomielite a 24 mesi, contro una media regionale di 96,3%.

TABELLA 31 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI PER DISTRETTO ANNO 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.078	2.022	97,3
Fidenza	1020	992	97,3
Valli Taro e Ceno	371	358	96,5
Sud Est	752	723	96,1
TOTALE	4.221	4.095	97,0

Rosolia

L'aumento registrato negli ultimi anni ha permesso di raggiungere l'obiettivo fissato dalla regione (85%), ma, così come previsto dal Piano "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 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.837	1.760	95,8
Fidenza	866	846	97,7
Valli Taro e Ceno	360	347	96,4
Sud Est	652	633	97,1
AUSL PR	3.715	3.586	96,5

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 fanno riferimento alla coorte di bambini nati nel 2010 e vaccinati con tre dosi.

TABELLA 33 COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO ANNO 2012

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.078	1989	95,7
Fidenza	1020	972	95,3
Valli Taro e Ceno	371	355	95,7
Sud Est	752	721	95,9
Totale	4.221	4.037	95,6

Naturalmente, a fianco dell'offerta ai nuovi nati, rimane l'impegno di raggiungere i bambini a rischio per patologia a qualunque fascia di età: nel 2012 sono stati vaccinati il 73,9% dei bambini con cardiopatie croniche, il 93,3% dei bambini con malattie polmonari croniche e il 100% di quelli con cirrosi o epatopatie croniche involutive.

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 2001

Parma	%
%vaccinati con almeno una dose	67,1
%vaccinati con tre dosi	41,9

Si tratta di risultati costantemente più bassi della media regionale (74,3 e 50,7 rispettivamente).

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno a livello regionale è aumentato in maniera costante ma modesta dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 2,0%), 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 2012 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 37 per la coorte di nascita 2011, 20 dei quali residenti nel Distretto di Parma.

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Quest'anno la campagna vaccinale antinfluenzale 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 nella provincia di Parma è del 47,1%, rispetto al 54,9% 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 (SPSAL), 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. La Regione Emilia-Romagna ha previsto che i SPSAL coprano con i controlli ogni anno almeno il 9% delle Unità Locali del proprio territorio. Nell'anno 2013 nella provincia di Parma erano presenti 21668 PAT, per cui il 9% da controllare corrispondeva a 1960 Unità Locali. Ne sono state controllate 2470, con indice di copertura del 11,4 %.

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 Universitaria 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 20 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI PARMA

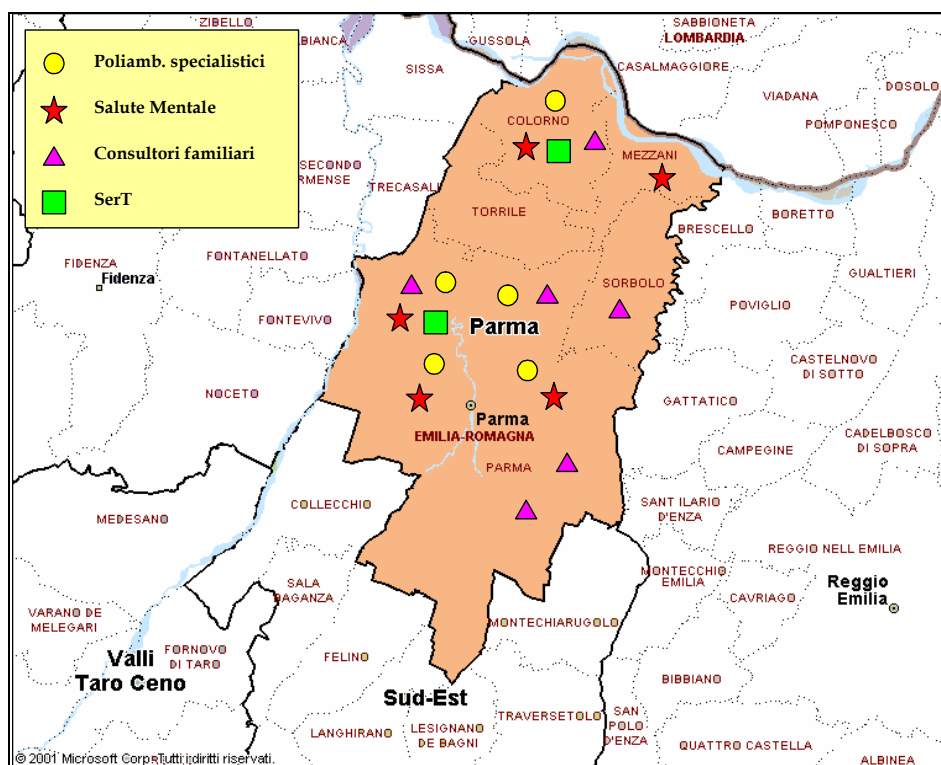


FIGURA 21 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI FIDENZA

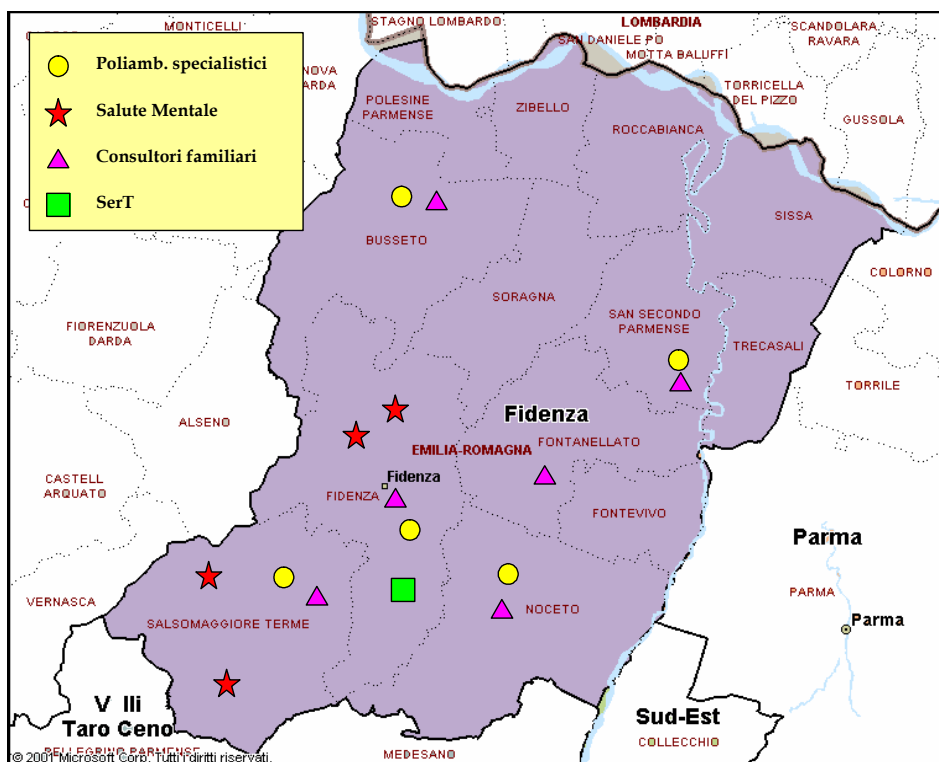


FIGURA 22 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD-EST

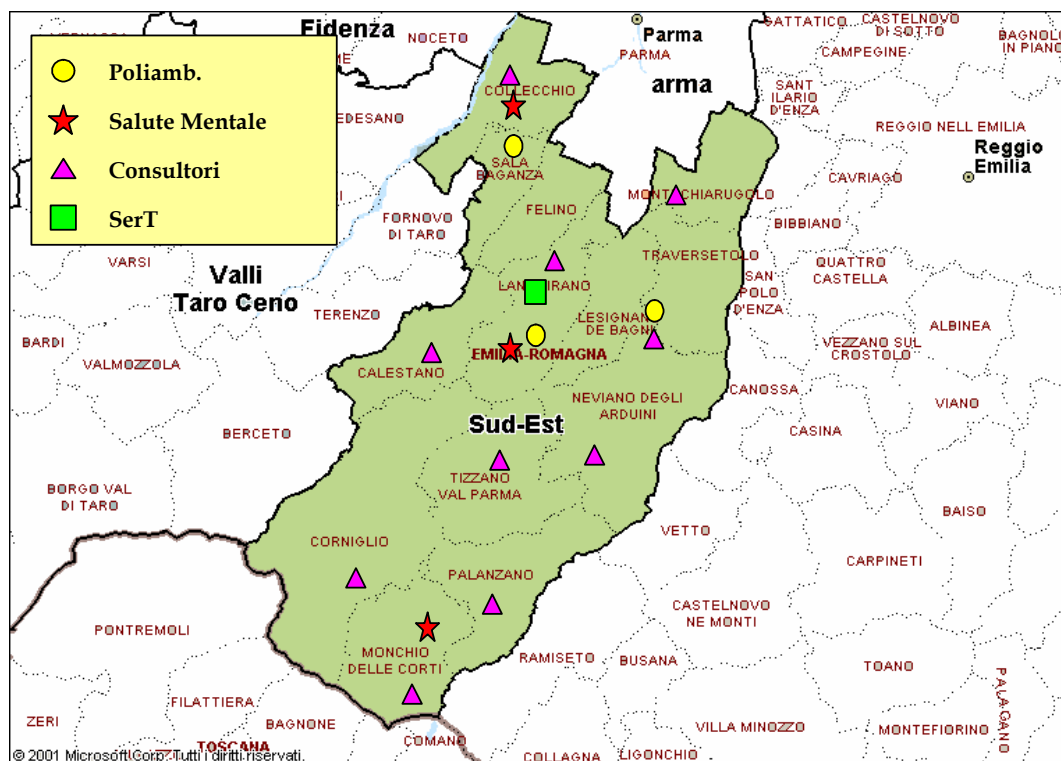
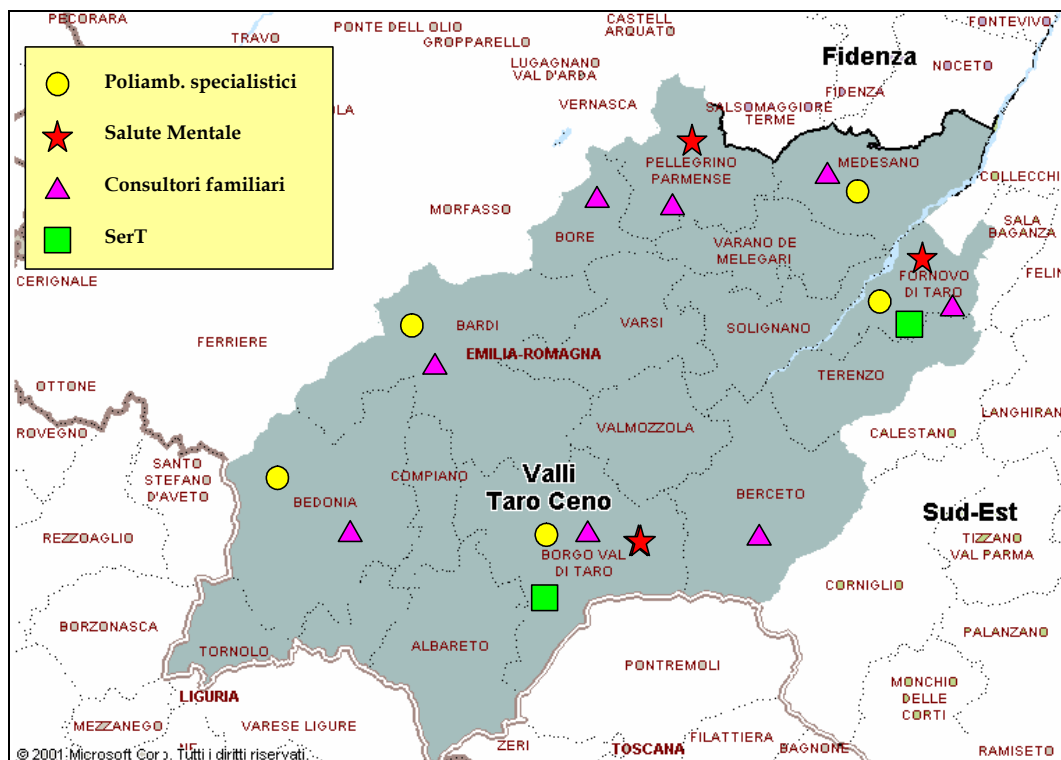


FIGURA 23 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



Lo sviluppo del modello assistenziale “Casa della Salute” nell’Azienda USL di Parma

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

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

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

Sulla base di tali indicazioni l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica, formalizzata alla RER con nota protocollo n. 71220 del 27/08/10 (ricognizione aziendale relativa alle progettualità avviate nei distretti relative alle Case della Salute) ed approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) nella seduta del 21/12/11 (Piano Aziendale Case della Salute nella Provincia di Parma – Percorso di costruzione), 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, sono perseguiti i seguenti principi:

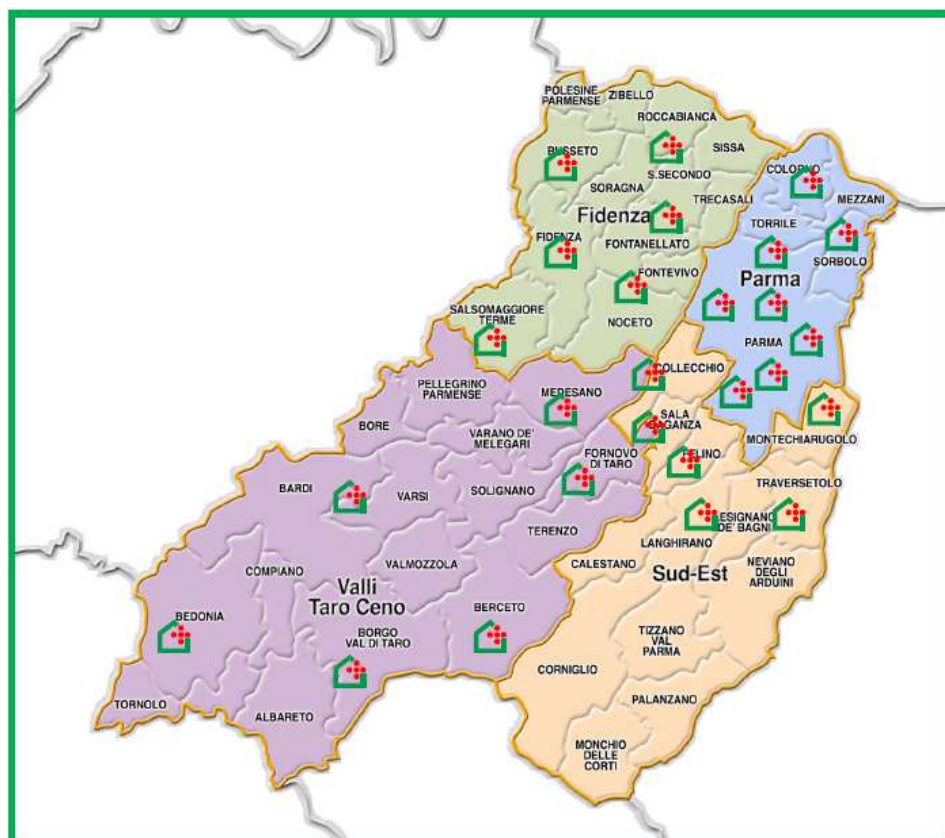
- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia,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

In ognuna delle Case della Salute è previsto 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 viene garantita attraverso “percorsi di cura ed assistenza”, in cui sono definite la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi sotto diversi aspetti (complessità sanitaria, complessità socio-assistenziale, complessità familiare) e che sono erogati da professionisti che, pur appartenendo ad aree differenti (sanitaria, sociale, servizi educativi, ecc.), si trovano ad operare nel medesimo contesto rappresentato dalla Casa della Salute.

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

FIGURA 24 LA MAPPA DELLE CASE DELLA SALUTE NEL TERRITORIO PROVINCIALE



La Programmazione ed i tempi di realizzazione nei Distretti

Distretto di Parma

Comprende i Comuni di Parma, Colorno, Mezzani, Sorbolo e Torrile, con una popolazione complessiva pari a 220.294 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 163,2, un indice di invecchiamento pari a 21,6, mentre la % di popolazione in età lavorativa è pari a 65,1%.

E' suddiviso in 8 NCP; i 6 NCP della città hanno come ambito di riferimento 1 o 2 quartieri.

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	Dicembre 2014
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 e funzionante adeguata ex DGR 291/10	Attivata
San Leonardo	Parma	Casa della Salute "San Leonardo"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2014
Colorno-Torrile	Colorno	Casa della Salute "Colorno-Torrile"	Grande	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Sorbolo-Mezzani	Sorbolo	Casa della Salute "Sorbolo-Mezzani"	Piccola	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale

Distretto di Fidenza

Comprende i Comuni di Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Polesine, Roccabianca, Salsomaggiore, San Secondo, Sissa, Soragna, Trecasali, Zibello, con una popolazione complessiva pari a 104.586 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 168,9, un indice di invecchiamento pari a 22,6, mentre la % di popolazione in età lavorativa è pari a 64,0%.

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 2014
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	Dicembre 2014
Noceto	Noceto	Casa della Salute "Noceto"	Progetto da definire	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2014

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 76.014 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 159,1, un indice di invecchiamento ≥ 65 pari a 22,6 mentre la % di popolazione in età lavorativa è pari a 64,2%. 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 46.357 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 230,1, un indice di invecchiamento pari a 27,7, mentre la % di popolazione in età lavorativa è pari a 60,2%. 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	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
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-Torrile), due nel Distretto di Fidenza (San Secondo, Busseto), due nel Distretto Sud Est (Langhirano e Monticelli), una nel Distretto Valli Taro e Ceno (Medesano).

Le strutture attivate nel corso del 2012

Sono complessivamente 5 le strutture attivate nel corso del 2012: tre nel Distretto Sud Est (Felino, Sala Baganza, Traversetolo) e due nel Distretto Valli Taro e Ceno (Bedonia e Berceto).

Le strutture attivate nel corso del 2013

Sono complessivamente 2 le strutture attivate nel corso del 2013: una nel Distretto Sud Est (Collecchio) e una nel Distretto di Parma (Parma Centro - DUS).

TABELLA 39 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – SINTESI DELLE CASE DELLA SALUTE PROGRAMMATE IN AZIENDA

Distretto	Grande	Media	Piccola	Totale
Parma	3	1	4	8
Fidenza	2	1	3	6
Sud Est	1	2	3	6
Valli Taro e Ceno	2	2	2	6
Totale	8	6	12	26

TABELLA 40 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – SINTESI DELLE CASE DELLA SALUTE ATTIVE AL 31/12/13

Distretto	Grande	Media	Piccola	Totale
Parma	2	0	0	2
Fidenza	1	1	0	2
Sud Est	1	2	3	6
Valli Taro e Ceno	0	2	1	3
Totale	4	5	4	13

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, arrivato alla terza edizione, che ha coinvolto progressivamente il personale di tutte le Case della Salute attivate nel 2011, nel 2012, nel 2013 ed di altre di prossima attivazione. Il percorso formativo realizzato da giugno a dicembre 2013 ha maggiormente approfondito, rispetto alle prime edizioni, le tematiche dell'integrazione socio – sanitaria e del governo delle reti multiprofessionali. Sono circa 80 i professionisti formati nelle diverse edizioni del corso.

Il 2013 ha visto anche il consolidarsi della seconda fase del percorso formativo, ossia lo sviluppo di azioni formative all'interno delle sei strutture già attive 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 presentati in un workshop il 08/05/13.

Di seguito la scheda del percorso formativo.

TABELLA 41 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 <i>Management</i>: Analisi organizzativa, Gestione per processi, Utilizzo di strumenti di problem solving. <i>Progettazione</i>: Progettazione organizzativa (gestione di progetti), Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari <i>Valutazione</i>: Analisi della domanda, Analisi dell'attività, Utilizzo di strumenti di assessment - Sviluppo di competenze relazionali per la valorizzazione dei processi relazionali - Integrazione professionale, Relazione con rete non professionale, Gestione conflitti - Lavorare in gruppo, Coordinare gruppi - Sviluppo di competenze di miglioramento continuo - Gruppi di miglioramento - Audit
Impatto atteso sui processi organizzativi	1. Condivisione e costruzione di percorsi organizzativi

Metodologie formative	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
Prima fase	La prima fase di condivisione dei linguaggi e delle metodologie in forma interattiva (coordinata dal Gruppo di progetto aziendale) prevede 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

Assistenza residenziale

Dopo il consistente potenziamento dei posti finanziati dal FRNA operato progressivamente negli anni 2007-2010, l'attuale offerta, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, è risultante dalla riduzione di 10 posti finanziati, operata nel 2012 nel Distretto Sud-Est, e dal decremento di 11 posti compiuto nel Distretto Valli Taro e Ceno, nel corso dell'anno 2013, sulla base del turnover. Tale riduzione è stata effettuata con l'obiettivo di evitare un ulteriore depotenziamento dei servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità.

Il rapporto dei posti letto sulla popolazione ultrasettantacinquenne subisce una diminuzione rispetto al parametro minimo definito dalla programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria negli anni precedenti e si attesta sul valore di 31,7 per 1.000 abitanti presenti al 01.01.13, mantenendosi comunque superiore al parametro minimo previsto dalla normativa regionale (30). Permane la disomogeneità nella distribuzione dei posti, con un valore minimo nel Distretto Sud-Est ed uno massimo nel Distretto Valli Taro e Ceno. Nel territorio provinciale sono presenti 46 Case/Residenze (43 Case Protette e 3 RSA) accreditate, distribuite in 32 Comuni con un indice di diffusione pari al 66%.

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

Distretti	2012			2013		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	772	24.297	31,8	772	24.491	31,5
Fidenza	397	12.338	32,2	397	12.492	31,8
Sud-Est	258	8.466	30,5	258	8.510	30,3
Valli T.e C.	251	6.953	36,1	240	7.021	34,2
AUSL	1.678	52.054	32,3	1.667	52.514	31,7

Progetti assistenziali individualizzati c/o Appartamenti Protetti e Comunità Alloggio

La D.G.R. 1206/07, modificando il punto 5 della D.G.R. n. 1378/99, ha introdotto il sostegno di piani individualizzati di assistenza per anziani non autosufficienti in strutture residenziali non accreditate/convenzionate o in alloggi con servizi o tipologie abitative simili, riconoscendo quote a rilievo sanitario analoghe a quelle delle Case/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 43 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2013

Distretti	Popolazione => 75 anni 01/01/2013	Progetti al 31.12.2013 con rimborso FRNA
Parma	24.491	-

Fidenza	12.492	10
Sud-Est	8.510	31
Valli Taro e Ceno	7.021	6
TOTALE	52.514	47

Assistenza semiresidenziale

L'offerta di posti finanziati dal FRNA nei Centri Diurni è pari a 500 unità per una disponibilità di 9,5 posti ogni mille anziani ultrasettantacinquenni residenti nella provincia alla data dell'1.01.2013. Tale risorsa non è declinata in modo omogeneo nei Distretti e segna valori massimi nei territori di Parma e Fidenza ed uno minimo nel Distretto Valli Taro e Ceno dove la conformazione geografica del territorio montano determina un utilizzo ridotto di tale servizio. Rispetto al 2012 si evidenzia un aumento di 30 posti contrattualizzati nel Distretto di Parma, finanziati, però, solo in parte dal FRNA. Il numero di posti semi-residenziali, si mantiene comunque superiore al valore medio regionale 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. Nella realtà provinciale sono presenti 38 Centri Diurni, distribuiti in 27 Comuni, con un indice di diffusione del 57%.

