

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 2014 con un risultato positivo pari a 30.964 €. Rispetto all'esercizio precedente, si è registrato un aumento complessivo dei ricavi pari a +1,4 milioni di euro. La variazione è anche dovuta all'incremento dei finanziamenti regionali per +9,1 milioni (+1,28%). Lato costi, rispetto all'esercizio precedente, si evidenzia un incremento pari a 0,8 milioni di €.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE - 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Totale ricavi	813.276	821.466	821.246	807.985	809.374
Totale costi	805.180	817.836	813.279	800.424	801.261
Finanziamento regionale	727.377	728.760	728.601	713.170	722.297
Incremento finanziamento regionale	2,05	0,2	-0,02	-2,12	+1,28

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali
Il 2013 è stato riclassificato come il 2014

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

TABELLA 2 RISULTATO D'ESERCIZIO

2010	2011	2012	2013	2014
- 1.750	- 852	+10	+14	+31

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 2010, 2011 rappresentano comunque tale situazione in quanto le perdite evidenziate in quegli anni corrispondono al valore degli ammortamenti non sterilizzati che secondo i principi contabili adottati dalla Regione Emilia-Romagna costituiscono 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).

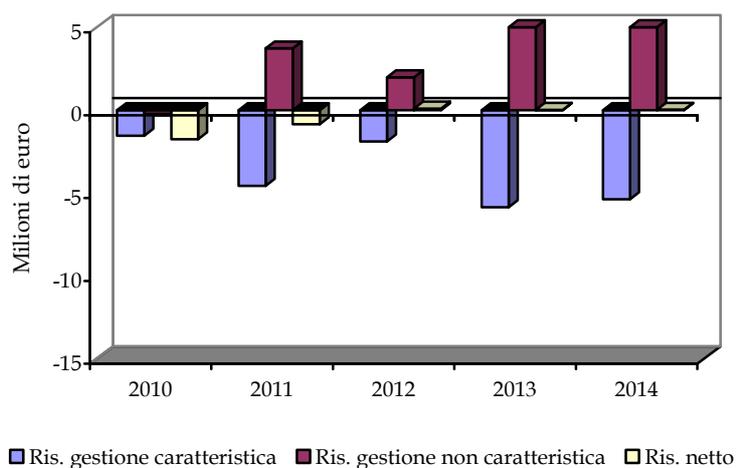
Diversamente all'interno della gestione non caratteristica vengono ricompresi tutti i costi e i ricavi non collegati direttamente all'attività specifica dell'azienda: proventi e oneri finanziari (interessi attivi e passivi su conti correnti, oscillazione cambi, spese e commissioni bancarie) e proventi 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 2010-2014 mentre la figura successiva evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2010	2011	2012	2013	2014
- 1.542	- 4.578	-188	-5.867	-5.387