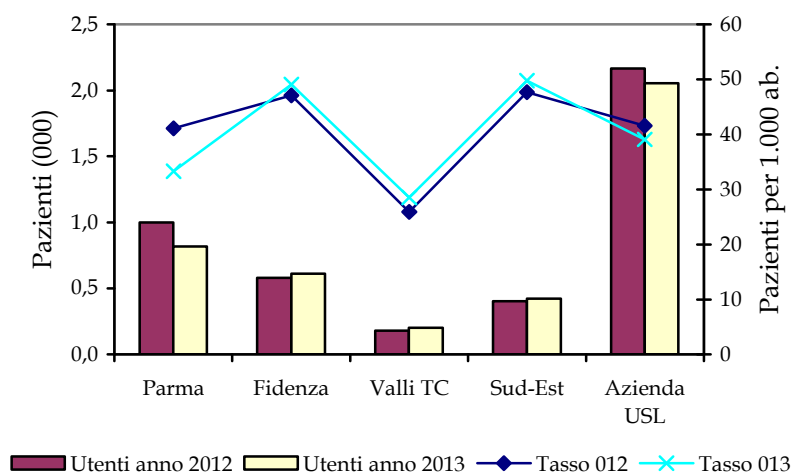
TABELLA 44 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2012			2013		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	236	24.297	9,7	266	24.491	10,9
Fidenza	132	12.338	10,7	132	12.492	10,6
Sud-Est	70	8.466	8,3	70	8.510	8
Valli T.e C.	32	6.953	4,6	32	7.021	5
AUSL	470	52.054	9,0	500	52.514	9,5

Assistenza domiciliare

A partire dal 2008, sono stati avviati i progetti di vita e di cure a domicilio che introducono una nuova logica di progettualità rivolta non solo alla cura della persona, ma anche alla sua vita relazionale, al sostegno della famiglia ed all'assistente familiare. Tali progetti possono prevedere, inoltre, il rimborso di servizi accessori quali il pasto, i trasporti, i servizi di teleassistenza. Nell'anno 2013, a livello provinciale sono stati assistiti a domicilio, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, 2.054 anziani per un rapporto di 39,1 ogni 1.000 abitanti con età ≥ 75 anni. Tale valore si declina in modo non omogeneo nel territorio con un tasso massimo, pari a 49, nei Distretti di Fidenza e Sud-Est ed uno minimo, pari a 28, nel Distretto Valli Taro e Ceno. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un incremento degli utenti nei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e ad una diminuzione nel Distretto di Parma. Il servizio opera in 46 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

FIGURA 25 UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI – 2012–2013



Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2013 l'intervento di accoglienza temporanea nelle strutture protette, introdotto dal FRNA quale servizio a supporto della domiciliarità, subisce una riduzione in tutti i Distretti, sia per quanto riguarda le giornate di ricovero erogate - in modo più rilevante nel Distretto di Parma e in misura meno accentuata nel Distretto di Fidenza - sia per quanto riguarda il numero delle persone destinatarie. Il Distretto Sud-Est pur operando un decremento degli interventi mantiene comunque un'offerta di tale opportunità nettamente più elevata, rispetto agli altri territori. Nel Distretto Valli Taro e Ceno non si è dato corso, nell'anno, a tali interventi.

TABELLA 45 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2012–2013

Distretto	2012	2013	Variaz. % 2013-2012
Parma	159	91	-42,8
Fidenza	68	60	-11,7
Sud Est	117	113	-3,4
Valli Taro e Ceno	7	0	-100
TOTALE	351	264	-24,8

Assegno di cura

Con l'obiettivo prioritario di favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, l'assegno di cura, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza.

In continuità con il *trend* già evidenziatosi a partire dall'anno 2010, in tutti i Distretti, si è registrata una diminuzione dei destinatari di assegno di cura. Il decremento è meno accentuato nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno che avevano operato la riduzione negli anni precedenti mentre è particolarmente rilevante nel Distretto Sud-Est e nel Distretto di Parma. E' stata comunque garantita l'erogazione dell'assegno nelle situazioni di maggior gravità e complessità assistenziale definite prioritarie attraverso indicatori sanitari e so-

ciali. A livello provinciale il tasso di persone destinatarie del contributo è pari al 23 per 1.000 anziani ultra settantacinquenni, con un valore massimo nel Distretto di Fidenza (29) ed uno minimo nel Distretto Valli Taro e Ceno (10).

TABELLA 46 DESTINATARI DI ASSEGNO DI CURA 2012-2013

Distretto	2012	2013	Variaz. % 2013-2012
Parma	847	610	-27,9
Fidenza	372	362	-2,7
Sud Est	261	160	-38,7
Valli Taro e Ceno	78	71	-8,9
TOTALE	1.558	1.203	-22,8

Contributo integrativo per assistenti familiari

Con l'avvio del FRNA, nell'anno 2007 sono stati attivati i contributi integrativi 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. L'intervento ha l'obiettivo di supportare le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

TABELLA 47 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2012 - 2013

Distretti	Persone 2012	Persone 2013	Var. % 2013-2012
Parma	319	226	-29,1
Fidenza	96	93	-3,1
Sud-Est	117	88	-24,8
Valli T. e C.	14	15	7,1
Azienda	546	422	-22,7

Nell'anno 2013 si è registrato un decremento dell'intervento in tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto Valli Taro e Ceno che aveva operato la riduzione nell'anno precedente. La diminuzione dell'intervento è lieve nel Distretto di Fidenza, più rilevante nei Distretti di Parma e Sud-Est.

Gravissime disabilità acquisite in età adulta

In applicazione delle D.G.R. 2068/2004 e n. 840/2008 sono proseguiti gli interventi di continuità assistenziale sia in ambito domiciliare che residenziale a favore delle persone con diagnosi di gravissima disabilità acquisita (Gra.D.A.). Nell'ottica di garantire una sempre maggiore omogeneità ed equità nell'accesso ai servizi, si è costituito con le altre tre Aziende U.S.L. dell'Area Vasta un gruppo di lavoro multiprofessionale con l'intento di condividere buone prassi, percorsi di miglioramento ed approfondire tematiche connesse a quest'area di intervento. A livello aziendale è proseguito il lavoro di revisione del vigente regolamento, partendo dalle valutazioni ed analisi effettuate dai professionisti delle commissioni distrettuali. Nel rispetto delle indicazioni regionali, inoltre, è stato ulteriormente implementato il flusso informativo dedicato GRAD in seguito all'approvazione ed alla successiva applicazione della circolare regionale 23/2012.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per l'anno 2013 la Regione ha riconosciuto alla Provincia di Parma per l'area delle gravissime disabilità acquisite la medesima quota del 2012, vale a dire Euro 1.735.567,00, determinata sulla base del numero dei casi censiti.

Persone in carico

Le persone seguite nel corso del 2013 sono state complessivamente 158, con un incremento del 7,5% rispetto allo stesso periodo del 2012 (147). Le classi di età più rappresentate sono: "55-64 anni" con il 24,7%, seguita dalla fascia "45-54" (23,4%) e per ultima "30-44" (18,4%). Come evidenziato dalla tabella sottoriportata, la tipologia di deficit predominante risulta essere la gravissima cerebrolesione (43%), seguita dalla patologia neurologica (41,8%) e, staccata nella percentuale di incidenza, la gravissima mielolesione (12,7%). La causa più diffusa del deficit all'origine della condizione Gra.D.A. resta "l'esito da patologia", con il 78,5% dei casi. A partire dal 2013 la Regione ha iniziato a rilevare anche le patologie dell'età evolutiva (DGR 840/2008). Rispetto all'andamento regionale, nel 2013 si è verificato a livello provinciale un decremento del numero di persone Gra.D.A. con sclerosi laterale amiotrofica, mentre si registra un aumento sensibile a livello regionale.

TABELLA 48 ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI DEFICIT. ANNI 2012-2013

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						ALTRE PATO- LOGIE ETA' EVOLUTIVA		Totale Assistiti		Di cui con SLA	
	GRAVISSIMA CEREBROLE- SIONE		GRAVISSIMA MIELOESIO- NE		PATOLOGIA NEUROLOGI- CA							
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	N. Assistiti		N. Assistiti		N. Assistiti		N. Assistiti		N. Assistiti		N. Assistiti	
Tot. AUSL	65	68	16	20	66	66	n.r.	4	147	158	26	23
Tot. RER	628	634	122	111	556	595	n.r.	22	1.306	1.362	155	225

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad

Assistenza residenziale

Il numero dei pazienti GRAD ricoverati in strutture residenziali durante tutto l'anno 2013 risulta essere di 52 (+ 2 pazienti rispetto al 2012). Alla data del 31 dicembre 2013 risultavano ancora ricoverati 36 pazienti.

TABELLA 49 NUMERO PAZIENTI RICOVERATI. ANNO 2013

Distretto	Numero assistiti ricoverati nel 2013	Numero pazienti presenti il 31/12/2013
Parma	27	19
Fidenza	13	9
Valli Taro e Ceno	9	6
Sud-Est	3	2
Totale	52	36

Fonte: Dipartimento Valutazione e Controllo. Servizio Controllo di Gestione

Il confronto tra le diverse tipologie di struttura (2012/2013) risulta particolarmente difficoltoso in quanto la Regione ha apportato una modifica nella fase di rilevazione dei dati: ne consegue che la tipologia di dati del 2012 non è comparabile con quelli del 2013. Per tale motivazione si è scelto di riportare solo i dati aziendali rilevati dal flusso Grad dal Dipartimento Valutazione e Controllo. In ambito aziendale, la tipologia più frequente di ricoveri è stato del tipo "residenziale a lungo termine". In base alla tipologia delle strutture utilizzate per l'assistenza residenziale, secondo quanto indicato dalla terminologia del flusso informativo regionale, si sono verificati i seguenti ricoveri: 15 in "struttura dedicata", 19 in "nucleo dedicato c/o CRA", 10 "inserimenti individuali c/o CRA", 24 "inserimenti individuali c/o Centro Socio Riabilitativo Residenziale", 4 in "Nucleo Dedicato c/o Struttura Sanitaria" e 10 in tipologia non specificata.

Assegni di Cura

Nell'anno 2013 sono stati attivati 91 contratti per assegni di cura, di cui 52 con 23 € di importo giornaliero e 39 con 34 € giornaliero. Gli utenti interessati da un assegno di cura sono stati 77 e al 31 dicembre 2013 restavano ancora attivi 66 assegni.

TABELLA 50 ASSEGNI DI CURA GRA.D.A. ANNI 2012- 2013

Distretto di presa in carico	Assistiti		Contratti attivi al 31/12	
	2012	2013	2012	2013
Parma	23	27	19	24
Fidenza	21	26	21	23
Valli Taro e Ceno	10	13	8	11
Sud-Est	9	11	9	8
Totale Azienda U.S.L.	63	77	57	66

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

Assistenza Domiciliare

Gli interventi di assistenza domiciliare, svolti cioè al domicilio del paziente, si differenziano in base al progetto di vita e di cura che viene elaborato dal responsabile del caso. A partire dal 2013, il flusso informativo regionale prevede anche la rilevazione delle ore di assistenza con modalità facoltativa per il primo semestre e obbligatoria per l'anno completo. Nell'anno 2013 sono state prodotte 10.916 ore di assistenza socio-sanitaria e 37 di assistenza educativa. I dati ricavati dalla Banca Dati Regione, provengono dagli Enti eroganti il servizio.

TABELLA 51 PAZIENTI IN CARICO PER TIPO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO 2013

	SOCIO-SANITARIA	EDUCATIVA
Distretto di Parma	6,646	37
Distretto di Fidenza	863	0

Distretto Valli Taro Ceno	1,245	0
Distretto Sud Est	2,162	0
Totale Azienda U.S.L.	10.916	37

Fonte: Dati presenti in Banca Dati regionale SAS e provenienti dagli Enti Locali eroganti il Servizio

Area Disabili

Nel corso del 2013 sono proseguiti gli 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. Proprio in questa ottica, nel corso del 2013 l'Azienda U.S.L. di Parma, unitamente alle A.U.S.L. di Imola, Ferrara, Modena, Reggio Emilia, ha aderito alla ricerca biennale promossa dall'Agenzia sanitaria regionale – Area Innovazione Sociale, dal titolo “Le figure professionali e i ruoli lavorativi nei servizi sociosanitari: l'integrazione professionale nelle Unità di Valutazione Multidimensionale per le persone disabili adulte”. Finalità della ricerca è stata la verifica del funzionamento dell'unità di valutazione multidimensionale per i disabili adulti, intesa come strumento di integrazione professionale tra professionisti afferenti all'area della sanità e del sociale.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2013 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 2012. Come per l'area delle gravissime disabilità acquisite, anche per il settore della disabilità nel corso del 2013 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

Fra i servizi che rientrano nella rete vi sono le strutture residenziali: per quanto concerne il numero di persone inserite nei centri socio riabilitativi residenziali occorre sempre rapportarsi alla rete dei servizi presenti a livello distrettuale: da ciò deriva in modo abbastanza netto che il Distretto di Parma può contare al momento sulla presenza nel proprio territorio di un certo numero di centri in grado di rispondere, al momento, al fabbisogno della popolazione.

TABELLA 52 NUMERO PERSONE INSERITE NEI CENTRI SOCIORABILITATIVI RESIDENZIALI. ANNO 2013

Distretto	N° persone inserite nei centri socioriabilitativi residenziali
Parma	43
Fidenza	22
Valli Taro e Ceno	8

Totale	85
---------------	-----------

Fonte: Uffici di Piano distrettuali

Assistenza semiresidenziale

I dati riportati dagli Uffici di Piano indicano la presenza di una rete “domiciliare” che al momento riesce a dare risposte importanti ad un numero abbastanza rilevante di persone con disabilità. Resta tutto sommato abbastanza basso il numero di ricoveri di sollievo. Dalla tabella si rileva una differenza tra i diversi Distretti, dovuta all'organizzazione ed alle risorse presenti al proprio interno. Solo nei Distretti di Parma e Fidenza è stato richiesto il servizio di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico (rispettivamente 1 e 3 persone).

TABELLA 53 PERSONE SEGUITE NEI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ. ANNO 2013

Distretto	N° persone seguite in assistenza domiciliare ¹	N° persone inserite in centri socio-occupazionali	N° persone persone inserite in centri socio-riabilitativi diurni	N° ricoveri di sollievo
Parma	63	92	58	13
Fidenza	38	51	35	18
Valli Taro e Ceno	21	8	21	0
Sud Est	67	38	18	5
Totale	189	189	132	36

Fonte: Uffici di Piano distrettuali

Assegno di cura

Tra gli interventi a sostegno della domiciliarità, oltre all'assistenza domiciliare assistenziale e socio-educativa, rientra anche, nell'ambito del progetto di vita e di cure, il riconoscimento di un assegno di cura finalizzato a facilitare la permanenza al proprio domicilio del disabile. Nel corso del 2013 sono stati erogati complessivamente 196 assegni di cura, con una variazione positiva rispetto al 2012 di 51 assegni.

TABELLA 54 PERSONE CON ASSEGNI DI CURA. ANNI 2012 E 2013

Distretto	N° assegni anno 2012	N° assegni anno 2013	Variazione valori assoluti
Parma	72	97	+25
Fidenza	45	52	+7
Valli Taro e Ceno	10	26	+16
Sud Est	18	21	+3
Totale	145	196	+51

Fonte: Uffici di Piano distrettuali

In linea con quanto indicato nel paragrafo precedente, anche il numero di contributi aggiuntivi ha registrato un saldo positivo di tre unità.

TABELLA 55 NUMERO CONTRIBUTI INTEGRATIVI. ANNI 2012 E 2013

Distretto	N° contributi integrativi	N° contributi integrativi	Variazione valori assoluti
	Anno 2012	Anno 2013	
Parma	20	22	+2
Fidenza	2	2	0
Valli Taro e Ceno	0	1	+1
Sud Est	5	5	0
Totale	27	30	+3

Fonte: Uffici di Piano distrettuali

I dati sopra riportati indicano la “volontà” di creare le condizioni (anche di tipo economico) affinché le persone con disabilità possano rimanere quanto più a lungo possibile nel proprio contesto familiare, supportando la famiglia primo *caregiver* per queste persone.

La rete delle cure palliative, ADI e Hospice

Assistenza Domiciliare

L'organizzazione delle cure domiciliari rappresenta un importante componente del welfare regionale e locale. Creato per offrire un adeguato supporto assistenziale al paziente nel suo domicilio, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, costituisce un flessibile ed efficace approccio multidimensionale e multiprofessionale per il raggiungimento dei risultati di salute. Il Servizio trova logica collocazione all'interno del sistema assistenziale territoriale garantendo la necessaria continuità delle cure.

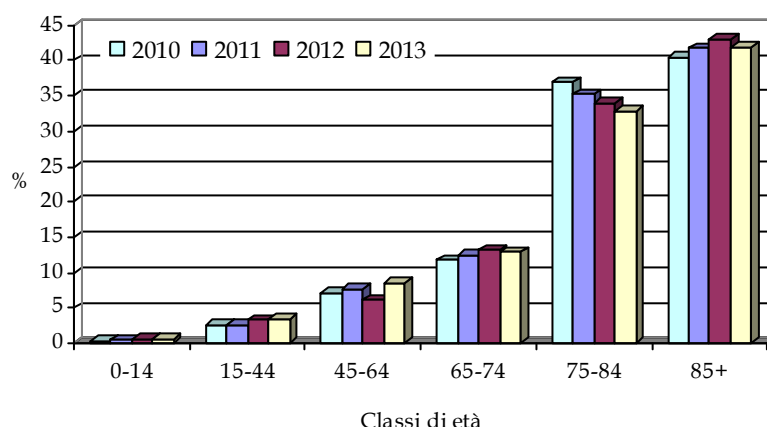
Il Servizio si basa sulla integrazione delle competenze professionali sanitarie e sociali che collaborano fra loro per la realizzazione di specifici programmi assistenziali erogabili al domicilio del paziente di qualsiasi età, sia nell'abitazione che in una struttura comunitaria, e sostenibili dal nucleo familiare. Gli organi professionali coinvolti (infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti, specialisti delle varie branche, operatori del sociale, fisioterapisti, operatori delle associazioni di volontariato...) garantiscono la condivisione di obiettivi e di responsabilità e si concretizza con l'erogazione di prestazioni commisurate alla tipologia del paziente e alla gravità dello stato clinico. Le specifiche linee di indirizzo disegnano, infatti, un modello di intervento domiciliare basato su tre livelli di intensità delle cure: bassa, media, alta, in relazione alle singole esigenze:

- **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 ricattizzazioni 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.

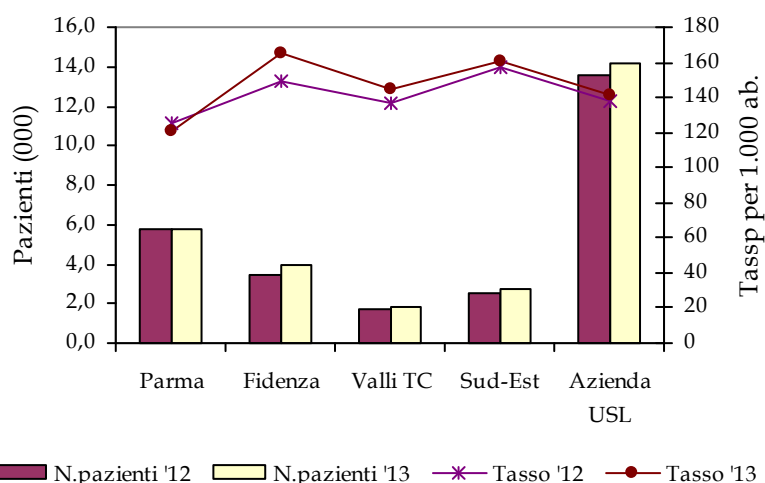
Inoltre l'intervento domiciliare, pur trovando la massima espressione nell'erogazione di prestazioni sanitarie, può spaziare nei servizi di aiuto alla persona e alla cura dell'abitazione. L'analisi dell'attività svolta durante l'anno 2013 conferma uno scenario che, sempre più nel tempo, si è consolidato. Continua il trend di crescita dei pazienti assistiti (nell'anno 2013 sono stati 15.228) e la maggiore frequenza di intervento si riscontra sempre nell'utenza molto anziana, dai 75 anni in poi, con una quota attorno al 73%.

FIGURA 26 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA A. 2010 – 2013



Il grafico successivo mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2012-2013 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni.

FIGURA 27 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 64 ANNI)



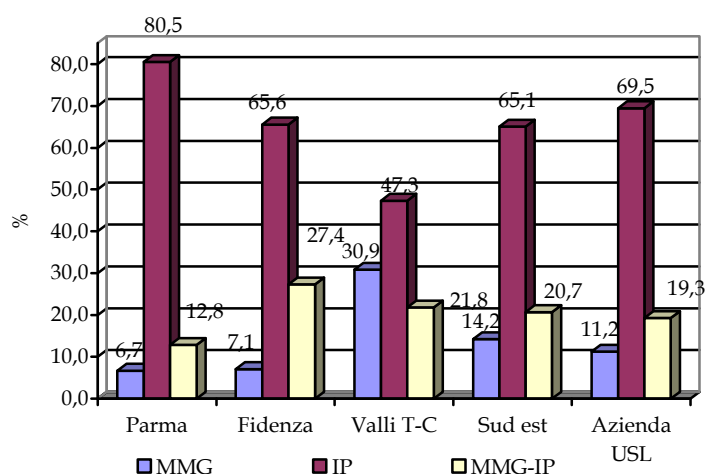
Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari a 141 per 1.000 residenti, in lievissima crescita rispetto all'anno precedente. Utile indicazione della performance aziendale ci viene fornita analizzando la distribuzione per-

centuale degli assistiti a domicilio raggruppandoli per tipo di “operatore” erogante la prestazione e secondo la seguente ripartizione:

- pazienti seguiti esclusivamente dalla equipe infermieristica (IP),
- pazienti la cui assistenza è affidata all'integrazione tra medico di medicina generale ed équipes infermieristiche (MMG-IP) e
- pazienti seguiti principalmente dal medico di medicina generale (MMG).

La quota prodotta dalle Equipe infermieristiche, con il 70% circa del totale, risulta essere indicativa dell'impegno aziendale.

FIGURA 28 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - ANNO 2013



Hospice

In un contesto regionale e nazionale, caratterizzato da una linea progettuale di sviluppo attinente le cure palliative e il controllo del dolore, gli Hospice (strutture residenziali ad hoc create ed organizzate) garantiscono l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti prevalentemente oncologici, comunque in fase avanzata di malattia che non possono essere assistiti a domicilio temporaneamente o stabilmente. Tra gli obiettivi fissati particolare attenzione è stata posta al miglioramento e alla diversificazione dell'assistenza sanitaria, nonché allo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali innovativi per l'erogazione delle prestazioni previste in attuazione della programmazione sanitaria regionale.

L'assistenza erogata in queste strutture si caratterizza per il fatto di assicurare continuità terapeutica al momento della dimissione dal reparto per acuti e consente la prosecuzione delle cure in ambiente sanitario protetto ed il successivo trattamento assistenziale più consono alle condizioni psicofisiche dei pazienti.

Nella provincia di Parma, a partire dal 2010, l'attività è coordinata dalla Struttura Complessa Aziendale di Cure Palliative. Tale struttura definisce ed uniforma gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ed ospedaliera delle cure palliative.

Parallelamente allo sviluppo della rete delle cure palliative, che si è arricchita nel 2012 di ulteriori 8 posti letto, facendo salire a 49 quelli totalmente messi a disposizione in ambito provinciale, si osserva un costante incremento dell'attività svolta negli Hospice. Infatti anche nell'anno 2013 il numero dei dimessi ha mostrato un significativo aumento, se confrontato con i precedenti anni. Analogamente si può dire delle giornate di degenza prodotte. Per quanto riguarda la degenza media aziendale nel triennio 2011 - 2013 si nota una sostanziale stabilità dei valori.

TABELLA 56 – HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	'11	'12	'13	'11	'12	'13	'11	'12	'13
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	185	181	191	85	91	87	119	83	106
Giornate di degenza	5.111	4.669	5.153	2.488	2.479	2.693	3.418	2.639	4.403
	Parma			Totale					
	'11	'12	'13	'11	'12	'13			
Posti letto	8	16	16	41	49	49			
Pazienti	118	193	258	507	548	642			
Giornate di degenza	2.855	5.258	5.811	13.872	15.045	18.060			

La patologia neoplastica risulta essere la più frequente e nell'anno 2013 ha raggiunto la quota del 87% . Nello specifico ha interessato soprattutto l'apparato respiratorio (22,9%), il distretto fegato-pancreas-vie biliari (19,2%) e l'apparato intestinale (15,7%)

Un esame comparativo dell'attività sanitaria svolta negli ultimi tre anni, attuato ricorrendo all'uso di indicatori di struttura e di utilizzo che, pur restituendo indicazioni su aspetti prevalentemente quantitativi dell'assistenza, indirettamente ne forniscono un'immagine qualitativa, conferma il buon grado di appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili.

Degenza media giornaliera, presenza media giornaliera e indice di occupazione restituiscono valori rappresentativi di un costante miglioramento nel tempo delle performance prodotte.

FIGURA 29 HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA: A. 2011 – 2012 – 2013

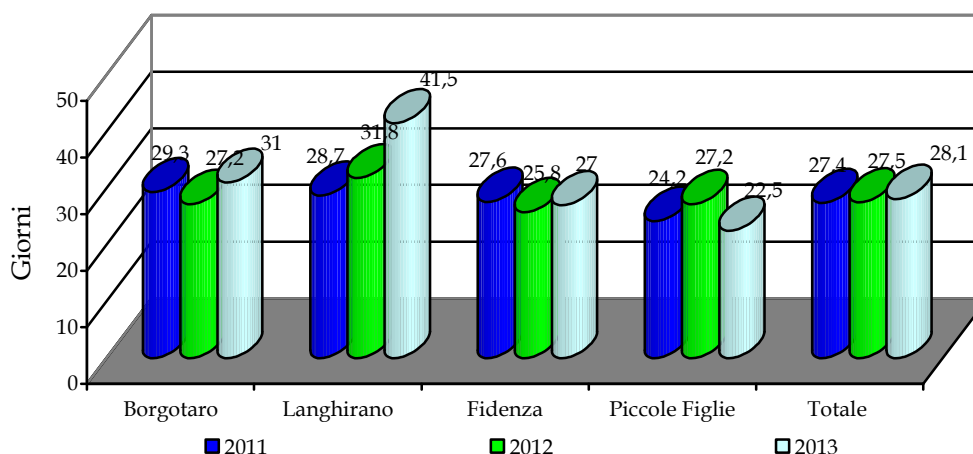


FIGURA 30 HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA: A. 2011 – 2012 – 2013

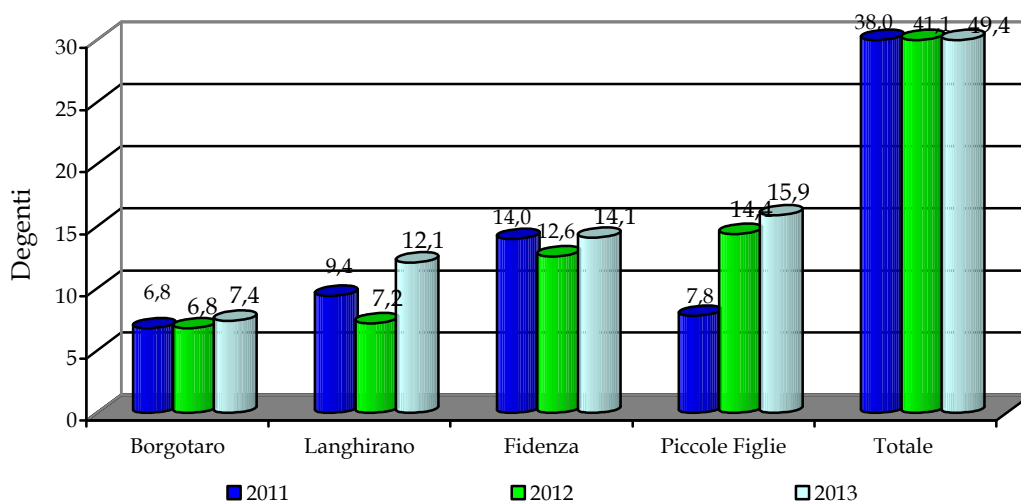
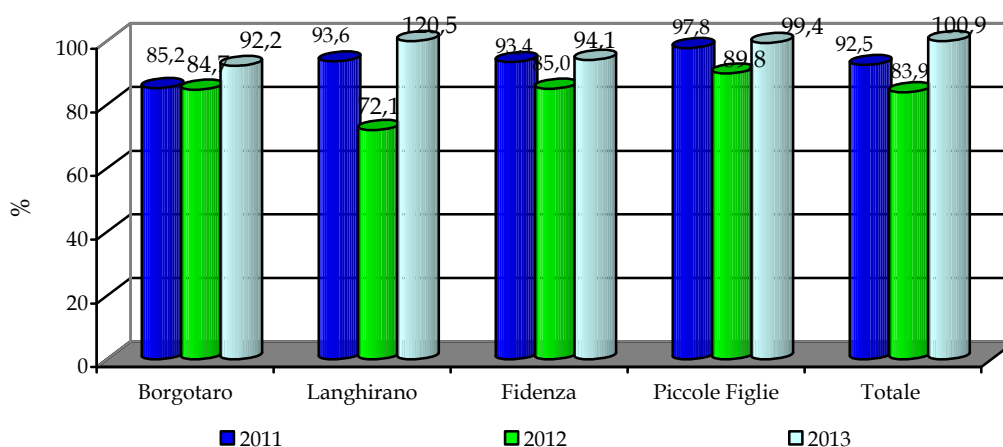


FIGURA 31 HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE: A. 2011 – 2012 – 2013



Consultori familiari

I Consultori Familiari da sempre hanno un ruolo strategico nella promozione e tutela della salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia caratterizzato da un approccio integrato e flessibile in grado di adeguare i propri interventi ai bisogni di salute della popolazione. Anche nel 2013 si è data continuità alle linee di intervento in adempimento alle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario e delle Direttive Regionali con particolare riguardo a una progettualità fondamentale quale la promozione del benessere giovanile (in collaborazione con le Scuole e Centri di Aggregazione Giovanili) con offerta attiva di interventi in ambito sia scolastico che extrascolastico che ha coinvolto circa 6.000 adolescenti. Nel 2013 si sono rivolti ai consultori per adolescenti 1125 ragazzi/e di cui 212 appartenenti ad altre culture.

Sono state richieste:

- consulenze per contraccezione nel 36% dei casi,
- visite ginecologiche nel 24% dei casi,
- visite per gravidanza nel 3.5% dei casi,
- visite per applicazione Legge 194 nel 3.5% dei casi,
- visite per disturbi legati all'alimentazione nel 3.5%,
- consulenze psicologiche sulle tematiche delle relazioni con il gruppo dei pari/ degli adulti e dell'affettività nel 28% dei casi.

Lo Spazio Giovani ha continuato anche nel 2013 a svolgere funzioni di punto di accoglienza per i servizi aziendali rivolti all'utenza giovanile: gli operatori dell'accoglienza, fatta una prima valutazione orientano e quando necessario, inviano/accompagnano i ragazzi al servizio/professionista competente agevolando l'accesso.

Si sono rivolti al nostro punto accoglienza 466 ragazzi che nell'oltre 80% hanno trovato una risposta ai loro bisogni all'interno del servizio. Il Consultorio Familiare si conferma quale servizio di riferimento per le utenti immigrate: rappresentano il 27% circa dell'utenza totale con punte del 33% nel Distretto di Fidenza e un minimo del 23% nel Distretto Sud-Est. Se si prende in considerazione l'area gravidanza le percentuali si innalzano fino a rappresentare il 61% dell'utenza con una forbice che va dal 62% del Distretto di Parma al 59% del Distretto di Borgotaro. Nel 2012 la percentuale di gravide in carico ai consultori sui nati vivi è di circa il 50%, trend in aumento rispetto al 2011.

La presenza massiccia di utenti portatrici di bisogni spesso complessi e differenziati dal punto di vista culturale ha richiesto una flessibilità dell'organizzazione al fine di garantire la continuità assistenziale anche attraverso l'ampliamento dell'accesso alla mediazione culturale. Per facilitare le utenti di più recente immigrazione è tuttora funzionante uno spazio di libero accesso presso il Consultorio Familiare Lubiana: questo permette risposte più tempestive, oltre ad offrire la possibilità di un orientamento verso i servizi socio-sanitari.

Percorso Nascita

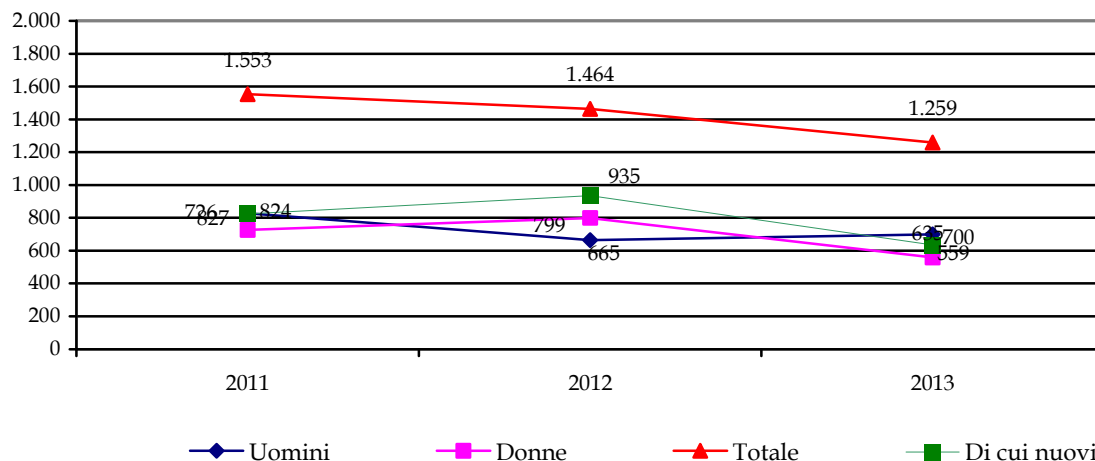
Nel 2013 è proseguita l'attività volta all'implementazione del DGR 533/08 e 1097/11 per favorire una sempre maggior appropriatezza dell'assistenza alla gravidanza secondo i livelli di rischio e a garantire la necessaria continuità assistenziale tra punti nascita e territorio con il progetto "Dimissione Appropriata della madre e del neonato" ed il "Sostegno all'allattamento al seno". Il progetto D.A. in un'ottica di forte integrazione fra Consultori, Punti Nascita, PLS, e Servizi Sociali, fornisce un'appropriata assistenza alla mamma ed al suo bambino in un momento molto delicato quale quello del rientro a casa, accompagnando i neo genitori nel percorso di "conoscenza" del proprio bambino e attivando, se necessario, le risorse territoriali atte a sostenere la nuova famiglia nei suoi compiti genitoriali (Centro per le famiglie del Comune di Parma, Associazioni di volontariato di settore, rete a sostegno della mamma con disturbi emozionali). Si è data continuità al progetto "Parto a domicilio" primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna. 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: 15 gg per la presa in carico della gravidanza e 7 gg. per l'IVG.

Spazio immigrati

Rispetto all'anno 2012, vi è un calo dell'utenza legato prevalentemente all'attenuazione del flusso legato alle emergenze Nord-Africa e solo parzialmente compensato dall'arrivo dalla Siria. Dall'osservazione del grafico

sottostante si evince che, il calo ha interessato prevalentemente l'utenza femminile mentre quella maschile è cresciuta anche se di poche unità.

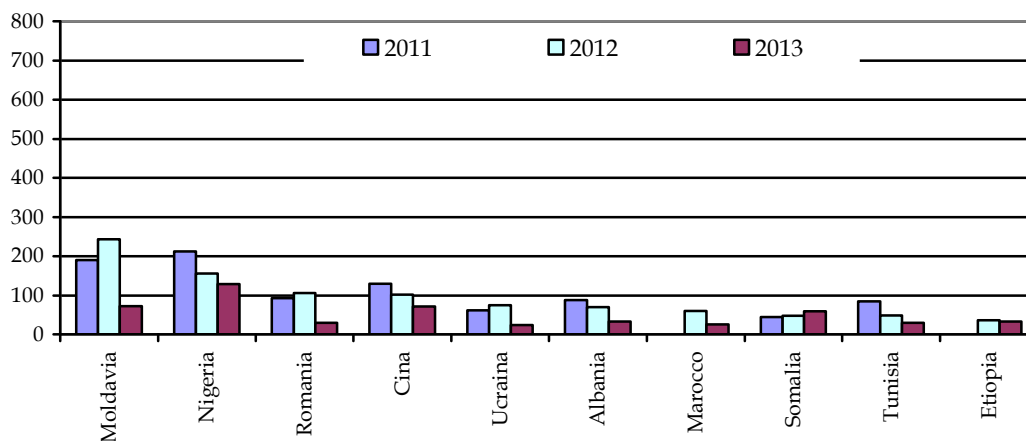
FIGURA 32 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA – 2011–2013



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 Somali, Nigeriani ed Etiopi.

FIGURA 33 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ – 2011–2013



I soggetti in carico e le prestazioni nelle aree di attività

L'area di Medicina generale evidenzia un calo di utenza rispetto all'anno precedente; questo calo è più evidente nell'utenza femminile. Continua l'aumento degli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria, somministrazione della terapia, intradermoreazione secondo mantoux ecc...).

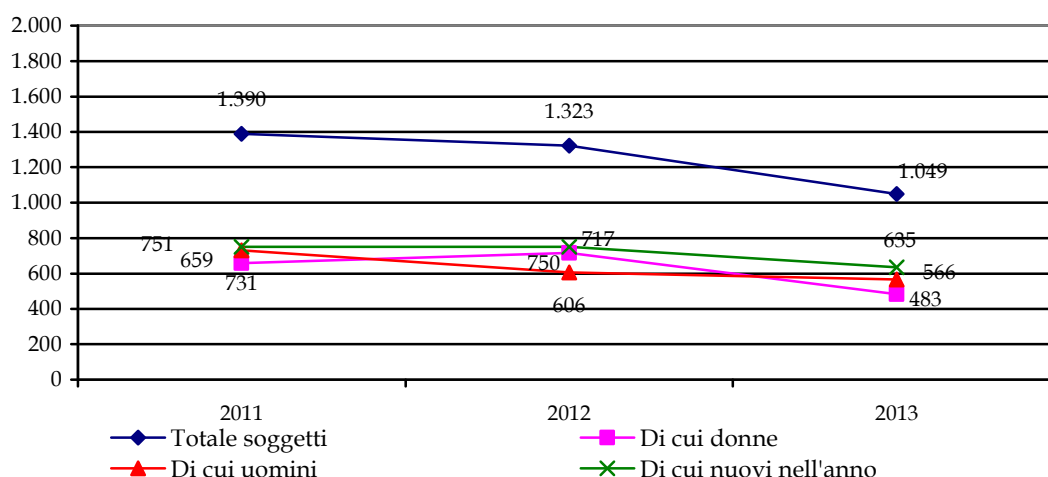
Nel corso del 2013, visti gli aumenti degli accessi relativi a prestazioni solo infermieristiche, è stato strutturato un ambulatorio infermieristico con orari dedicati, per migliorare ed orientare l'approccio relazionale/educativo in un'ottica di Health Literacy, attraverso il monitoraggio delle variabili che influenzano la comunicazione quali la lingua veicolare, il livello di istruzione scolastica, e la rilevazione dei feedback delle informazioni.

Sono stati messi appunto alcuni strumenti universali evidence-based per favorire una comunicazione efficace e:

- rilevare errori nella gestione dei farmaci,
- favorire l'autogestione appropriata nel percorso di screening e trattamento dell'infezione tubercolare latente (adesione e completamento),
- rilevare misunderstanding culturali che influenzano i bisogni/comportamenti di salute.
- Migliorare l'orientamento ai servizi e la conoscenza di essi e delle loro offerte.

Nel 2013, 115 soggetti hanno usufruito di questo servizio, la maggioranza (83 soggetti) nell'ambito di percorsi e trattamento per infezione tubercolare latente in collaborazione con il servizio pneumologico territoriale. Un lieve calo ha interessato gli accessi per solo prestazioni psicologiche.

FIGURA 34 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE - A. 2011-2013



Il servizio spazio immigrati viene utilizzato sempre più per attività di sostegno psicologico (counselling, psicoterapia breve, colloqui motivazionali). Sempre più spesso lo psicologo viene coinvolto nella presa in carico di rifugiati vittime di tortura.

Pediatria

Rispetto all'anno 2012, l'area pediatrica è l'unica area che ha evidenziato un incremento complessivo dell'utenza in carico sia come utenti totali che come nuovi utenti; nel 2013 sono stati osservati 311 pazienti di età pediatrica (240 nuovi utenti) mentre nel 2012 erano 205 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 35 SOGGETTI IN CARICO NELL'AREA PEDIATRICA – 2011/2013

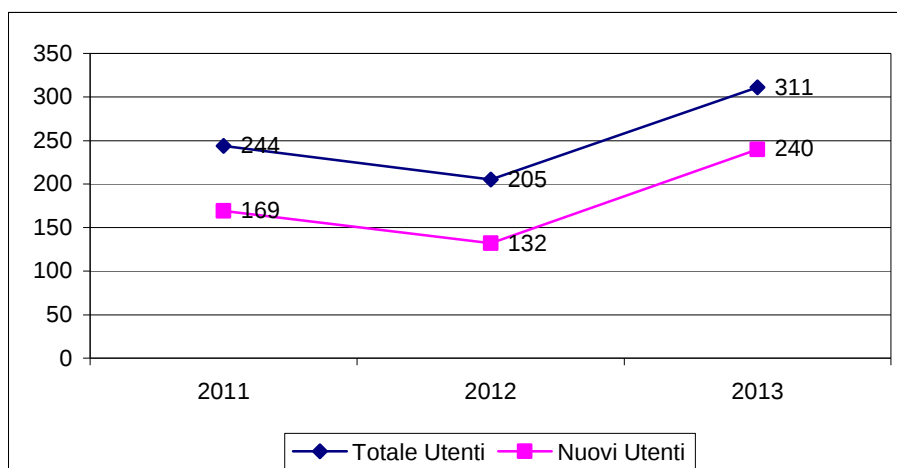
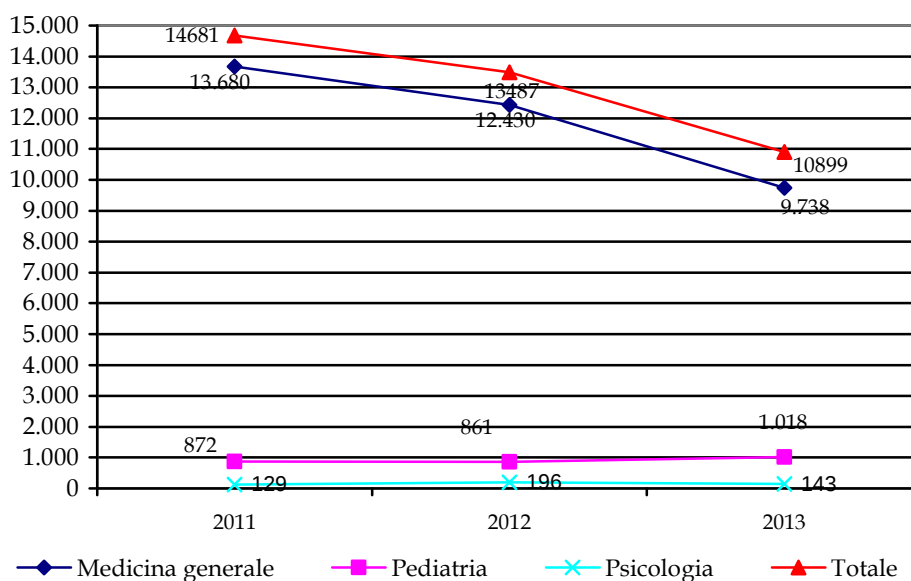


FIGURA 36 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ – 2011/2013



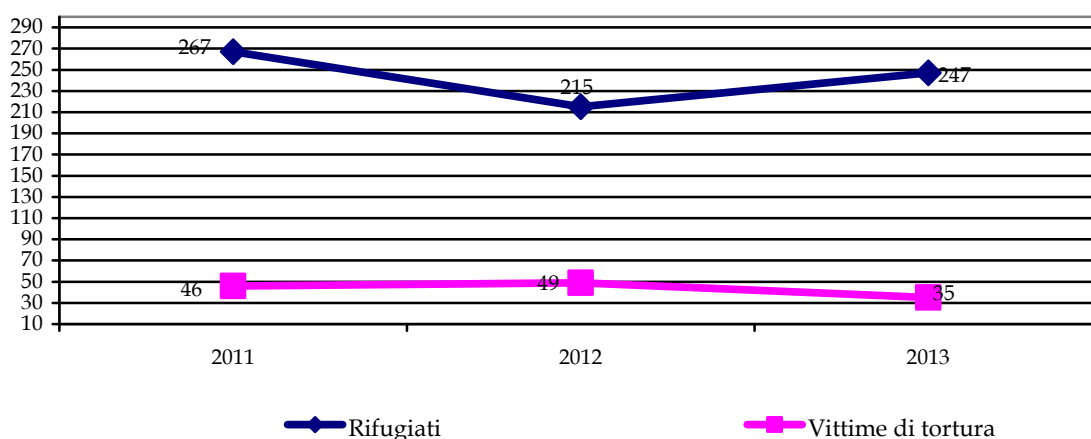
Rispetto all'anno precedente, il calo delle prestazioni è in linea con il calo dell'utenza totale, ed è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza infermieristica, al venire meno del protocollo per la sorveglianza sindromica attuata nei confronti di soggetti giunti in Italia in seguito agli avvenimenti del Nord-Africa del 2011. 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 delle prestazioni infermieristiche o di orientamento ad altri servizi.

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 2013, presso lo spazio salute immigrati, sono stati osservati 247 rifugiati di cui 35 vittime di violenza estrema.

FIGURA 37 SOGGETTI ADULTI RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA 2011-2013



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.

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 2013 sono stati rilasciati 54 Certificazioni per esenzione di test linguistici (per patologie o per età).

Anche nel 2013, 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 2013 sono stati seguiti 46 soggetti (erano 24 nel 2012), 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

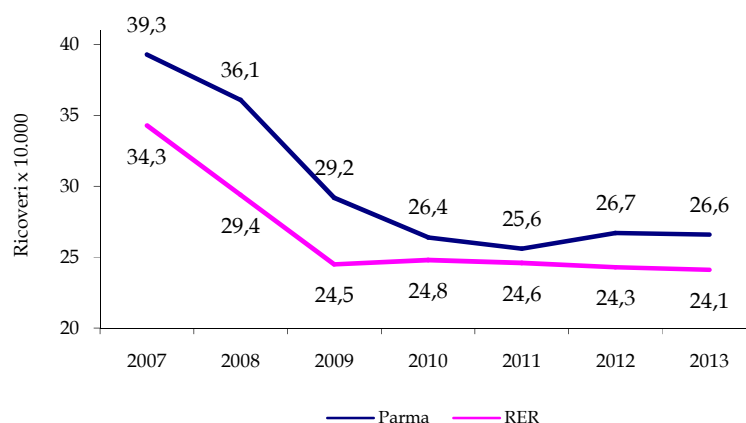
nell'orientamento e tutela della salute di una fascia di popolazione esposta a maggiori fattori di rischio (condizione giuridica, condizione abitativa e socio economica, ecc.), con esigenze sempre più complesse legate anche alle difficoltà di utilizzo dei servizi e alle opportunità di cura e di prevenzione 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.