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

FIGURA 1 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



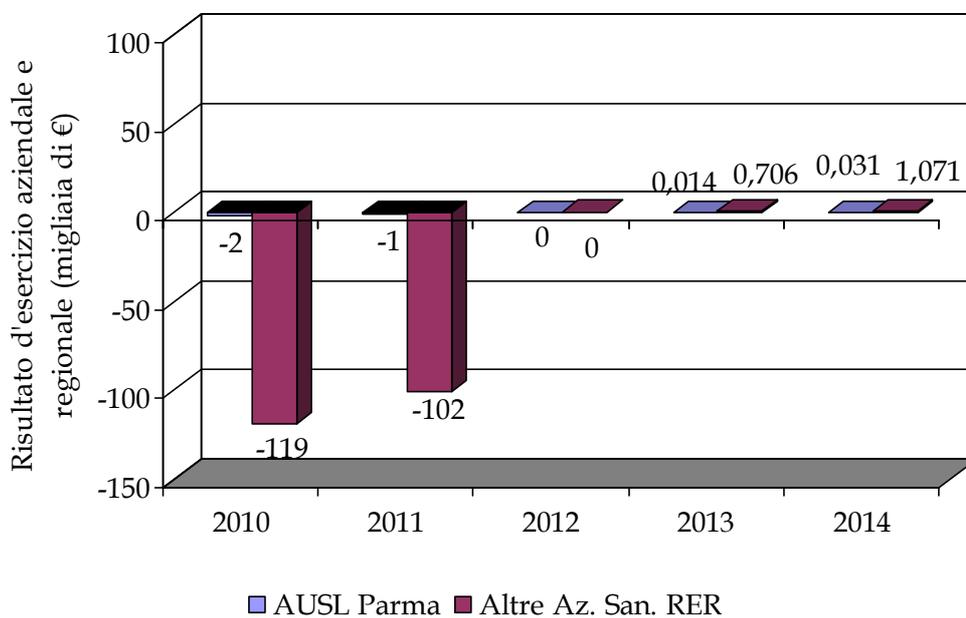
Fonte: Regione Emilia Romagna

Il valore positivo relativo alla gestione non caratteristica relativa all'anno 2014 deriva dal saldo fra sopravvenienze attive e passive.

Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

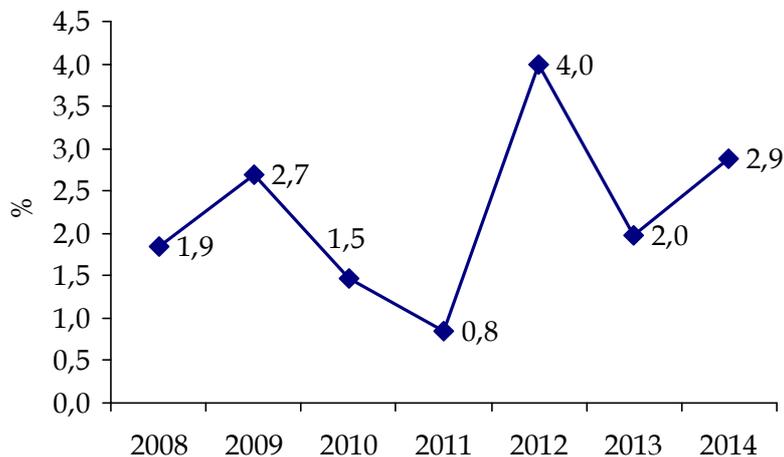
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale: per il 2014 il “peso” della performance aziendale su quella regionale è pari al 2,89%, per il 2013 il “peso” della performance aziendale 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% e per il 2010 il “peso” era pari al 1,5%.

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



Fonte: Regione Emilia Romagna

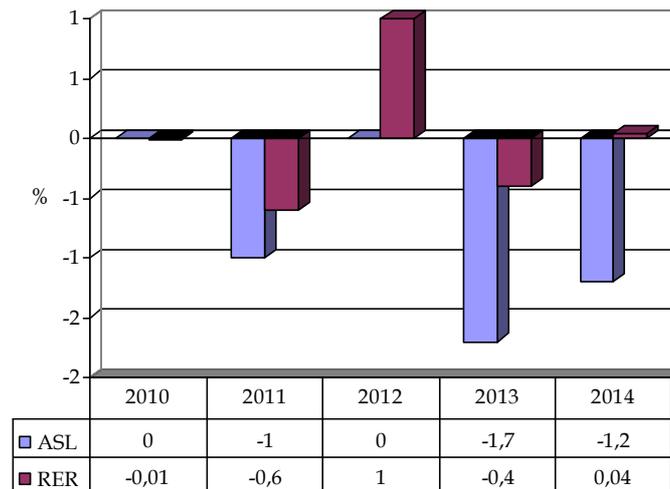
FIGURA 3 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



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



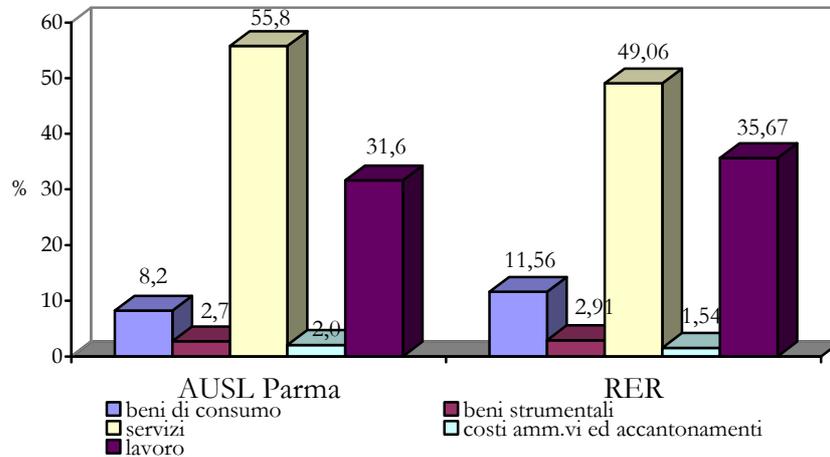
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2014 i ricavi disponibili **non coprono** la gestione caratteristica, 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.