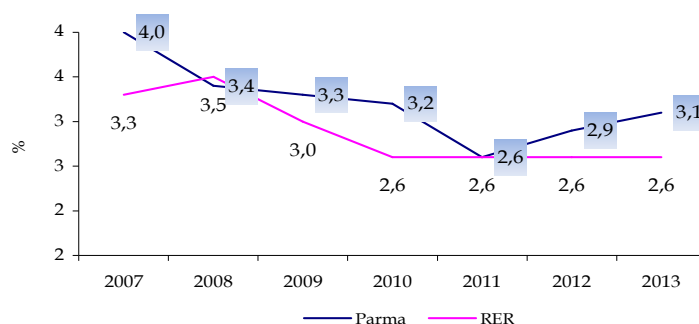
La salute, considerata come uno stato di pieno benessere psichico, somatico e sociale, richiama fattori biologici, psicologici e sociali: la salute mentale rappresenta un bene individuale, relazionale e collettivo alla cui determinazione è chiamata tutta la comunità. I percorsi di cura e riabilitazione 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 38 SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. – ANNI 2007-2013



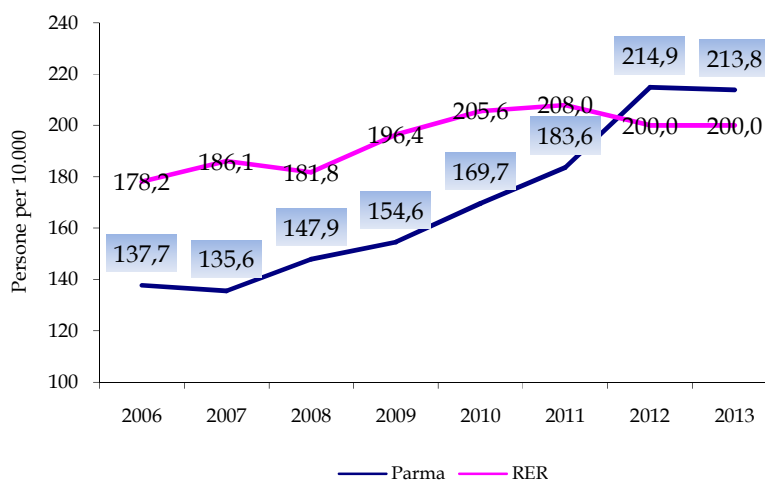
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conferma un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno lieve spostamento rispetto al dato medio regionale. Dopo un periodo di significativa riduzione, si è verificata una sostanziale stabilizzazione che si associa ad un incremento significativo delle consulenze in Pronto Soccorso ed in ambito Ospedaliero. Per quanto attiene l'SPDC, si registra nel 2013 un indice di occupazione inferiore al 100% (88,5%) e la conferma il mantenimento di una degenza media della durata di 9 giorni.

FIGURA 39 TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ANNI 2007–2013



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata a 10.000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2013 mostrano un lieve incremento, pur trattandosi di numeri assoluti piuttosto modesti e non allarmanti dal punto di vista della gestione clinica e organizzativa.

FIGURA 40 CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – ANNI 2006–2012



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2013 ha trattato 8.066 persone con una percentuale di 213,8 per 10.000 abitanti, al di sopra dello standard regionale (riferito alla popolazione target che, in provincia di Parma è di 377.106). 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 57 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2010	Utenti 2011	Utenti 2012	Utenti 2013
Distretto Parma	2.648	2.774	3.055	3137
Distretto Fidenza	1.414	1.468	1.693	1570
Distretto Sud Est	1.162	1.097	1.244	1294
Distretto Valli Taro e Ceno	797	777	840	793
Attività ambulatoriali SPOI a direzione universitaria	461	510	987	992
Extradistrettuali	255	243	267	280
TOTALE	6.737	6.869	8.086	8.066

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. A queste attività si aggiungano le consulenze che la Clinica Psichiatrica a Direzione Universitaria offre ai reparti dell'Azienda Ospedaliera, consulenze che passano da 1.225 nel 2012 a 1759 nel 2013.

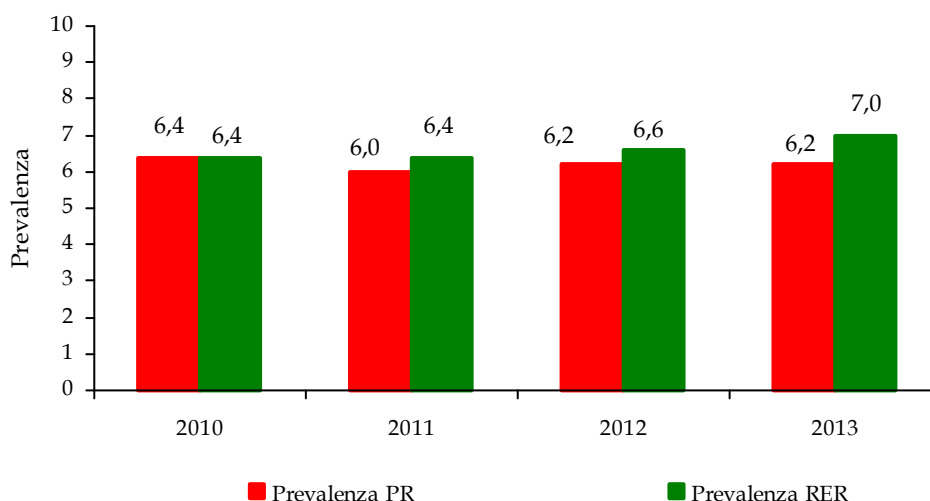
TABELLA 58 DETTAGLIO CASI NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Distretto	Consulenze	Prese in carico condivise
Parma	947	273
Fidenza	518	103
Sud Est	287	118
Valli Taro e Ceno	209	73
Totale	1.961	567

Dipendenze Patologiche

Nel corso del 2013 i Ser.T. di Parma e provincia non hanno registrato, complessivamente, variazioni nei tassi prevalenza dell'utenza in carico, rivelando una certa stabilità dei fenomeni qui descritti. I tassi di prevalenza degli utenti in carico (tutte le aree problematiche), nel 2013 ($6,2^{/1.000}$) mostrano valori leggermente più bassi rispetto al dato regionale, ($7,0^{/1.000}$), nonostante analizzando i dati degli ultimi anni rimangano sostanzialmente in linea.

FIGURA 41 UTENZA CON AREA PROBLEMATICA DROGHE E/O FARMACI, ALCOL, GIOCO D'AZZARDO: TASSO DI PREVALENZA STANDARDIZZATO PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI ANNI 2010-2013



Fonte: Regione Emilia Romagna-Flusso SIDER

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

Dalla distribuzione dell'utenza in carico ai quattro Distretti emerge che il 64,9% dell'utenza è in carico al Distretto di Parma (U.O di Parma e Colorno) mentre nel Distretto Valli Ceno e Taro rimane il territorio con il minor numero di utenti in carico per problematiche riconducibili all'area "Droghe e/o farmaci" (8,1%).

TABELLA 59 UTENTI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO - ANNO 2013

Distretto socio sanitario	nuovi		già conosciuti		totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	78	60,5	681	65,4	759	64,9
Fidenza	28	21,7	155	14,9	183	15,6
Valli Taro e Ceno	7	5,4	88	8,5	95	8,1
Sud Est	16	12,4	117	11,2	133	11,4
Totale	129	100	1041	100	1170	100

Per quanto riguarda 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 (57,7%), dotato di una équipe dedicata, e una distribuzione pressoché simile nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno in termini assoluti, sebbene in quest'ultimo si rilevi, in rapporto alla popolazione residente, un numero maggiore di assistiti per problematiche d'abuso/dipendenza da alcol.

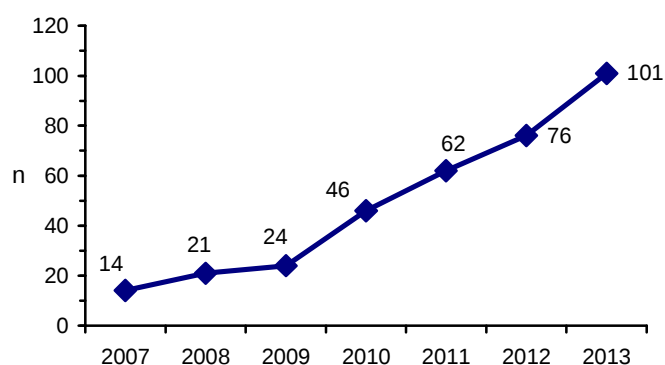
TABELLA 60 UTENTI ALCOLDIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO - ANNO 2013

Distretto socio sanitario	nuovi		già conosciuti		totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	49	51,0	229	59,3	278	57,7
Fidenza	18	18,8	59	15,3	77	16,0

Valli Taro e Ceno	16	16,7	55	14,2	71	14,7
Sud Est	13	13,5	43	11,1	56	11,6
Totale	96	100	386	100	482	100

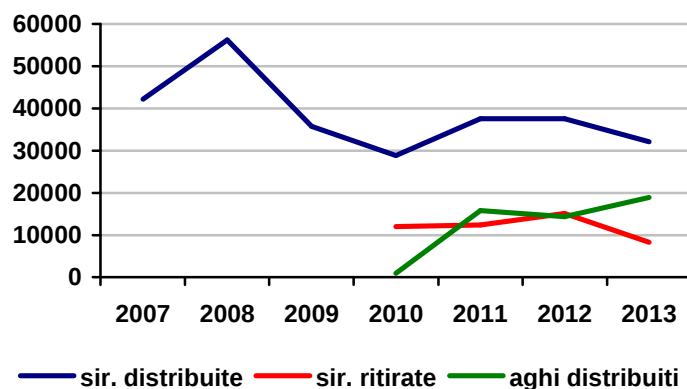
Si conferma all'interno dei servizi per le dipendenze l'emergere di una "nuova" tipologia di utenza che arriva ai servizi per problematiche legate al gioco d'azzardo (gioco d'azzardo patologico, GAP). Nonostante rispetto alle altre tipologie (alcol e droghe) il numero di utenti in trattamento sia ancora esiguo, nel 2013 rappresenta il 5.8% dell'utenza in carico ai servizi per le dipendenze raggiungendo n. 101 soggetti presi in carico, con 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 42 UTENTI IN CARICO PER GIOCO D'AZZARDO – A. 2007–2013



Nell'ambito degli interventi di riduzione del danno, sono proseguite le attività di supporto e distribuzione di materiale in favore degli utenti. Dal 2009 il numero di siringhe distribuite è sostanzialmente stabile (nel 2013 erogate 32110 siringhe sterili), dopo un decremento significativo avvenuto nel 2009, mentre si rileva un importante aumento degli aghi distribuiti, segno di un cambiamento nei consumi (mix di sostanze iniettate, metadone iniettato). Il ritiro di siringhe usate, iniziato nel 2010, ha avviato una pratica importante per la riduzione dei rischi per la popolazione e i consumatori stessi.

FIGURA 43 MATERIALE STERILE DISTRIBUITO E RITIRATO – A. 2007–2013



La tutela della salute negli Istituti Penitenziari

All'interno della Casa Circondariale di Parma, che conta circa 600 detenuti, opera il Nucleo Assistenza e Riabilitazione Tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari (NART). Il NART ha consolidato nel 2013 le attività c/o gli Istituti Penitenziari a favore dei tossicodipendenti detenuti attraverso la collaborazione con la Sanità Penitenziaria ed i Servizi esterni con i quali collabora per la realizzazione della progettazione esterna.

Nell'anno 2013 il NART ha avuto in trattamento 220 persone, di cui 95 nuovi utenti, prevalentemente riconducibili all'area problematica "droghe e/o farmaci" (92,3%). Il dato è sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente.

TABELLA 61 UTENTI NART PER CITTADINANZA E AREA PROBLEMATICHE – ANNO 2013

Cittadinanza	Tipologia utente		Totale	%
	Già conosciuti	Nuovi		
Droghe e/o farmaci	114	89	203	92,3
Alcol	11	6	17	7,7
Totale	125	95	220	100

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 2013, 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 potenziate 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. Un dato distintivo è che la popolazione penitenziaria, caratterizzata, nella nostra sede, da una elevata complessità sanitaria, che si è accentuata nel 2013 per l'arrivo di persone portatrici di gravi pluripatologie ad andamento cronico (cardiopatia, epatopatia, diabete ed altre patologie endocrine, patologie di interesse ortopedico e fisiatrico, broncopneumopatia, nefropatia, patologie neoplastiche). Sono conseguentemente aumentate le esigenze diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, come pure sono aumentati gli episodi di intervento in emergenza-urgenza.

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. In corso dell'anno 2013 è stato adottato un moderno strumento di cartella elettronica di livello regionale, finalizzato ad un sistema informativo uniforme. La nuova cartella elettronica (Sistema Informativo Sanitario Penitenziario – SISPP), che è operativa dal maggio 2013, è monitorata ed aggiornata secondo le indicazioni dei referenti del Sistema informativo, con costante nostra partecipazione al livello regionale di elaborazione.

Nel percorso di sviluppo del miglioramento delle attività si è formalizzata la procedura operativa aziendale relativa alla esecuzione, nella sede penitenziaria, delle indagini di radiologia diagnostica tradizionale e relativa trasmissione di immagini radiologiche, lettura e refertazione (attuata a cura del Dipartimento di Radiodiagnostica dell'Ospedale di Vaio). È operativa la diagnostica Enzimi cardiaci, per monitoraggio interno del dolore toracico. Si è completata la dotazione di Elettrocardiografi idonei per la teletrasmissione dei tracciati elettrocardiografici (tre elettrocardiografi e relativo software) e si è predisposta la formalizzazione della procedura operativa aziendale relativa alla esecuzione delle indagini di elettrocardiografia e relativa trasmissione dei tracciati, lettura e refertazione (attuata a cura della UTIC dell'Ospedale di Vaio). La procedura è parte integrante di un percorso “dolore toracico”, come presente sul territorio e adattato alla situazione intrapenitenziaria.

L'impiego della tecnologia è previsto anche per la refertazione degli ECGrammi non urgenti, con teletrasmissione al Servizio Specialistico Cardiologico aziendale per la refertazione. Sono state completate le dotazioni per gli interventi di emergenza e urgenza (acquisizione di tre nuovi defibrillatori e di due aspiratori chirurgici, ossigenoterapia in urgenza). Sono stati acquisiti, come da piano annuale, nuovi strumenti diagnostici (endoscopio, ECG-Holter, spirometro, ossimetri) e sono in corso di svolgimento i passi necessari per dare avvio alla loro operatività. 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. Si è anche provveduto ad acquisire, attraverso convenzione, lo specialista Cardiologo, assente per motivi contrattuali dal gennaio a maggio 2013.

Si è provveduto a dare continuità all'attività di Fisiokinesiterapia, con la assunzione di un tecnico della riabilitazione, per avvicendamento operatore. Si sono stabilizzate figure professionali (Infermieri), secondo un piano concordato di stabilizzazione dell'organico. Si è, inoltre, organizzata ex-novo la attività di prenota-

zione di visite Specialistiche e indagini diagnostiche complesse presso l'AOU di Parma, con l'obiettivo di aumentare la appropriatezza e ridurre i tempi di attesa. Siamo a dare inizio alla attività, in collaborazione con l'AOU e con il Nucleo Trasporti dell'Amministrazione Penitenziaria.

È proseguita, infine, la presa in carico psicologica per valutazione e sostegno al momento dell'ingresso nel carcere di Parma. La attività è rivolta a tutti i nuovi ingressi, provenienti dalla libertà o da altro Istituto Penitenziario, e si affianca ad un più ampio intervento rivolto alla prevenzione del rischio suicidario, in collaborazione con il servizio Psichiatrico - UOS Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari. Si è completata la elaborazione di una proposta di riorganizzazione complessiva dell'attività di medicina generale, al fine di aumentare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi, come da indicazioni contenute nella Circolare del DG Sanità e Politiche Sociali n.15/2012 "Il percorso clinico e assistenziale delle persone detenute". La riprogettazione dell'architettura organizzativa della presenza dell'Az. USL in ambito penitenziario richiede che l'obiettivo sia incluso nella più ampia programmazione aziendale, con l'attribuzione di adeguate risorse, al fine di dare completa operatività alla proposta ed adeguato impiego delle attrezzature acquisite.

Sono stati definiti, in base alla proposta, gli allineamenti gerarchici e le interfacce interne ed esterne. La unità operativa interna NART (Nucleo Assistenza Riabilitazione Tossicodipendenti) è collocata all'interno della UOS Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, di nuova istituzione. Afferente al DAISM-DP. Si prevede, nello stesso documento, la riorganizzazione delle aree di attività sanitaria interna agli Istituti penitenziari sulla base di tre distinti Settori, che, a seconda della complessità comprendono da due a quattro Reparti. Ogni Settore e Reparto sarà dotato di figure Mediche e di Comparto referenti e responsabili delle attività di cura ed assistenziali e della continuità della presa in carico sanitaria. Saranno inoltre attive funzioni cliniche, di emergenza e Specialistiche trasversali a tutti i Settori. L'obiettivo perseguito è di appropriatezza, tempestività e continuità delle cure. La relativa sperimentazione è in corso (Settore II, reparto 4 e Settore III).

Il Servizio ha partecipato agli eventi formativi inerenti attività sopra riferite:

- 1) formazione sull'impiego del Sistema Informativo SISP;
- 2) appropriatezza e percorsi clinico assistenziali (Circolare 15);
- 3) formazione per l'impiego apparati di nuova acquisizione (vedi sopra)

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 alle persone ed all'argomento in specifico), l'essere genitori (gruppi di sostegno alla genitorialità), le capacità espressive (laboratorio di pittura). Nell'ambito dello stesso progetto si è proseguita la attività di presa in carico per sostegno psicologico alle persone in momenti di difficoltà nel corso della detenzione, in collaborazione con il servizio Psichiatrico - UOS Salute Mentale e Dipendenze Patologiche negli Istituti Penitenziari.

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. 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 anno 2013 – documento integrativo" (det. n 56/2013), sono state uniformate molte modalità operative tra le Aziende USL dell'Area Vasta Emilia Nord, in relazione ai vari aspetti del Programma di Assistenza Odontoiatrica. Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2013 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

TABELLA 62 VOLUMI DI ATTIVITÀ EROGATA NELL'ANNO 2013 (FONTE BANCA DATI ASA)

Anno 2013	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	4.461	987	336	1998	2.385	10.167
Ortodonzia	245	150	n.e	17	119	531
Protesica	667	319	90	429	33	1538
Solo visite	5.483	1.865	570	1518	8.566	18.002
TOTALE	10.856	3.321	996	3.962	11.103	30.238
Solo urgenze	1174	115	3	41	2.341	3.674
Altre prestazioni programma	575	322	107	494	1.491	2.989
TOTALE COMPLESSIVO	12.605	3.758	1.106	4.497	14.935	36.901
Anno 2013	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 reddito <= 8.000	2.347	513	175	632	621	4.288
ISEE2 > 8.000 e <= 12.500	541	141	56	133	108	979
ISEE3 > 12.500 e <= 15.000	163	40	16	49	45	313
ISEE 4 > 15.000 e <= 20.000	159	54	32	76	51	372
ISEE 5 > 20.001 e <= 22.500	96	21	12	9	656	794
TOTALE	3.306	769	291	899	1.481	6.746
Vulnerabilità Sanitaria	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ANNO 2013	216	74	34	132	519	975

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 al noleggio di accessori per ventiloterapia.

Spesa aziendale per macrocategorie

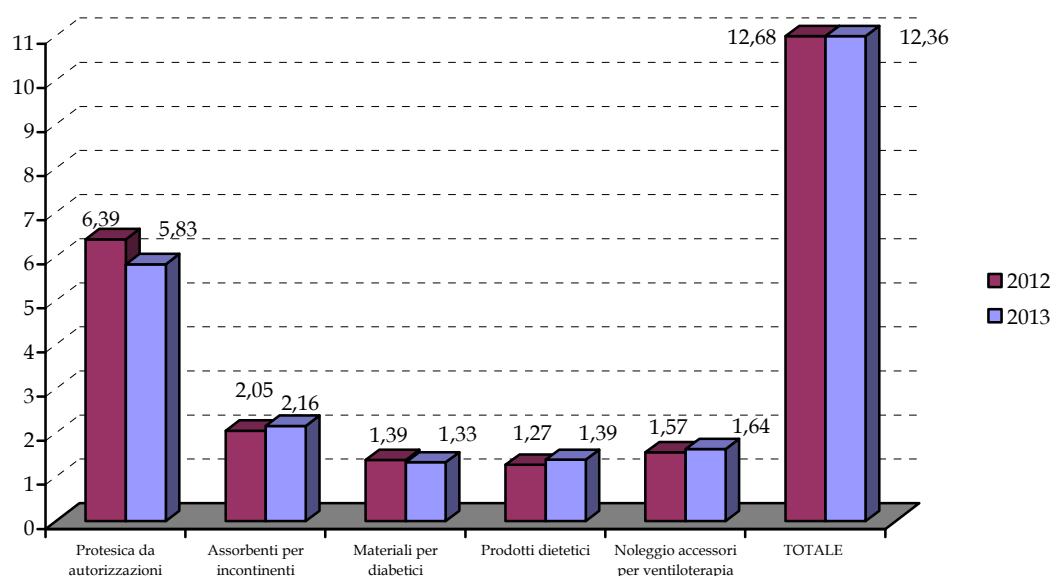
Come si può osservare dalla seguente tabella, tra l'anno 2012 e l'anno 2013 si registra un decremento della spesa complessiva aziendale per assistenza protesica e integrativa pari al - 2,51%, passando da 12.678.457 € a 12.360.130 €. La variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso all'interno delle macrovoci di spesa. Si registrano aumenti per *prodotti dietetici* (+9,13%), *assorbenti per incontinenza* (+ 5,36), *noleggio accessori per ventiloterapia* (+4,75%). Diminuiscono i *materiali per diabetici* (-3,95%) e l'assistenza protesica (- 8,82%).

TABELLA 63 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA – ANNI 2012–2013

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2012 %	Anno 2013 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	6.394.337	5.830.052	50,43	47,17	-564.285	-8,82
Assorbenti per incontinenti	2.054.547	2.164.679	16,21	17,51	110.132	5,36
Materiali per diabetici	1.389.478	1.334.599	10,96	10,80	-54.879	-3,95
Prodotti dietetici	1.274.186	1.390.563	10,05	11,25	116.377	9,13
Noleggio accessori per ventiloterapia	1.565.909	1.640.237	12,35	13,27	74.328	4,75
TOTALE	12.678.457	12.360.130	100,00	100,00	-318.327	-2,51

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede una concentrazione in tre principali categorie: la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 47,17%, gli *assorbenti per incontinenti* al 17,51%, il *noleggio accessori per ventiloterapia* al 13,27%.

FIGURA 44 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2012-2013



Suddividendo la spesa protesica e integrativa per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2012 e 2013 in una dimensione amministrativa/geografica.

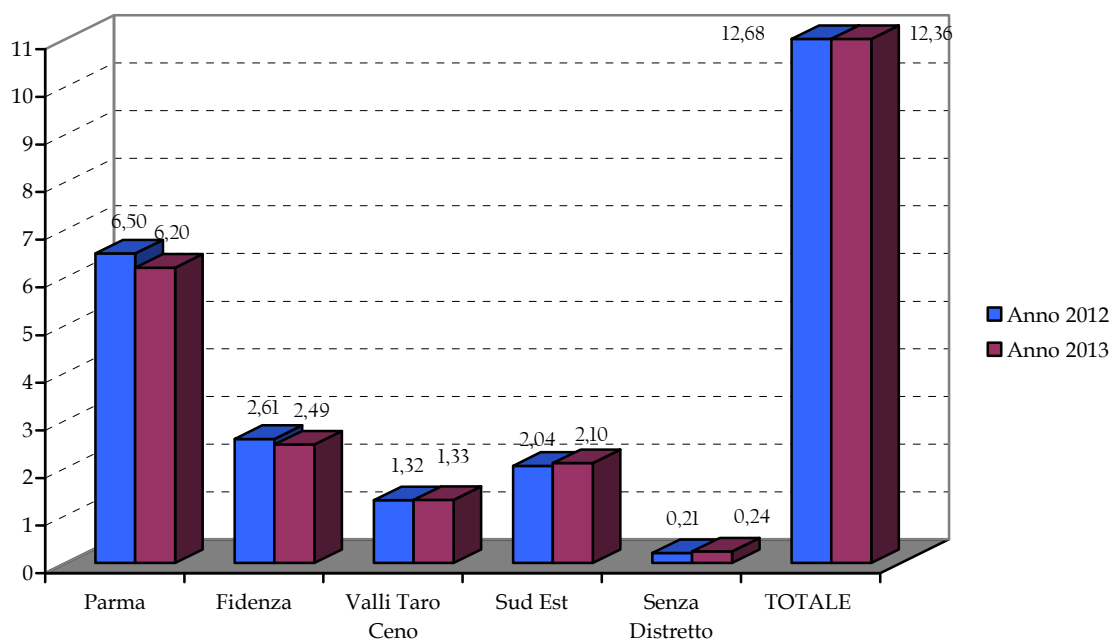
TABELLA 64 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2012 E 2013 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2012 %	Anno 2013 %	Δ A	Δ%
Parma	6.499.153	6.200.053	51,26	50,16	299.100	-4,60
Fidenza	2.605.497	2.487.671	20,55	20,13	117.826	-4,52
Valli Taro Ceno	1.322.014	1.330.058	10,43	10,76	8.044	0,61
Sud Est	2.043.619	2.098.824	16,12	16,98	55.205	2,70
Senza assegnazione distrettuale	208.174	243.524	1,64	1,97	35.350	16,98
Totale	12.678.457	12.360.130	100,00	100,00	318.327	-2,51

La diminuzione aziendale della spesa protesica e integrativa nel periodo qui considerato, è in buona misura determinata dalle diminuzioni nelle voci di spesa nei Distretti di Parma e Fidenza, controbilanciati dagli incrementi rilevati nei distretti di Valli e Sud-Est. Le composizioni percentuali di spesa per Distretto variano tra i due anni presi in considerazione, con il Distretto di Parma, conferma il suo peso superando il 50% della spesa complessiva dell'anno 2013.

Da rilevare l'incremento della voce *senza assegnazione distrettuale* nella quale sono compresi i costi per non residenti e la distribuzione di materiale per diabetici effettuata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (spesa anno 2013 € 243.295).

FIGURA 45 SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2012–2013, MILIONI DI EURO



Assistenza farmaceutica

Nel 2013 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2012 raggiungendo la cifra di 51.865.447,34 € 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 3.648.560,67 €, pari ad una riduzione del 6,57%, mentre la Regione ha registrato un calo del 5,04%. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD; mentre il numero di ricette ha registrato un lieve incremento pari allo 0,14% rispetto al 2012. 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 delle due Aziende (Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria) che attraverso la distribuzione per conto, la spesa è cresciuta ulteriormente di circa 1.663.033 €; 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 2012 (la spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci) del 2,06%, mentre la regionale ha registrato un calo del 1,30%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2013 una riduzione dello 0,29% rispetto al 2012, mentre quella regionale si è ridotta dello 0,24%.

TABELLA 65 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa totale a favore dei cittadini
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
2013				
Parma	51.865.447	42.187.483	26.804.296	120.857.226
Regione	560.567.262	420.208.423	258.831.934	1.239.607.619

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 della spesa netta convenzionata, tale andamento viene consolidato, anche se in modo meno marcato rispetto al 2012, dai dati sia aziendali sia regionali del 2013.

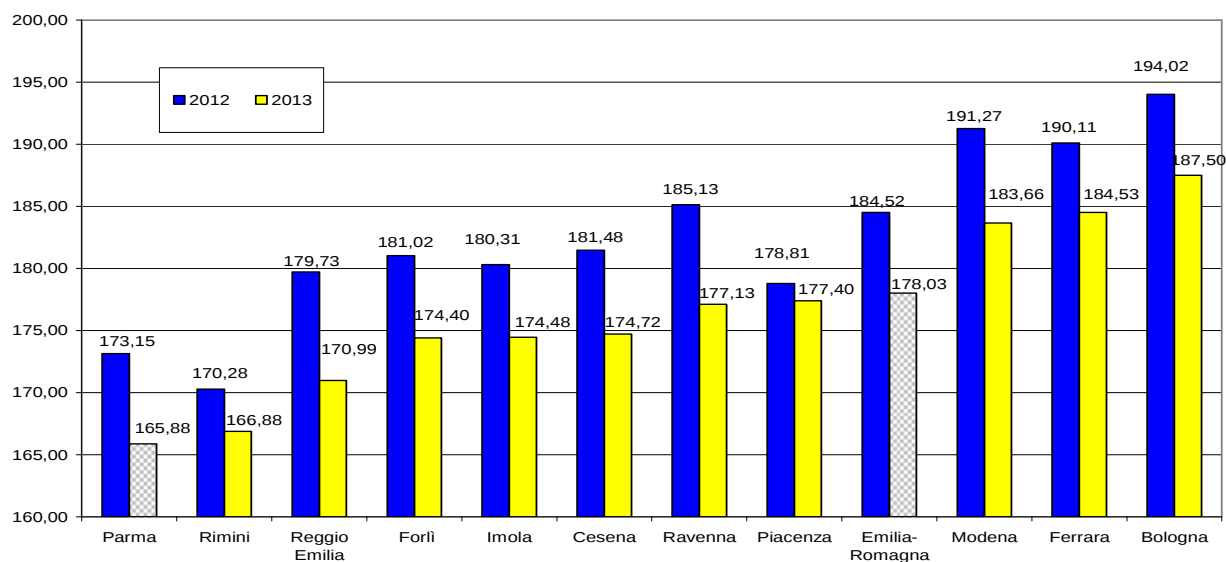
FIGURA 46 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2008-2013



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

La figura successiva riporta la spesa farmaceutica territoriale per assistito pesato del 2013, delle aree provinciali e della regione confrontata con quella del 2012.

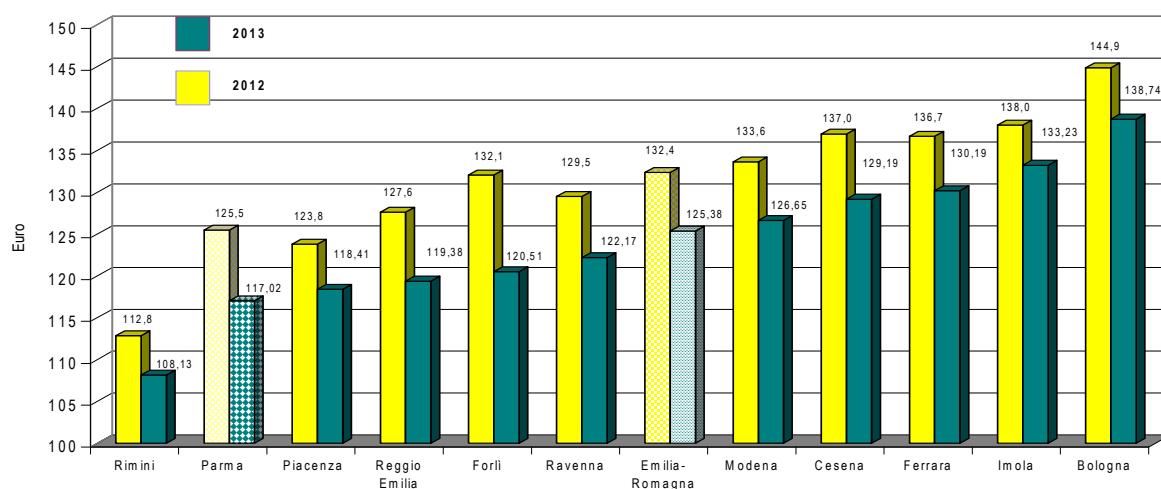
FIGURA 47 SPESA PRO CAPITE PESATA PER ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE – 2012–2013



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 117,02 €, con una riduzione di 8,47 € rispetto allo scorso anno. L'Azienda USL di Parma, rimane tra le Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, anche se nel 2013 i migliori risultati sono stati ottenuti dall'Azienda USL di Rimini (108,13 €).

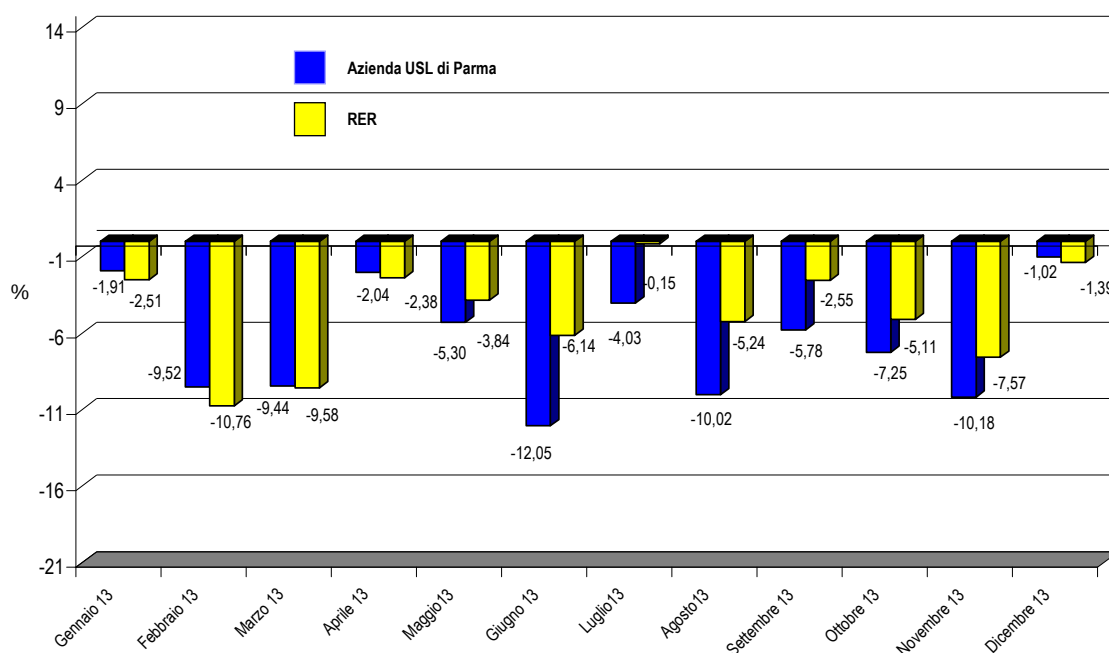
FIGURA 48 SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA NETTA PER ASSISTITO PESATO –2012–2013



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come nel corso del 2013 nell'Azienda USL di Parma si sia registrato un calo rispetto all'anno precedente.

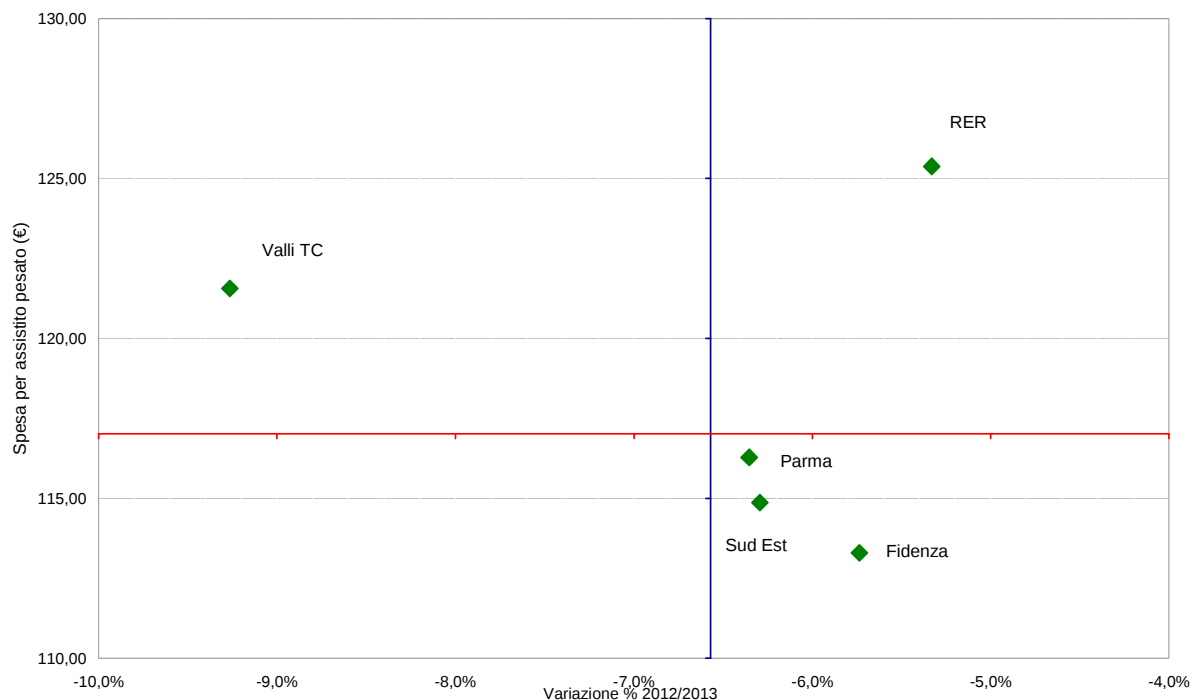
FIGURA 49 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE – ANNO 2013



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 confronta, per ogni Distretto e per la Regione, (i) variazione percentuale della spesa del 2013 rispetto al 2012 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corrispondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -6,57% e ad una spesa per assistito di 117,02 €.

FIGURA 50 ASSISTENZA FARMACEUTICA ANNO 2013: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2012 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2013, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche per le quali il dato aziendale si mantiene al di sopra della media regionale : in particolare i dati evidenziano come sia ancora necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti quali i farmaci per disturbi correlati all' apparato gastro-intestinale (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli del sistema nervoso centrale.

TABELLA 66 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – SPESA PER RESIDENTE (€) PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE – ANNO 2013

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	24,93	24,77	24,42	26,55	24,97	24,28
Cardiovascolari	47,07	49,86	49,29	62,46	49,69	52,80
Muscoloscheletriche	4,32	4,09	3,70	5,06	4,24	5,56
Nervose	20,26	18,88	19,54	24,03	20,21	19,63
Respiratorie	11,87	11,46	12,21	13,05	11,96	14,45
TOTALE	108,45	109,06	109,17	131,14	111,07	116,72

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale rappresenta il principale sistema di cure per numero e tipologia di prestazioni: ogni anno, attraverso l'erogazione diretta, l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria, i contratti con il Privato Accreditato e la mobilità passiva (infra ed extraregionale) vengono assicurate ai cittadini della provincia di Parma volumi oltre 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 2011-2013.

TABELLA 67 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2011–2013

		2011	2012	2013
Distretto di erogazione	Tipologia	N	N	N
PARMA	Diagnostica	174.102	172.737	184.361
	Laboratorio	1.116.290	1.043.405	1.067.219
	Riabilitazione	104.525	91.034	93.747
	Terapeutiche	51.366	49.321	50.521
	Visite	178.671	166.845	164.855
	Totale	1.624.954	1.523.342	1.560.703
FIDENZA	Diagnostica	94.798	94.021	105.432
	Laboratorio	776.029	735.927	768.873
	Riabilitazione	38.240	41.907	48.615
	Terapeutiche	33.002	29.332	35.334
	Visite	91.416	80.740	91.818
	Totale	1.033.485	981.927	1.050.072
VALTARO VALCENO	Diagnostica	31.729	34.213	36.552
	Laboratorio	414.292	384.041	379.966
	Riabilitazione	22.198	10.095	14.101
	Terapeutiche	22.871	26.375	27.533
	Visite	50.717	39.920	43.277
	Totale	541.807	494.644	501.429
SUD EST	Diagnostica	56.723	58.630	61.972
	Laboratorio	416.790	398.501	411.327
	Riabilitazione	14.105	10.324	12.396
	Terapeutiche	17.977	21.003	21.700
	Visite	43.113	42.557	44.441
	Totale	548.708	531.015	551.836
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	243.591	240.179	253.366
	Laboratorio	1.325.057	1.281.909	1.270.719
	Riabilitazione	17.523	16.283	17.861
	Terapeutiche	90.757	91.758	100.978
	Visite	313.927	276.740	297.876
	Totale	1.990.855	1.906.869	1.940.800
Totale provinciale AUSL e AOSP	Diagnostica	600.943	599.780	641.683
	Laboratorio	4.048.458	3.843.783	3.898.104
	Riabilitazione	196.591	169.643	186.720
	Terapeutiche	215.973	217.789	236.066
	Visite	677.844	606.802	642.267
	Totale	5.739.809	5.437.797	5.604.840

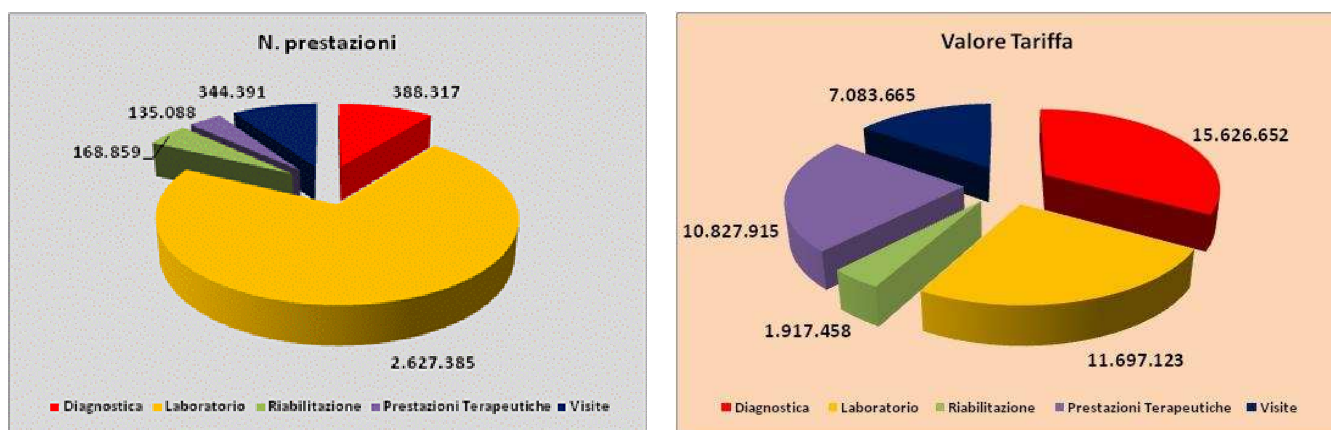
La produzione provinciale si attesta su un volume complessivo di circa 5.600.000 prestazioni. Nel trend 2011-13 si registra una diminuzione dell'attività di laboratorio ed un incremento significativo nell'ambito della diagnostica in linea gli obiettivi di programmazione aziendale. Tale situazione ha consentito di consolidare buoni livelli di autosufficienza distrettuale e un'alta performance nelle risposte alla domanda dei cittadini (vedi tempi di attesa).

TABELLA 68 DETTAGLIO PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA USL (COMPRESO PRIVATO) E VALORIZZAZIONE (TARIFFA)

	PRESTAZIONI		IMPORTI (€)	
	N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	388.317	10,6	15.626.652	33,14
Laboratorio	2.627.385	71,71	11.697.123	24,81
Riabilitazione	168.859	4,61	1.917.458	4,07
Prestazioni Terapeutiche	135.088	3,69	10.827.915	22,96
Visite	344.391	9,40	7.083.665	15,02
Totale AUSL e Privato Accreditato	3.664.040	100,00	47.152.813	100,00

I volumi produttivi dell'Azienda Usl e del Privato accreditato (oltre 3.600.000 di prestazioni erogate), contabilizzati attraverso la tariffa di riferimento, assumono un valore equivalente di oltre 47.000.000 di €.

FIGURA 51 RAFFRONTO TRA PRODUZIONE E VALORE DI RIFERIMENTO (TARIFFA) – AUSL E PRIVATO ACCREDITATO



Il raffronto evidenzia in forma chiara il grande impatto economico dovuto all'incremento della produzione nell'ambito della diagnostica strumentale.

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).

Nelle rappresentazione grafiche (diagrammi 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.

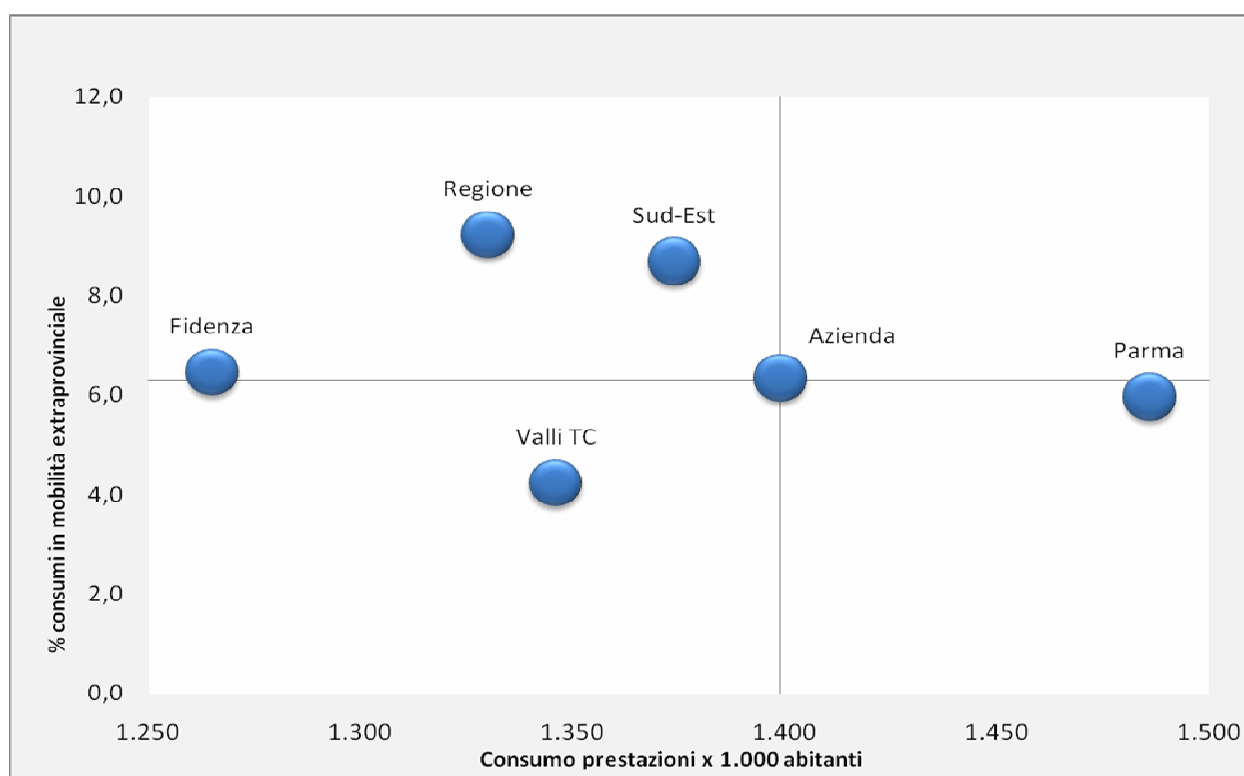
In generale, rispetto ai consumi, i dati mettono in luce una situazione abbastanza positiva: per quasi tutte le prestazioni i consumi dei cittadini dell'Azienda Usl di Parma si collocano in linea con i consumi medi regionali o addirittura al di sotto mentre la mobilità passiva (fuga fuori azienda) è abbastanza contenuta e su valori inferiori alla media regionale.