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%.

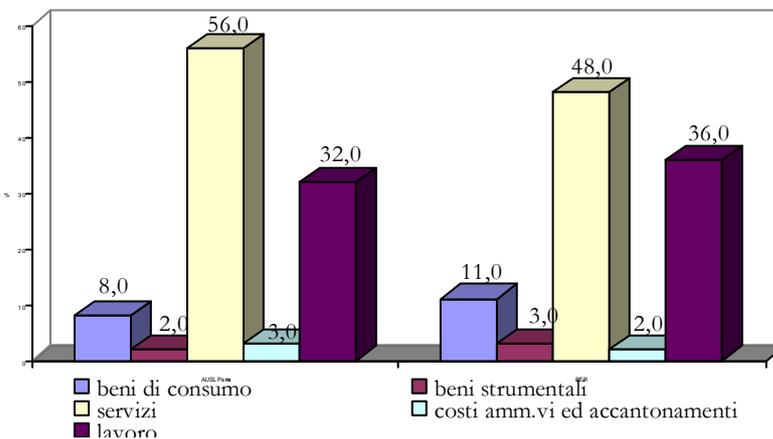
FIGURA 5 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



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.

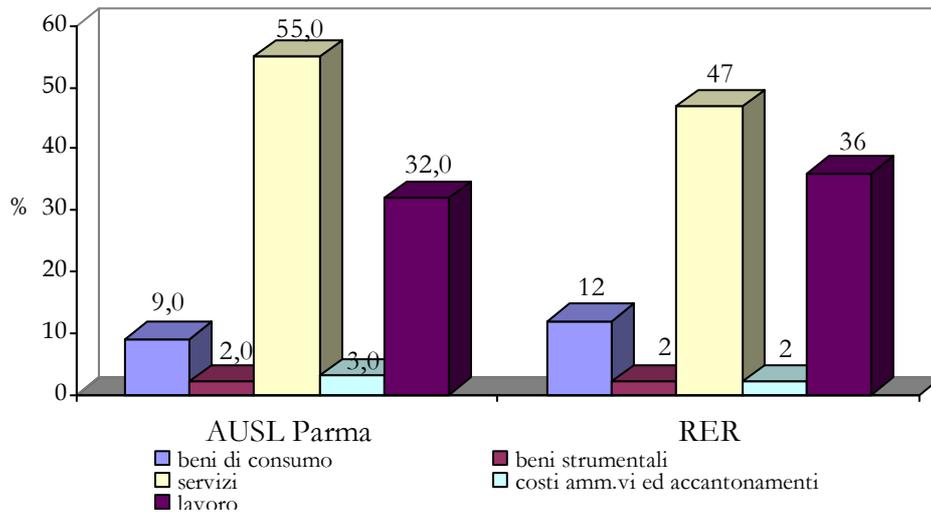
FIGURA 6 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2011



Fonte: Regione Emilia Romagna

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

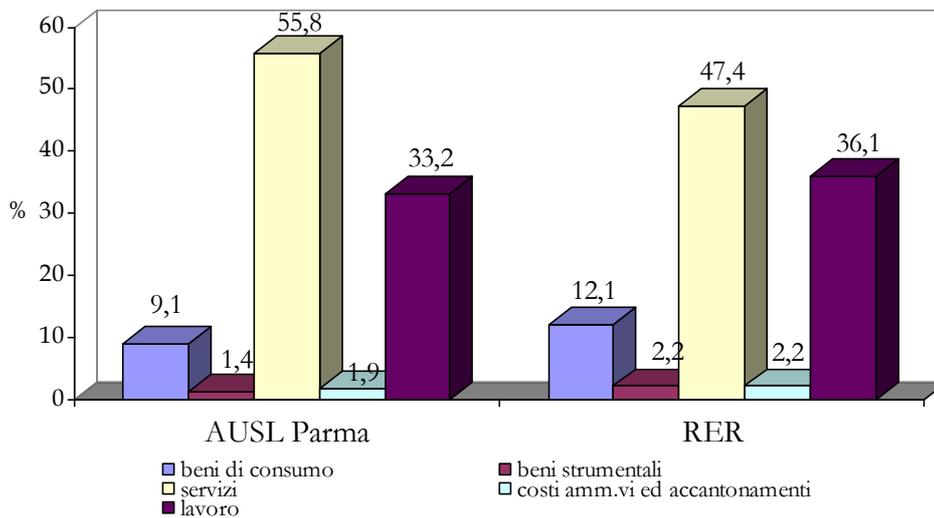
FIGURA 7 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2012