Visite

TABELLA 69 INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2011			2012			2013		
	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	1.747	5,14	8,31	1.525	6,07	9,38	1.486	5,96	9,65
Fidenza	1.409	6,27	41,28	1.292	6,8	43,68	1.265	6,46	44,77
Valli Taro Ceno	1.504	3,72	40,19	1.337	4,14	45,21	1.346	4,23	44,01
Sud-Est	1.494	8,09	66,61	1.389	8,52	65,14	1.374	8,68	64,34
Totale Azienda	1.597	5,69	27,72	1.425	6,43	29,54	1.399	6,34	29,81
Regione	1.499	8,33	29,32	1.356	8,91	30,69	1.330	9,22	31,57

FIGURA 52 INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA EXTRAPROVINCIALI - VISITE



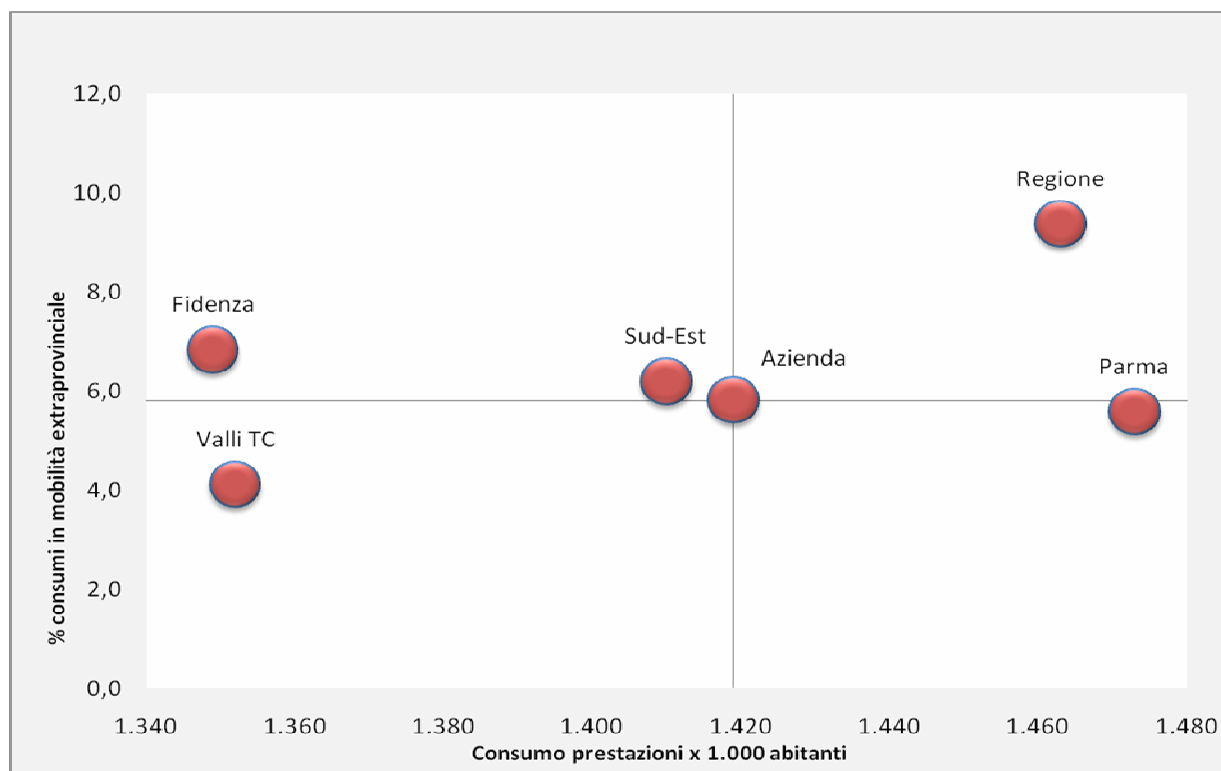
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma. A fronte di questo dato si osserva un buon livello di autosufficienza ed una mobilità extraprovinciale inferiore ai valori medi regionali.

Diagnostica

TABELLA 70 INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2011			2012			2013		
	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	1.449	6,03	11,54	1.426	6,03	12,05	1.473	5,58	12,04
Fidenza	1.318	7,57	40,64	1.300	7,98	41,09	1.349	6,82	41,14
Valli Taro Ceno	1.287	4,18	53,92	1.331	3,88	52,07	1.352	4,11	52,27
Sud-Est	1.372	6,25	58,32	1.374	6,28	58,63	1.410	6,18	58,26
Totale Azienda	1.386	6,22	30,19	1.376	6,28	30,57	1.419	5,81	30,48
Regione	1.526	9,53	33,37	1.465	9,71	33,81	1.463	9,37	34,08

FIGURA 53 INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA EXTRAPROVINCIALI – DIAGNOSTICA



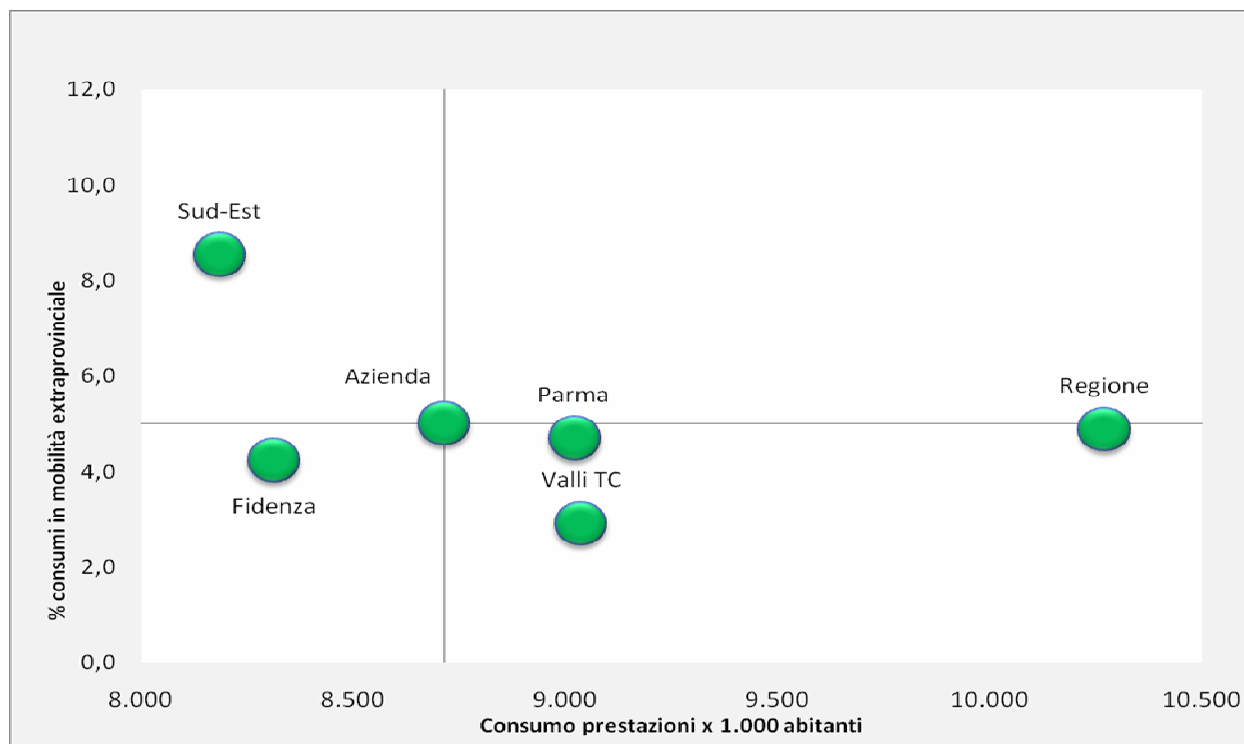
Negli indici di consumo relativi alla diagnostica a livello aziendale si collocano decisamente al di sotto della media regionale (ad eccezione del Distretto di Parma che da solo si pone appena oltre la media). Anche per la diagnostica si osserva come l'incremento consolidato della produzione (programmato su ambiti specifici) consenta di registrare livelli di mobilità passiva inferiori alla media regionale.

Laboratorio

TABELLA 71 INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2011			2012			2013		
	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	9.445	4,22	7,02	8.952	4,84	7,91	9.021	4,70	7,91
Fidenza	8.630	4,38	19,0	8.138	4,72	19,57	8.312	4,24	18,47
Valli Taro Ceno	9.602	3,06	20,19	8.911	2,94	20,12	9.036	2,91	20,89
Sud-Est	8.325	8,02	39,43	7.998	8,44	40,12	8.185	8,54	39,61
Totale Azienda	9.081	4,7	16,25	8.596	5,16	16,95	8.714	5,01	16,79
Regione	11.087	4,59	29,46	10.753	4,79	30,35	10.269	4,88	30,77

FIGURA 54 INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA EXTRAPROVINCIALI – LABORATORIO



Il grafico evidenzia come il trend di decremento della produzione nell'area del Laboratorio sia in linea con una maggiore appropriatezza prescrittiva ed indici di consumo decisamente inferiori alla media regionale. La mobilità (calcolata sul volume delle prestazioni) evidenzia valori superiori alla media regionale solo nel Distretto Sud-Est per una naturale gravitazione su strutture presenti sul confine nella provincia di Reggio Emilia.

Prestazioni di base

TABELLA 72 INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI DI BASE

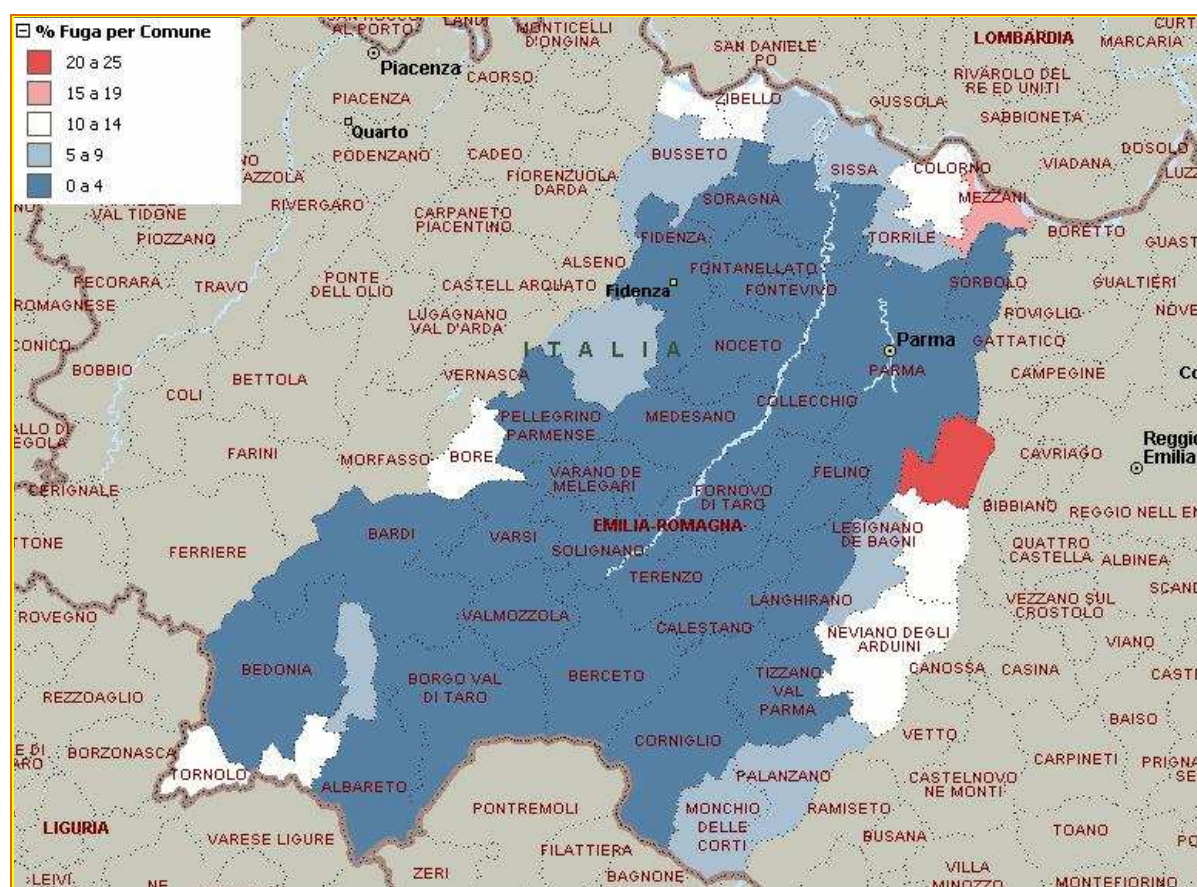
DISTRETTO	2011		2012		2013	
	IC STAND.	I. DI FUGA DISTR.	IC STAND.	I. DI FUGA DISTR.	IC STAND.	I. DI FUGA DISTR.
PARMA	1.738	9,4	1.298	10,88	1.318	10,98
FIDENZA	1.471	34,68	1.128	34,50	1.160	35,15
VALLI TARO CENO	1.579	41,2	1.268	41,65	1.314	39,79
SUD-EST	1.527	54,85	1.170	52,64	1.220	51,96
TOTALE AZIENDA	1.622	25,39	1.232	26,11	1.263	26,17
REGIONE	1.654	27,50	1,266	28,08	1.241	28,77

Il dato relativo alle prestazioni di base mette in evidenza un indice di consumo aziendale allineato alla media regionale con alcune variabilità interne ed un maggiore consumo nei Distretti di Parma e Valli Taro e Ceno.

Mobilità passiva

I dati di mobilità passiva sono inferiori alla media regionale ed evidenziano una frequenza maggiore nelle aree di confine con particolare riferimento ai comuni del Distretto Sud-Est (privo di strutture ospedaliere pubbliche) che gravitano su Montecchio Emilia, al Distretto Valli Taro Ceno (comuni di Bore e Tornolo) e per l'area rivierasca del Po che si trova vicina alle strutture lombarde.

FIGURA 55 MOBILITA' PASSIVA: PERCENTUALE DI FUGA PER COMUNE - 2013



Tempi di attesa

La valutazione dei tempi di attesa rappresenta uno degli assi della programmazione integrata dell'assistenza specialistica ambulatoriale. In particolare fin dal 2005 si è dato avvio ad una programmazione integrata che doveva mettere in correlazione domanda, produzione e appropriatezza prescrittiva. In questa direzione si è registrato un progressivo potenziamento delle prestazioni a maggiore impatto (diagnostica e visite di primo livello) ed un graduale adeguamento dell'attività di laboratorio a criteri di appropriatezza.

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 di base in ambito distrettuale e della diagnostica (alte tecnologie) a livello aziendale. Tale configurazione accompagnata da una programmazione coordinata tra piano delle attrezzature di diagnostica con adeguamento della struttura dell'offerta, accordi con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e con il Privato accreditato ha consentito di ottenere alte performance su tutte le prestazioni a monitoraggio su tutte le prestazioni a monitoraggio. 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).

In applicazione della DGR 1035/2009 è stata attivata, dal 2011, sul sistema informatico del CUP provinciale la gestione automatizzata delle agende di garanzia (governata direttamente dai distretti committenti) per consentire di dare una risposta al cittadino (con un'offerta aggiuntiva) 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) nell'offerta ordinaria.

Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2013: i grafici sottostanti si riferiscono al valore medio dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice del mese di ottobre (rilevazione regionale e nazionale). Gli indicatori rappresentati sono: il tempo medio di attesa e l'indice di performance (% di utenti che hanno ricevuto una prenotazione entro gli standard previsti). I valori calcolati, come da indicazione regionale, sono calcolati al netto degli utenti che scelgono personalmente una data di erogazione oltre lo standard pur in presenza di un'offerta entro lo standard.

Le situazioni evidenziate nella rilevazione per Visite, Diagnostica (alte tecnologie) e altra diagnostica mettono in evidenza una situazione altamente positiva che è sovrapponibile a quelle dei trimestri precedenti.

FIGURA 56 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – VISITE – ANNO 2013 (RILEVAZIONE OTTOBRE 2013)

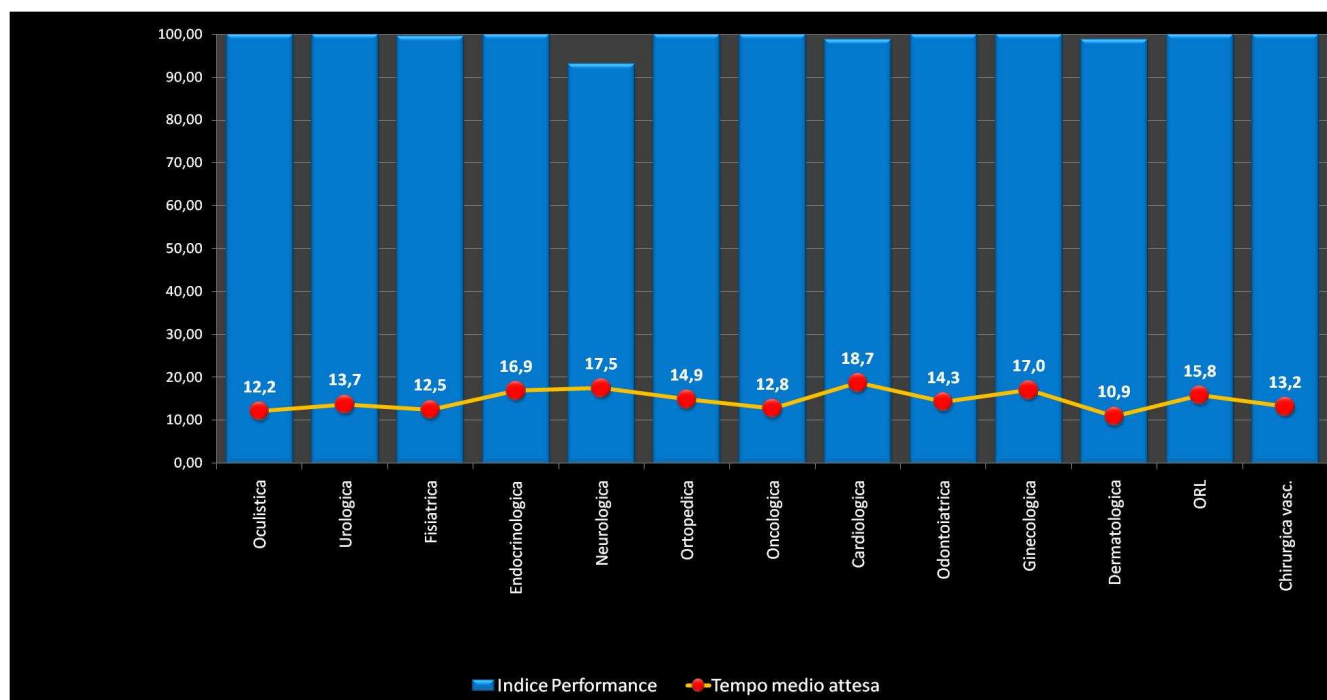


FIGURA 57 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – (RILEVAZIONE OTTOBRE 2013)

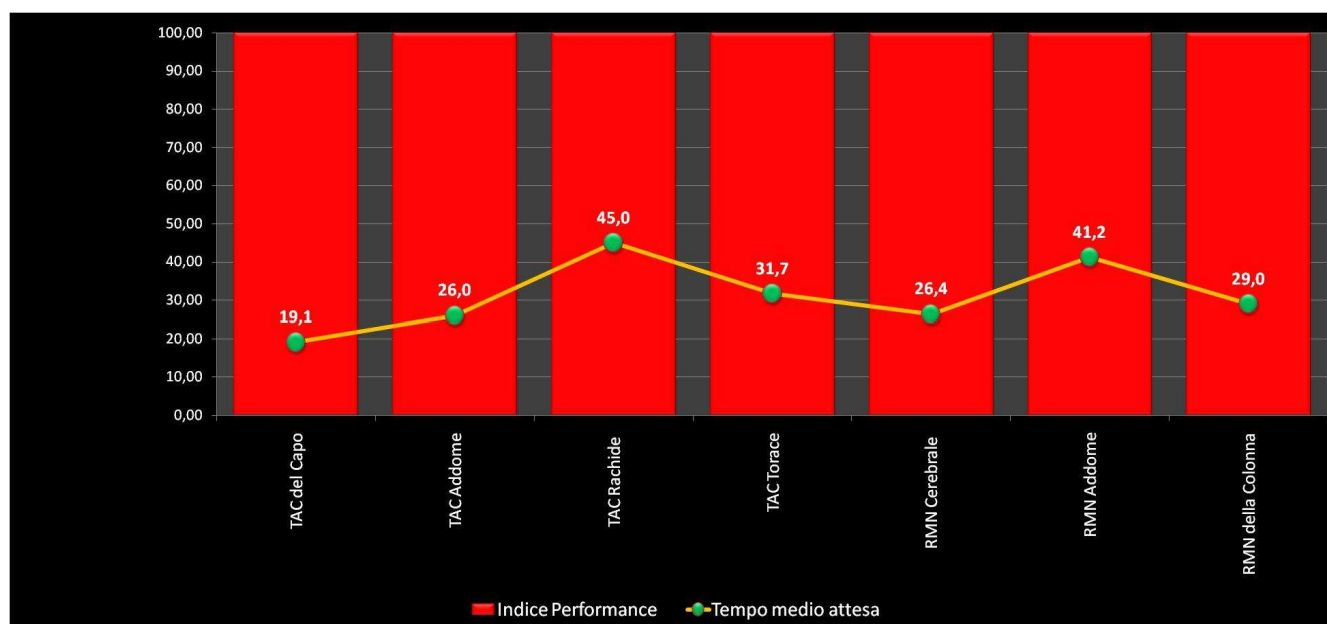
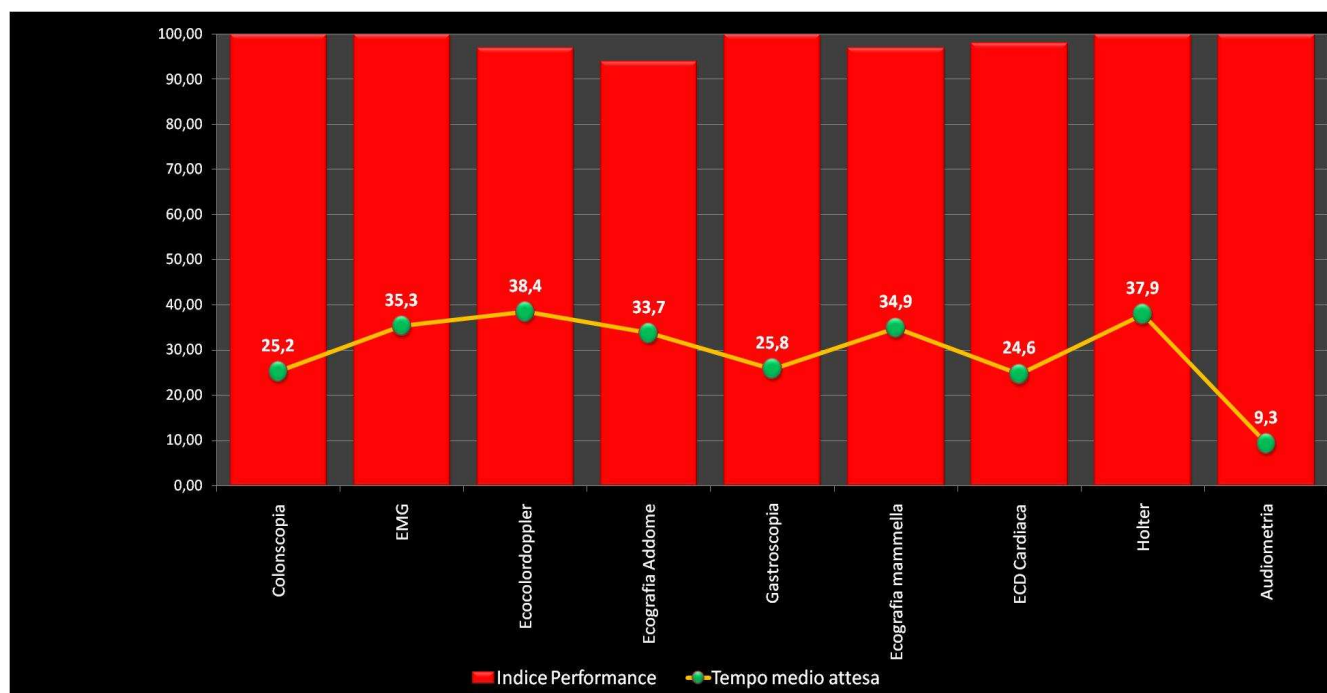


FIGURA 58 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA – (RILEVAZIONE OTTOBRE 2013)



Assistenza Ospedaliera

Azioni sull'offerta provinciale di posti letto

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma, nell'anno 2013, hanno iniziato il percorso di adeguamento alle norme nazionali, che prevedono uno standard di posti letto ospedalieri pari al 3,7 per mille abitanti, di cui lo 0,7 per mille destinati alla riabilitazione ed alla lungodegenza post acuzie. Le norme nazionali di riferimento (D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 135), prevedono altresì che si tenga conto dei saldi positivi della mobilità interregionale, nel prevedere possibilità di incremento dello stesso standard.