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2012 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55%) e per il totale regionale (47%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

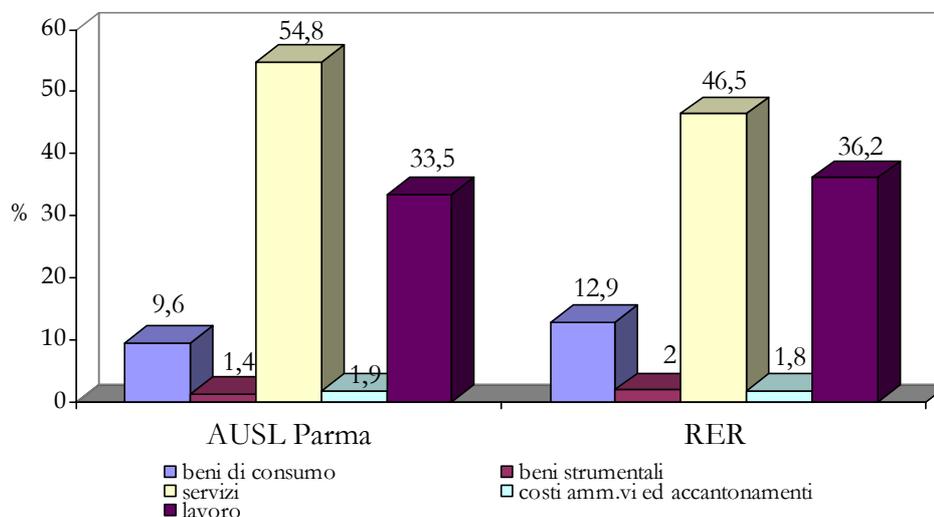
FIGURA 8 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2013



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.

FIGURA 9 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2014



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2014 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (54,8%) e per il totale regionale (46,5%). 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

	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo beni	8,2%	8,4%	9%	8,9%	9,5%
Servizi sanitari	49,4%	48,9%	49%	47,9%	47,4%
Servizi non sanitari	5%	5,1%	6%	5,8%	5,5%
Beni strumentali	2,7%	1,9%	2%	1,4%	1,4%
Manutenzioni	1,2%	1,1%	1%	1,3%	1,2%
Costi amministrativi	1,1%	1,2%	1%	1,1%	1,5%
Accantonamenti	0,9%	1,4%	2%	0,8%	0,4%
Costo del lavoro	31,5%	32%	32%	32,7%	33,1%

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

	2010	2011	2012	2013	2014
Mobilità attiva	36.454	37.137	35.895	34.397	40.508
Mobilità passiva	268.700	268.181	267.572	263.278	267.846
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,6	13,8	13,4	13,1	15,1

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.

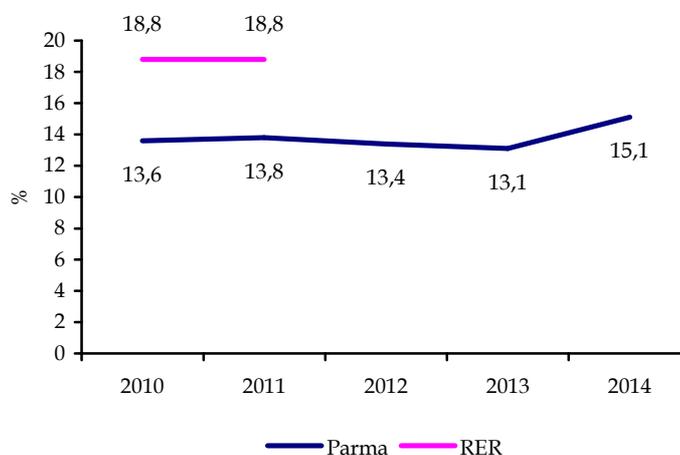
TABELLA 6 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

	2010	2011	2012	2013	2014
Mobilità passiva totale	268.700	268.180	267.572	263.278	267.846
Mobilità passiva vs. AOU Parma	222.294	221.789	220.288	218.203	223.675
Mobilità passiva AOU Parma/ mobilità passiva totale x 100	82,7	82,7	82,3	82,9	83,9

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 (83,9%). 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 ATTRAZ. MEDIA DI AZ. GRUPPO OMOG.



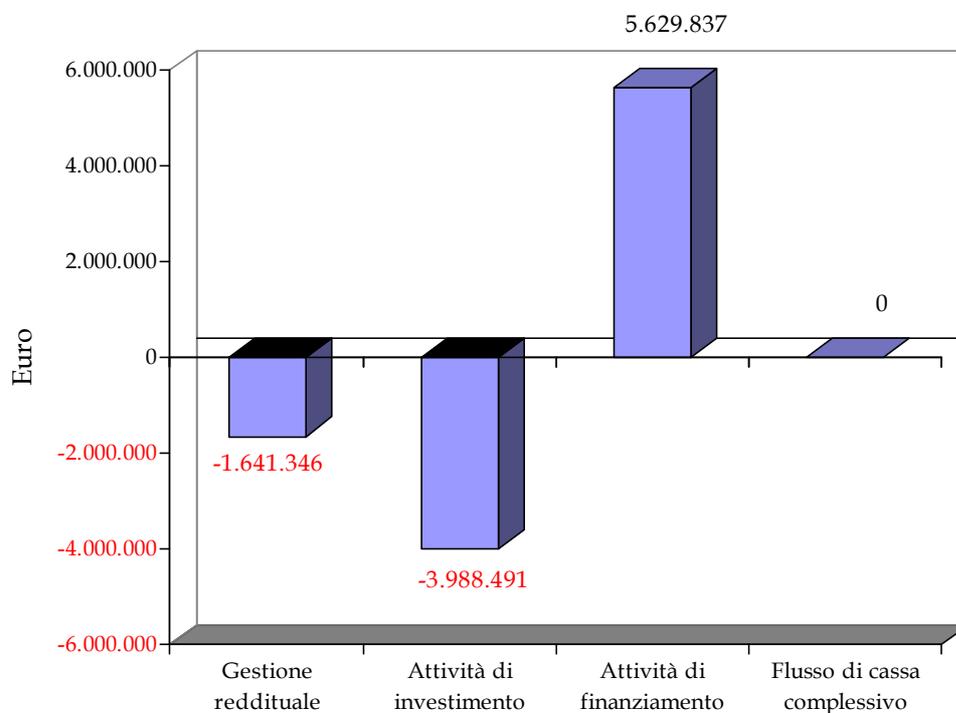
Sostenibilità finanziaria

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) - 2014



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 2014 è stata di 117 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, con un significativo miglioramento rispetto allo stesso dato del 2013, pari a 130 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
178.622.546	156.647.696	516.310.307

Fonte: Bilancio aziendale anno 2014

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 2014 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2014

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	43%	73%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	2%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	55%	25%	Patrimonio netto