Al 31 dicembre dell'anno 2013, la rete ospedaliera provinciale è passata dai complessivi 2.313 posti letto del 2012, a 2.236 (meno 77, meno 3,3%), ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria (1.154); il Presidio Ospedaliero Aziendale (395), articolato nei due ospedali di Fidenza - San Secondo (274) e Borgotaro (121); le Case di Cura private accreditate (687)

I posti letto a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma sono il 17,7% del totale, mentre il 51,6% dei posti letto provinciali è collocato all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria ed il 30,7% presso le Case di Cura private accreditate, che operano sulla base di accordi contrattuali di fornitura con il Servizio Sanitario regionale.

FIGURA 59 LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

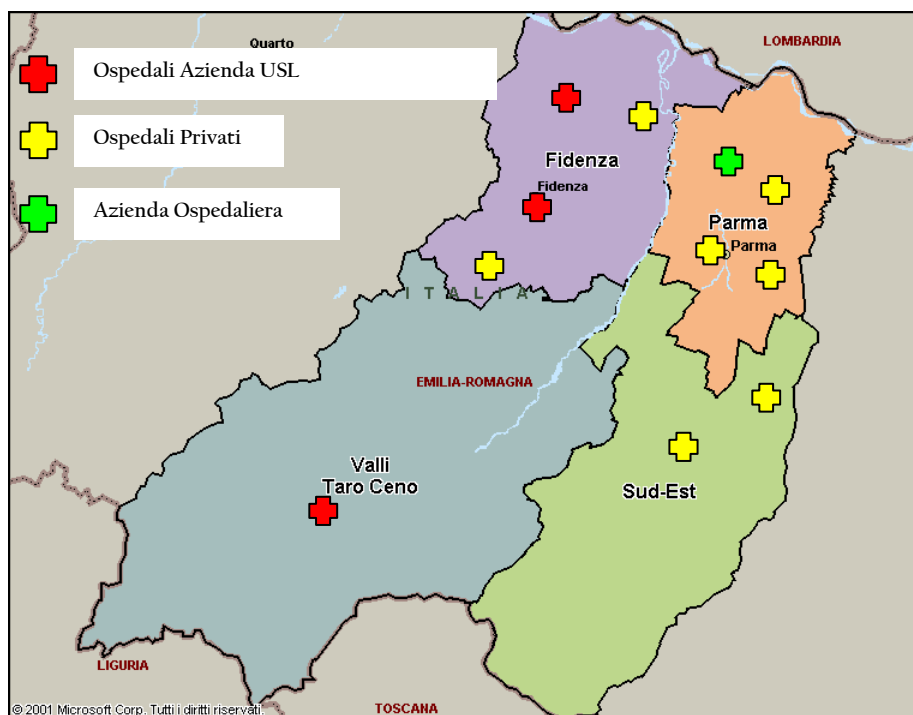
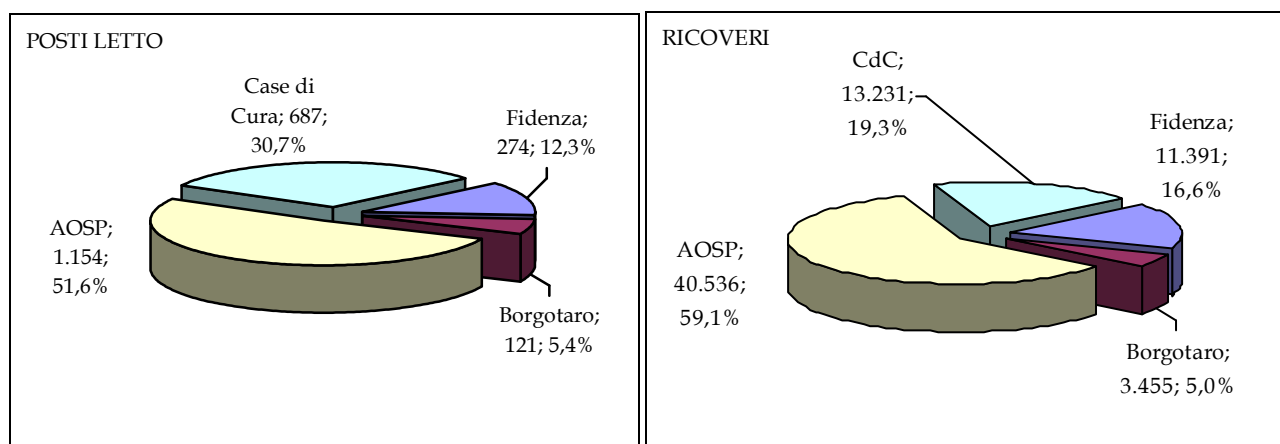


FIGURA 60 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI DI RESIDENTI EFFETTIVAMENTE A CARICO DEL SSR, PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA, ANNO 2013



Nella provincia di Parma (Popolazione 447.251 al 1.1.2013), l'offerta di posti letto risulta diminuita rispetto all'anno precedente, da 5,2 a 4,9 posti letto ogni 1.000 abitanti. I posti letto per acuti (1.744) sono scesi a 3,9 per 1.000 abitanti. Le strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, della provincia ricevono una importante mobilità attiva da fuori provincia e fuori regione. L'effettivo utilizzo dell'offerta di posti letto presente in provincia, in termini di ricoveri per residenti ed a carico del SSR, è specificato nella figura parte destra.

I posti letto complessivi di post acuzie (lungodegenza e riabilitazione) sono ancora molto superiori allo standard nazionale dello 0,7% (492, 1,1 per mille abitanti); ma ciò è dovuto, in massima parte, alla presenza,

in provincia di Parma, di ben tre strutture monospecialistiche a bacino d'utenza nazionale (Centro Cardinal Ferrari, Centro Don Gnocchi Parma e Casa di Cura Villa Igea di Salsomaggiore Terme), interamente dedicate all'attività di riabilitazione.

L'utilizzo dei posti letto delle precedenti strutture, per cittadini residenti fuori regione, è il seguente:

- Centro Cardinal Ferrari: 77 posti letto equivalenti su 91 accreditati;
- Centro Don Gnocchi Parma: 10 posti letto equivalenti su 80 accreditati;
- Casa di Cura Villa Igea di Salsomaggiore Terme: 15 posti letto equivalenti su 60 accreditati.

Inoltre, la casa di cura psichiatrica Villa Maria Luigia, ha classificato nel codice 56 di riabilitazione, ben 39 posti letto di "riabilitazione" di malattie e/o disturbi mentali, utilizzati per ricoveri in mobilità attiva extra-regionale. La somma dei posti letto sopra specificati è pari a 141 posti letto, che, detratti dal n. dei posti letto di post acuzie, fanno scendere il parametro provinciale dal 1,1 per mille abitanti, allo 0,78 per mille abitanti, molto vicino al parametro nazionale di riferimento. L'analisi dell'attività svolta nei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma, nell'anno 2013, ha evidenziato quanto segue.

Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2013 l'Ospedale di Fidenza – San Secondo presenta un totale di 13.154 dimessi, di cui 11.393 dimessi residenti della provincia di Parma (86,6%): l'attività aumenta del 4,2% rispetto all'anno precedente.

Le aree di maggiore attività sono quelle della chirurgia ortopedica, della chirurgia gastroenterologica, della cardiologia, della neurologia. Significative sono le attività relative a patologie urologiche ed ostetrico - ginecologiche (parti vaginali in aumento; interventi sull'utero in video laparoscopia in numero elevato).

FIGURA 61 OSPEDALE DI FIDENZA-SAN SECONDO P.SE - 2010-2013

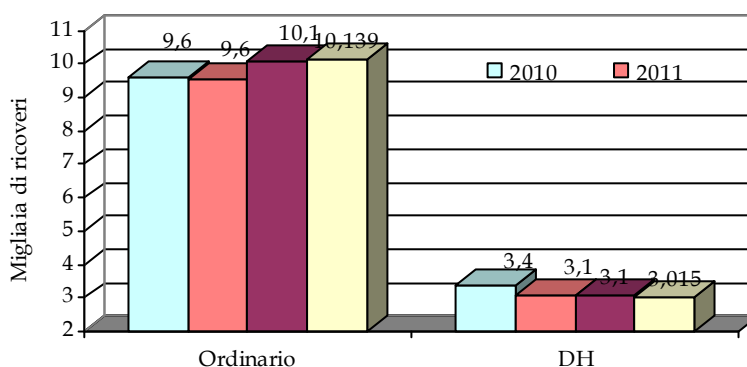


TABELLA 73 OSPEDALE DI FIDENZA – SAN SECONDO P.SE – ANNI 2012-2013

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza in day hospital		
	2012	2013	Var.	2012	2013	Var.
DRG medici	6.578	6560	-18	1.852	1822	-30
DRG chirurgici	3.530	3579	+49	1.227	1193	-34
Totale	10.108	10.139	+31	3.079	3.015	-64

L'attività dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo Parmense risulta in aumento, rispetto all'anno precedente; nei ricoveri ordinari e nei DRGs chirurgici. Come ci si attendeva, in ragione del processo di trasformazione in atto, da day hospital ad ambulatoriale, sono in decremento i ricoveri diurni. L'importo totale delle attività di ricovero ospedaliero ha fatto registrare un incremento di 711.364,03 euro.

Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro

Per quanto riguarda l'Ospedale "Santa Maria" di Borgo Val di Taro, nel 2013 si segnalano complessivamente 3.867 dimessi, di cui 3106 in regime ordinario e 761 in regime diurno. L'attività a favore dei residenti annovera 3.463 ricoveri (89,55%).

Per quanto riguarda l'attività chirurgica, sono da segnalare, nella disciplina di ortopedia, gli interventi di protesica sulle grandi articolazioni, quelli di chirurgia artroscopia mininvasiva e gli interventi sul ginocchio. Nella disciplina di chirurgia generale, sono da segnalare gli interventi di chirurgia proctologica, con tecniche ricostruttive del pavimento pelvico. Nello stesso distretto chirurgico, rilevante la collaborazione di urologo e ginecologo, per il trattamento dell'incontinenza urinaria femminile. Da segnalare anche l'implementazione di attività chirurgiche di otorinolaringoiatria. In ambito medico, sono in incremento i DRGs della MDC 5 (Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio); i DRGs della MDC 6 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente); ed i DRGs della MDC 10 (Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali).

FIGURA 62 PO DI BORGO VAL DI TARO – 2010–2013

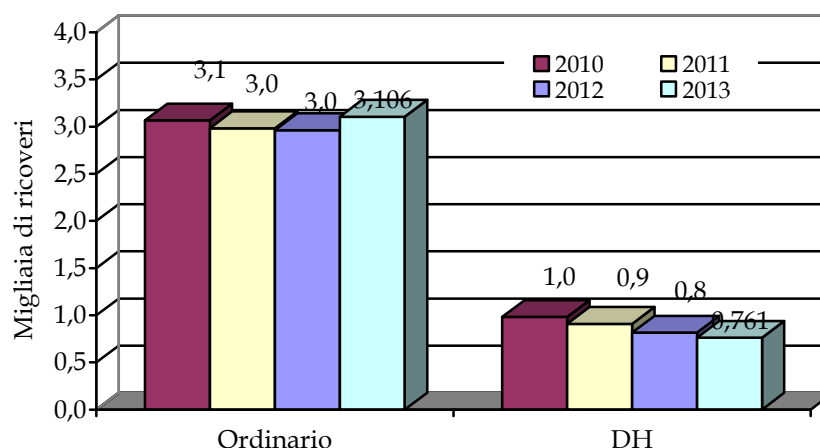


TABELLA 74 OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2012–2013

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2012	2013	Var.	2012	2013	Var.
DRG medici	1.755	1801	+46	339	337	-2
DRG chirurgici	1.209	1305	+6	478	424	-54
Totale	2.964	3106	+52	817	761	-56

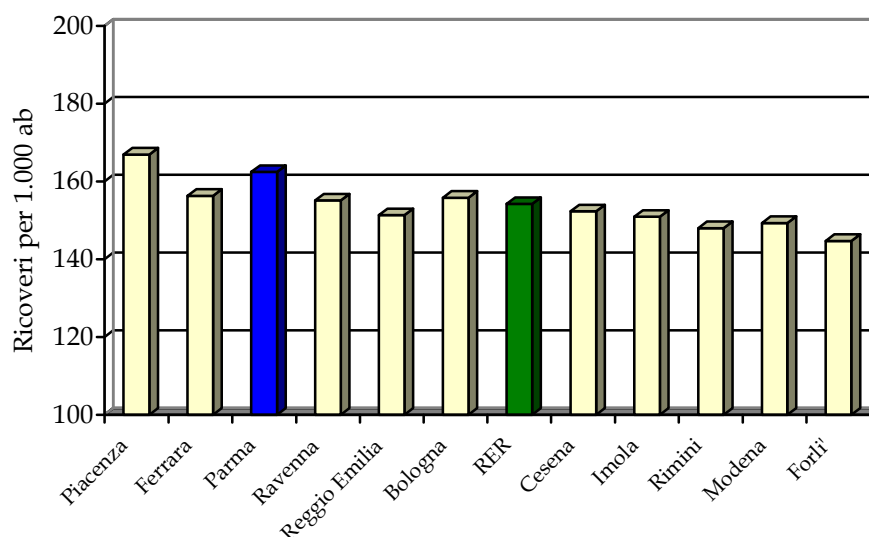
I ricoveri in regime ordinario risultano in incremento (+52), mentre il calo dei ricoveri erogati in regime diurno (-56) è atteso, per il processo di trasferimento di attività da day hospital a regime ambulatoriale. L'importo totale delle attività di ricovero ospedaliero ha fatto registrare un incremento di 733.031,30 euro.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime la domanda di ricoveri da parte degli assistiti dell'Azienda. Oltre che da caratteristiche epidemiologiche, può essere influenzato dall'offerta di posti letto, nell'area territoriale di riferimento. La mobilità passiva extraregionale del 2013 è stata recentemente resa disponibile, pur se non ancora depurata dalle schede in contestazione. Si è perciò in grado di ricomprendere nei dati seguenti, non solo i ricoveri fruiti dalla popolazione residente in Emilia – Romagna, ma anche quelli che sono stati effettuati in strutture ospedaliere al di fuori della regione di residenza.

A livello aziendale, il valore del tasso di ospedalizzazione standardizzato (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 162,4 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2013 a 154,2. Da segnalare il decremento rispetto al 2012 e l'avvicinamento allo standard nazionale del 160 per mille. Il dato relativo ai residenti in provincia di Parma è tuttavia ancora il secondo in ordine di grandezza.

FIGURA 63 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNO 2013



La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di ricovero ordinario o di day hospital, in trattamenti erogabili in regime ambulatoriale (ad esempio liberazione del tunnel carpale, interventi per cataratta), oppure gestibili in contesti di tipo territoriale (day service), rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo.

TABELLA 75 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO – ANNI 2012-2013

Distretto	2012	2013
Parma	177,01	165,2
Fidenza	167,80	160,8
Sud-Est	173,67	163,7
Valli Taro e Ceno	167,12	154,5
Azienda USL	172,90	162,4
RER	164,14	154,2

Fonte: Banca Dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

Il tasso di ospedalizzazione (standardizzato per età della popolazione di riferimento, confrontata con popolazione standard) evidenzia, a livello distrettuale, un calo in tutti i distretti. Si osservano, peraltro, valori più

elevati di ospedalizzazione nei Distretti di Parma e Sud – Est, che presentano valori superiori allo standard nazionale. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato del Distretto di Fidenza è ancora lievemente superiore allo standard nazionale, mentre quello del Distretto Valli Taro e Ceno è inferiore allo standard nazionale ed è quasi sovrapponibile al valore medio regionale.

Mobilità passiva

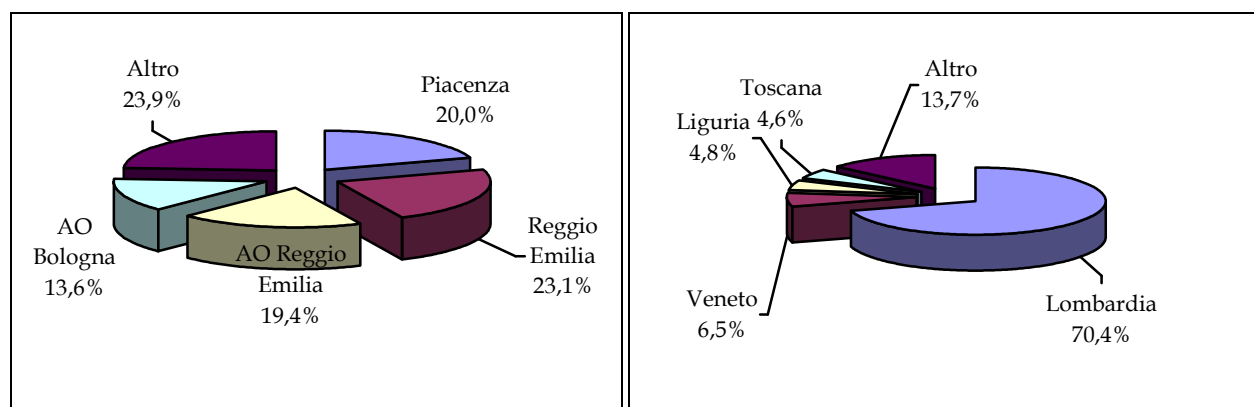
La libera scelta del luogo di cura è garantita a tutti gli utenti iscritti nel Servizio Sanitario Nazionale, che possono scegliere di ricoverarsi in strutture ospedaliere poste anche al di fuori dell'ambito territoriale dell'AUSL di residenza. La mobilità sanitaria passiva viene distinta in "Infraregionale" ed "Extraregionale" in ragione dell'utilizzo di strutture ubicate rispettivamente entro la regione di residenza o fuori dalla regione di residenza. Nelle zone di confine, può essere abituale, da parte dei residenti, rivolgersi a strutture ubicate al di fuori del territorio di riferimento dell'AUSL (nel caso di Parma, corrispondente al territorio della provincia) per trovare risposta anche a patologie di medio - bassa complessità. I cittadini si muovono anche oltre i confini della propria AUSL o comunque per ricevere prestazioni presso centri di eccellenza nazionale. Livelli anomali di mobilità possono essere un segnale di difficoltà della rete sanitaria locale, di prendersi carico in maniera efficace ed appropriata delle patologie alle quali è attrezzata dare risposte. 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 2013 un costo di 34.254.766 € per il finanziamento di 9.349 ricoveri erogati da strutture di altre province della Regione Emilia – Romagna (mobilità passiva infraregionale) e di altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale). Diminuisce il numero complessivo dei ricoveri in mobilità passiva, ma aumenta il loro corrispettivo economico.

L'importo della mobilità passiva extraregionale, nel 2013 è stato di 18,8 milioni di € (a fronte di 17,7 milioni di € nel 2012), per un numero di 5.026 ricoveri (a fronte di 5.143 ricoveri nel 2012).

L'importo della mobilità passiva infraregionale è stato di 15,5 milioni di € (a fronte di 15,2 milioni di € nel 2012) per un numero di 4.323 ricoveri (a fronte di 4.317 ricoveri nel 2012) 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 rispettivamente il 76,6% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 69,3% dei 17,7 milioni di € di mobilità passiva extraregionale.

FIGURA 64 MOBILITÀ PASSIVA ANNO 2013 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



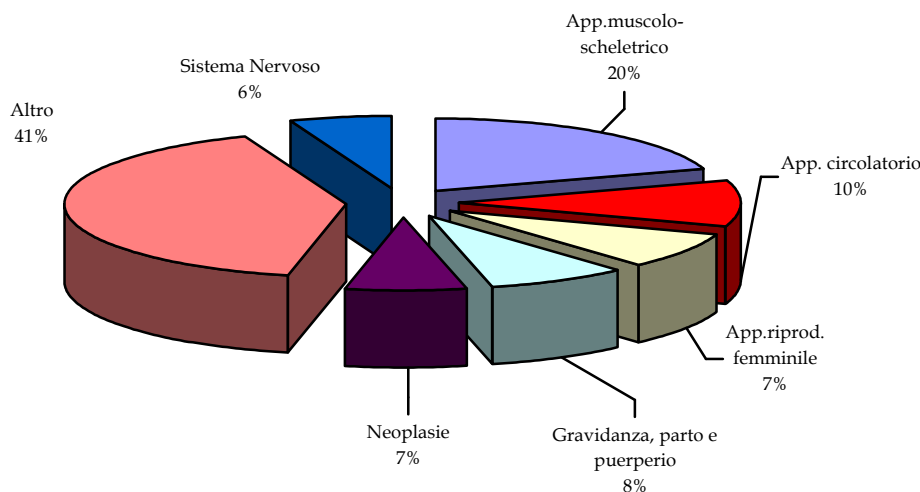
Indipendentemente dalla localizzazione delle strutture ospedaliere che hanno registrato i flussi di mobilità passiva dei residenti in Azienda USL di Parma, le scelte dei pazienti riguardano principalmente:

- malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (19,9% dei ricoveri – MDC 4)

- gravidanza, parto e puerperio (7,9% - MDC 14) e malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (8,2% - MDC 15), che sommate raggiungono il 16,1%;
- malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (10,3% - MDC 5);
- malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (7,0%);
- malattie e disturbi del sistema nervoso (5,9 - MDC 1).

La spesa per regioni di destinazione dei flussi di mobilità passiva extraregionale, vede al primo posto la Lombardia con il 70,4%, seguita a grandissima distanza da Veneto (6,5%), Liguria (4,8%) e Toscana (4,6%).

FIGURA 65 DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA PER MDC (GRANDI AGG. DI PAT.)



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 provenienti da altri bacini d'utenza, 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 d'attesa entro i quali devono 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. Gli interventi di tipo oncologico (tumore della mammella, del colon-retto e del polmone), nonché le prestazioni chemioterapiche, devono essere invece erogati, nel 100% dei casi, entro 30 giorni dalla prenotazione.

La situazione relativa alle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, della provincia di Parma, richiede una premessa. Anche nell'anno 2013, l'immissione in lista d'attesa dei pazienti candidati a prestazioni programmate di ricovero ospedaliero, è stata fatta in misura non trascurabile, individuando quale data di partenza dell'attesa, il primo accesso del paziente, mentre una direttiva pervenuta nel primo trimestre di quest'anno, dal Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia – Romagna, ha chiarito che quale data di partenza dell'attesa deve essere indicata quella che corrisponde alla effettiva conclusione dell'iter diagnostico che permette l'indicazione chirurgica (o della chemioterapia, nei casi oncologici). Inoltre occorre tener conto che una parte dei pazienti in lista d'attesa, decide di rivolgersi ad altre strutture, senza dare comunicazione all'ospedale di primo inserimento in lista. Risulta pertanto evidente che, soprattutto per gli ospedali

pubblici, lo standard del 100% entro 30 giorni per interventi chirurgici per neoplasie di mammella, colon – retto e polmone, e per la chemioterapia, deve essere valutato con un grado di approssimazione adeguato: il 100% è un dato tendenziale, che può prevedere motivate eccezioni.

Quanto sopra premesso, i dati sono molto positivi per tutto l'ambito delle prestazioni soggette a monitoraggio, negli ospedali privati accreditati. La situazione è più critica negli ospedali pubblici, per gli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2013, pari al 16,4% in Azienda USL ed al 30,2% in Azienda Ospedaliero – Universitaria; mentre per gli interventi entro 180 giorni le rispettive percentuali delle stesse aziende sono state del 45,8% e dell'80,5%, quindi ben al di sotto degli standard di riferimento. In ragione di questi dati, l'Azienda USL di Parma ha messo in programma un progetto di intervento straordinario, da proporre all'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

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 2013, è stata pari a 40.536 dimessi, di cui 32.685 in regime ordinario e 7.851 in regime diurno. I punti DRG prodotti sono stati 58.751, di cui 50.363 per i ricoveri in regime ordinario e 8.388 per i ricoveri in regime diurno. La durata media di degenza dei ricoveri ordinari dei residenti è di 9,4; mentre si posiziona a 7,3 il numero medio di accessi dei residenti, per le degenze in regime diurno.

Nell'anno 2013 l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma ha erogato 1.650.821 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 (1.094.382 prestazioni), seguito dalle visite (235.251 prestazioni) e dalla diagnostica (217.589 prestazioni).

Considerando le prestazioni erogate per tipologia di accesso, attraverso un confronto tra volumi complessivi degli anni 2012-2013, nell'area delle Visite l'88,3% 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 (81,2%), nell'ambito del sistema di prenotazione.

Piano Sangue

La Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 121 del 18 giugno 2013, ha approvato il "Piano Regionale Sangue e Plasma", in vigore per il triennio 2013-2015, dando all'organizzazione del sistema trasfusionale il riferimento di "area vasta".

L'area vasta AVEN costituisce l'ambito territoriale di riferimento per l'attuazione del programma annuale predisposto dal Centro Regionale Sangue ed il contesto organizzativo che consente ai SIMT dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma di attuare le funzioni specifiche previste, per le tre province di Parma, Piacenza e Reggio Emilia. L'organizzazione della rete delle Strutture Trasfusionali per Aree Vaste consente di sviluppare al meglio le attività che prevedano rapporti con interlocutori comuni (per esempio l'Azienda incaricata della produzione di plasmaderivati) o che possano trarre giovamento da logiche di economia di scala. Ne sono obiettivi e vantaggi: il mantenimento di un sistema qualità di alto livello; i rapporti inerenti alla consegna del plasma con l'Azienda di frazionamento industriale; la gestione delle scorte di emocomponenti; la formazione e preparazione del personale, pubblico e associativo, addetto alla raccolta; la gestione economica ed amministrativa dei processi e delle relazioni tra Aziende Sanitarie dell'Area Vasta tra loro e con le Associazioni e Federazioni dei donatori; l'informatizzazione delle attività necessarie al funzionamento della organizzazione; la programmazione di adeguati progetti di ricerca e sviluppo nella disciplina della Medicina Trasfusionale. Il SIMT dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, assumendo ruolo guida

dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), è stato identificato come Sede di Officina Trasfusionale. Il mantenimento dell'autosufficienza territoriale, nell'ambito della raccolta del sangue e degli emocomponenti, è ancora obiettivo rilevante per la provincia di Parma.

A livello provinciale, fanno parte del "Comitato per il Buon Uso del Sangue, degli emocomponenti, degli emoderivati e delle cellule staminali emopoietiche" (COBUS), l'Azienda Ospedaliero - Universitaria, l'Azienda USL, le Associazioni dei Donatori di Sangue AVIS ed ADAS-FIDAS Provinciali e le Case di Cura Private Accreditate. Il COBUS si occupa sia dell'andamento della raccolta di sangue e degli emocomponenti, sia del loro uso appropriato, nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Nel 2013, il numero di unità raccolte in provincia è stato pari a 28.213, a fronte di 29.761 nell'anno precedente. Si è verificato tuttavia un migliore utilizzo, con diminuzione delle unità destinate ad uso clinico: 24.558, a fronte di 25.186 dell'anno precedente.

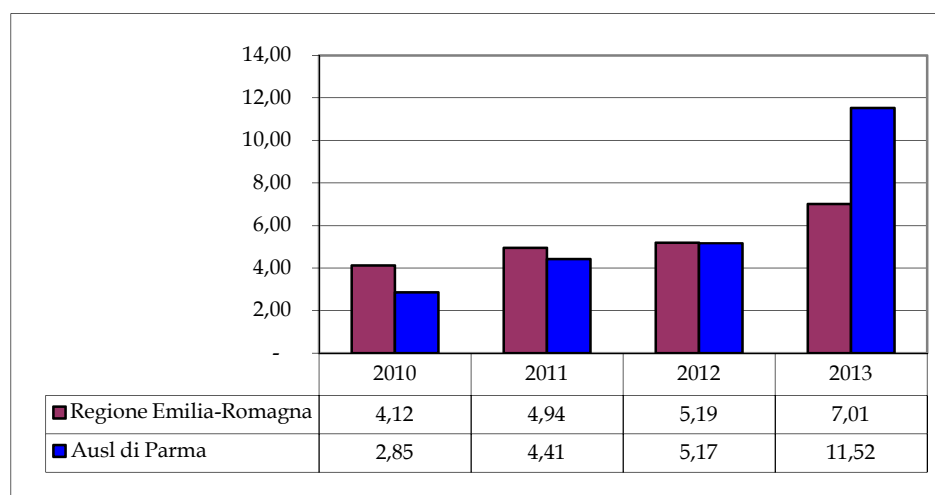
Anno	Unità raccolte	Uso clinico	%	Unità esportate	%
2012	29.761	25.186	84,63	2.787	9,36
2013	28.213	24.558	87,04	2.535	8,97

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 66 RICOVERI PER POLMONITE O INFLUENZA, NEGLI ANZIANI DI ETÀ >65 ANNI OGNI 10.000 RESIDENTI, 2010/2013, PER AZIENDA DI RESIDENZA



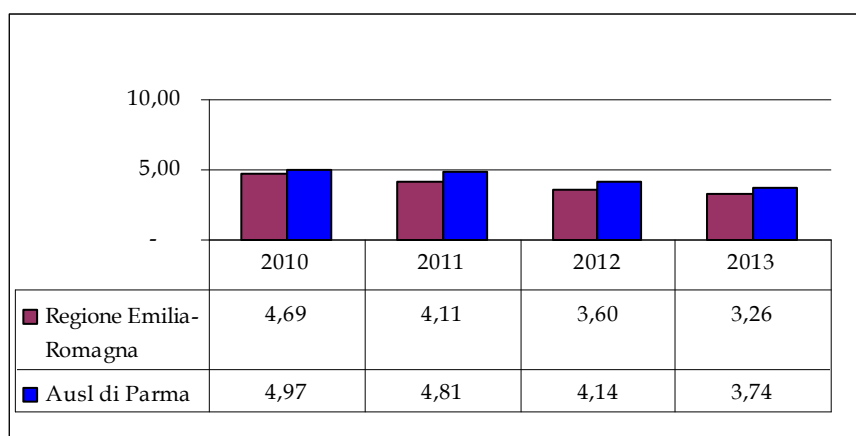
Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nel quadriennio 2010-2013, l'indicatore provinciale è in incremento continuo, con valori inizialmente inferiori alla media regionale, ma con un picco che raddoppia il valore dell'anno precedente nel 2013, superando in modo marcato il valore medio regionale. Quest'ultimo dato annuale sarà oggetto di una specifica valutazione dei professionisti interessati.

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.

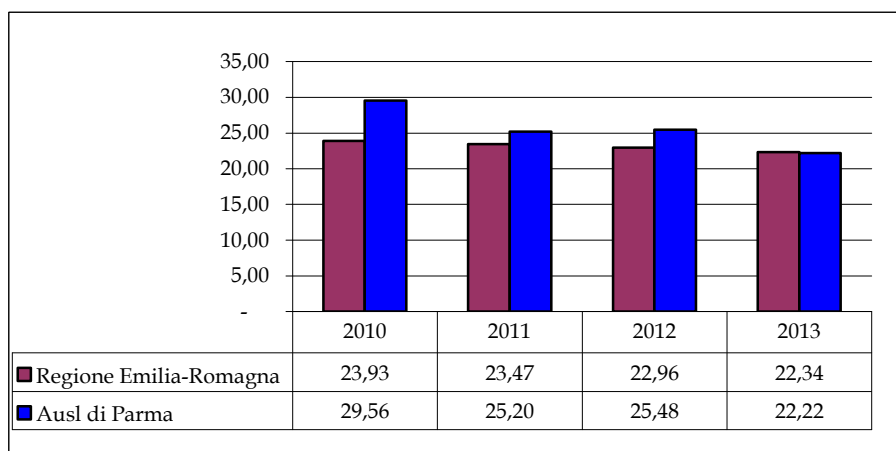
FIGURA 67 DIABETE COMPLICANZE A BREVE TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI, PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2010-2013, PER AZIENDA DI RESIDENZA



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 68 DIABETE, COMPLICANZE A LUNGO TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2010-2013, 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 un'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.

TABELLA 76 DIABETE: RICOVERI PER AMPUTAZIONE DEGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI DIABETICI, PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2010-2013, PER AZIENDA DI RESIDENZA

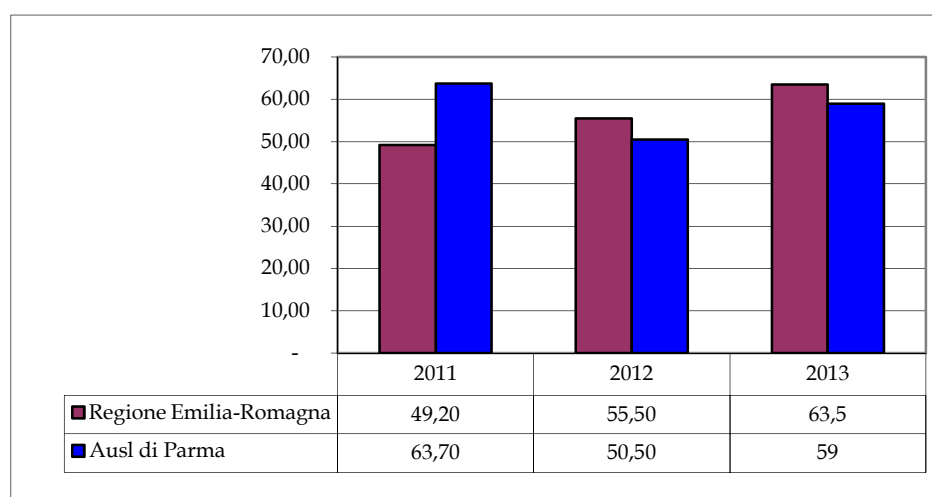
Residenza	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Azienda USL di Parma	1,1	1,1	0,9
Regione Emilia-Romagna	0,9	0,9	0,8

Nell'anno 2013 si registra un calo, rispetto al biennio precedente, che avvicina il valore medio regionale.

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

In entrambi gli Ospedali dell'Azienda USL di Parma (Fidenza e Borgo val di Taro), è stato implementato un progetto di Ortogeriatria. Le azioni positive implementate hanno prodotto un miglioramento della percentuale degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero nel 2013, anche se inferiore al valore medio regionale.

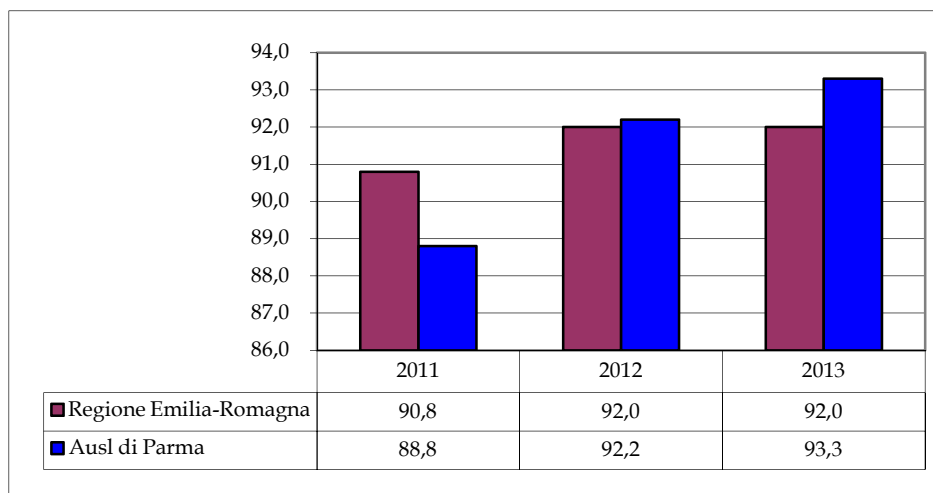
FIGURA 69 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO, ANNI 2011-2013, PER AZIENDA DI RESIDENZA



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

Colecistectomia videolaparoscopica

FIGURA 70 PROPORZIONE DI INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, ANNI 2010-2012, IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO PER AZIENDA DI RICOVERO

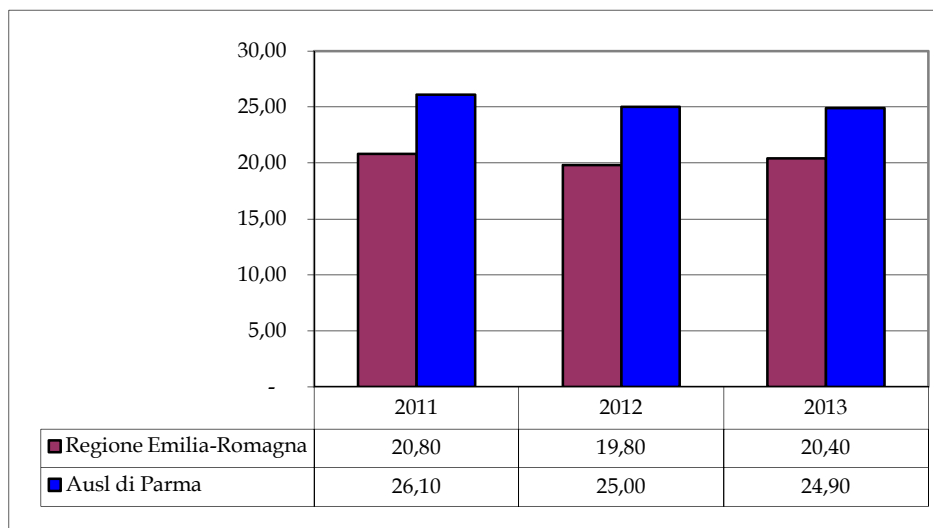


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

La percentuale di colecistectomie effettuate per via laparoscopica è in costante incremento nel triennio e supera nel 2012 e nel 2013, il valore medio regionale.

Parto Cesareo

FIGURA 71 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

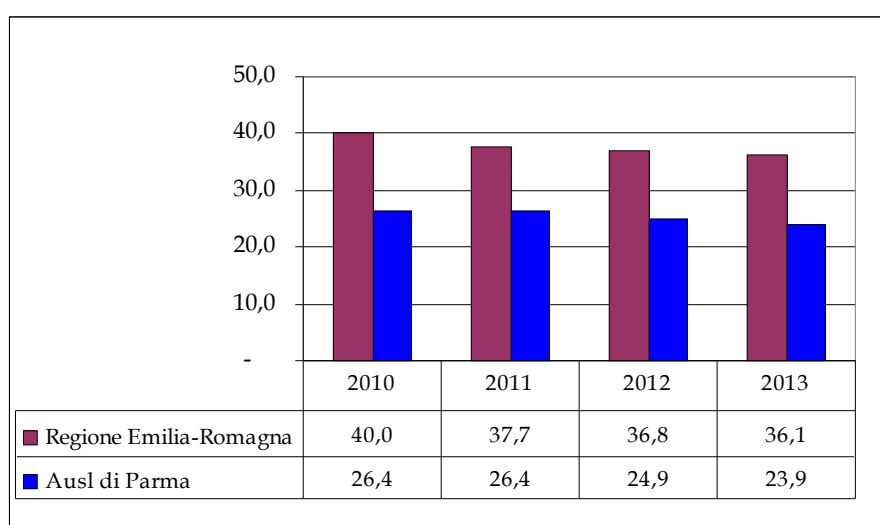
Il parto cesareo è considerato, a livello internazionale, una procedura fortemente sovrautilizzata. Anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno 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 parti cesarei primari, nel triennio 2011 – 2013, 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%.

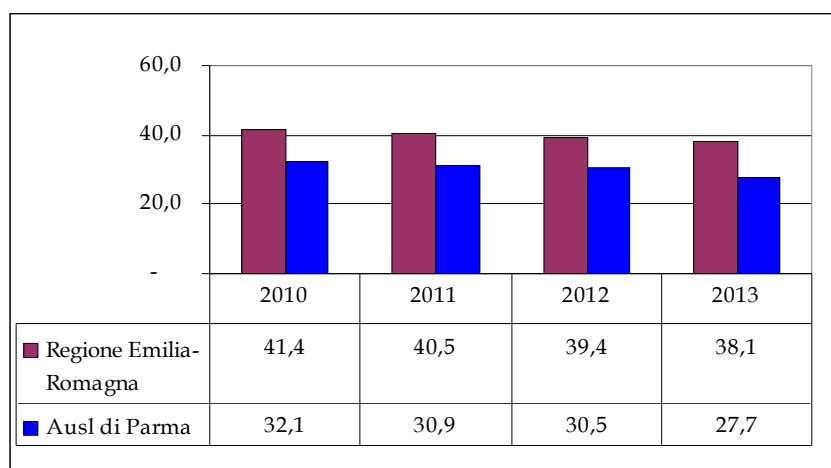
FIGURA 72 DIMISSIONI PER ASMA, DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, IPERTENSIONE, MALATTIE CRONICHE POLMONARI PER 1.000 RESIDENTI, ANNI 2010–2013, PER AZIENDA USL DI RESIDENZA



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

Nel quadriennio 2010-2012, nella provincia di Parma, il dato risulta in decremento costante e sempre al di sotto del valore regionale medio.

FIGURA 73 DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 10.000 RESIDENTI, ANNI 2010–2013, PER AZIENDA DI RICOVERO

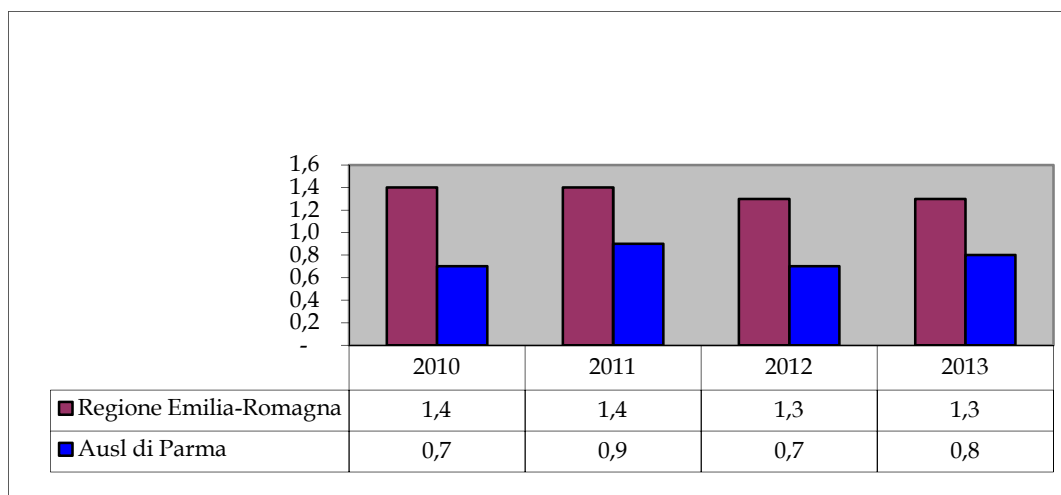


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Anche se parte dei ricoveri per scompenso cardiaco congestizio risultano essere appropriati, si ritiene che una gestione, efficace, 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 2010-2013.

FIGURA 74 PERCENTUALE DI RICOVERI NON PIANIFICATI AVVENUTI ENTRO 15 GIORNI DALLA DIMISSIONE, ANNI 2010-2013, PER AZIENDA DI RICOVERO

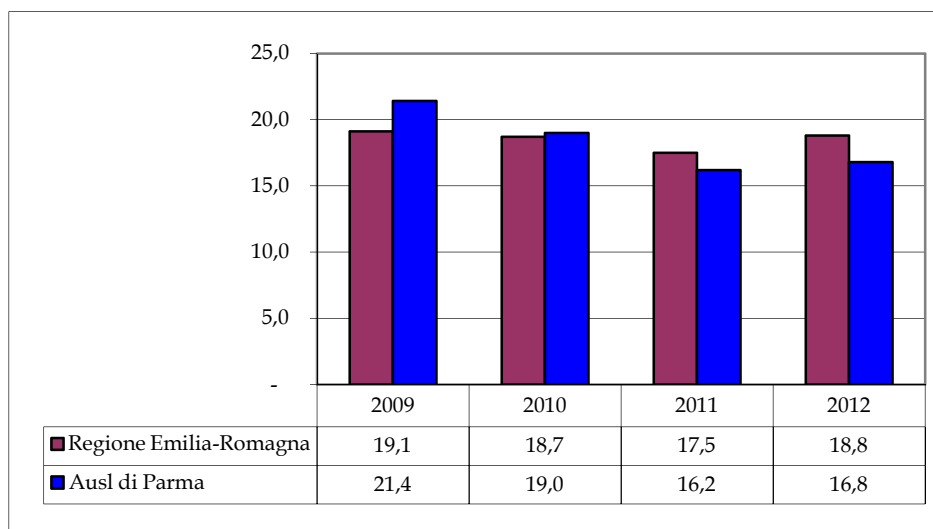


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

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

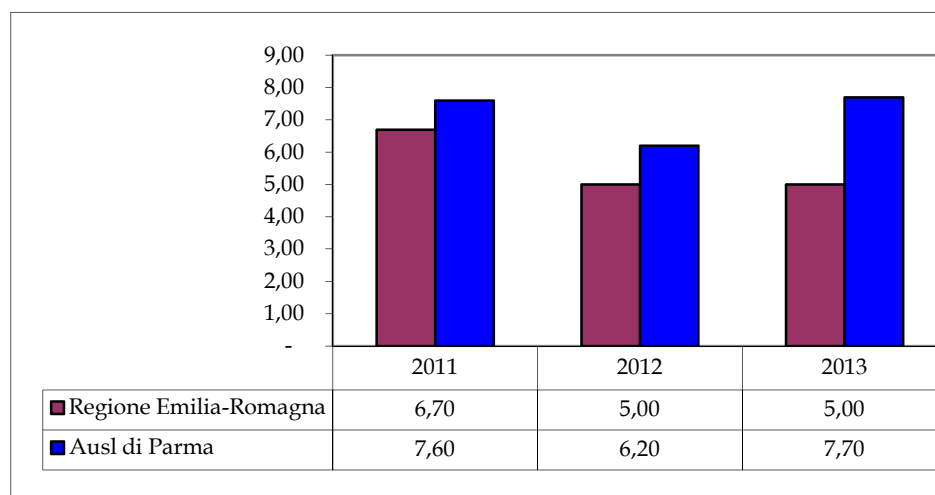
FIGURA 75 PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI, DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE PER AZIENDA DI RICOVERO



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 76 PROPORZIONE DI DECESSI A 30 GIORNI DAL RICOVERO PER EPISODIO DI NSTEMI, ANNI 2011-2013, 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 - sopraslivellato (NSTEMI) nel triennio 2011-2013 risulta sempre più elevata rispetto alla media regionale. Si tratta delle varietà di infarto che non vengono inviate direttamente in sala di emodinamica, per effettuare l'angioplastica primaria, anche mediante teletrasmissione del tracciato eeg direttamente da mezzo di soccorso. In questa tipologia di diagnosi di morte, può essere determinante anche una tendenza ad effettuare diagnosi di infarto del miocardio, in modo estensivo, nei casi di morte improvvisa, specie se in età avanzata.