Fonte: Regione Emilia Romagna

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 2010-2014 ATTIVITÀ

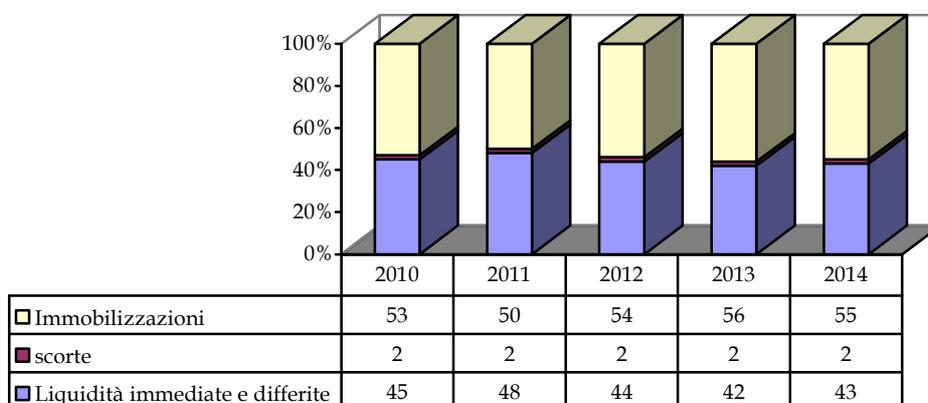
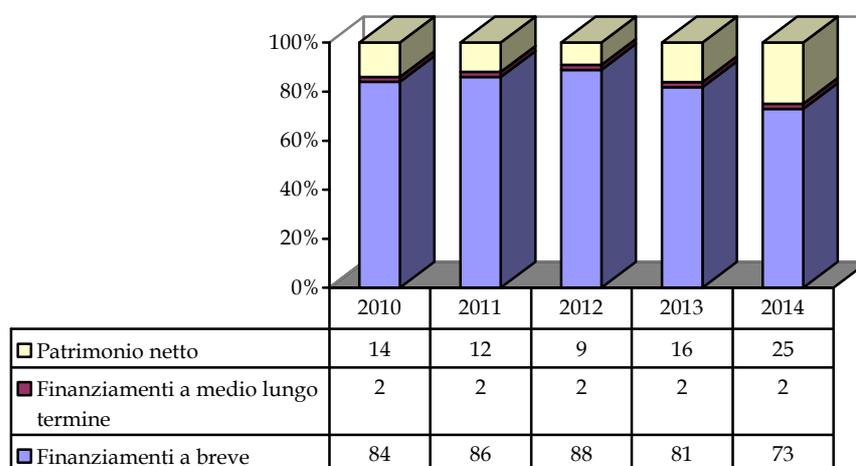


FIGURA 13 STATO PATRIMONIALE 2010-2014 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2009-2014 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2010	2011	2012	2013	2014
Terreni	0	4.400	0	0	0
Fabbricati	4.730.523	4.160.543	2.220.468	9.309.984	1.400.080
Impianti e macchinari	36.000	0	0	0	0
Attrezzature sanitarie	4.954.822	2.876.180	1.736.768	1.448.886	1.663.663
Mobili e arredi	351.714	491.741	286.439	237.608	209.084
Automezzi	127.853	98.237	116.632	155.909	232.600
Altri beni	810.397	615.266	546.190	614.080	428.884
Totale	11.011.309	8.246.367	4.906.497	11.766.467	3.934.311

Fonte: Bilanci aziendali

Nel 2010 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della residenza primo Maggio e del Centro Autismo, di adeguamento ex legge 626, i lavori di costruzione della centrale termica a Cippato inoltre sono stati acquistati gli immobili destinati al Polo odontoiatrico di Medesano e al Poliambulatorio di Monchio delle Corti. L'Azienda ha inoltre acquistato grandi tecnologie per diverse sedi aziendali. Nel 2011 sono terminati i lavori di realizzazione della sede del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed sono state completate le opere relative al parcheggio e all'eli-superficie adiacente all'ospedale di Borgotaro. Nel 2012 è stato completato il Padiglione Braga, sede del servizio psichiatrico, la Casa della Salute di Collecchio e la ristrutturazione della Fattoria di Vigheffio. 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. Nel 2014 gli investimenti più significativi hanno riguardato la realizzazione del Polo Territoriale Pediatrico del Distretto di Parma e gli interventi di miglioramento strutturale a seguito delle verifiche di vulnerabilità sismica, in particolare orientato alle strutture ospedaliere, oltre che alle opere propedeutiche alla realizzazione dell'ampliamento dell'ospedale di Fidenza in località Vaio.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

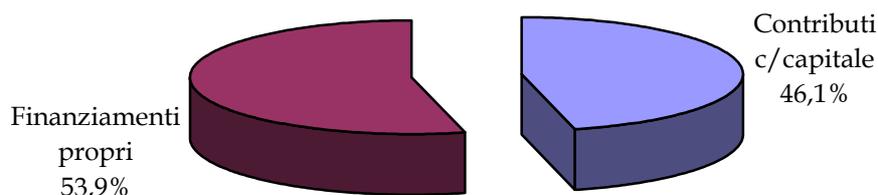
Contributi	2010	2011	2012	2013	2014
Totale	1.613.408	499.399	4.860.903	4.366.190	7.052.162

Fonte: Bilanci aziendali

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. Nel 2014 i contributi in conto capitale si riferiscono principalmente al finanziamento per l'ampliamento dell'Ospedale di Fidenza in località Vaio e per l'ampliamento del Centro per la promozione della Salute Mentale – Fattoria di Vigheffio.

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	2010	2011	2012	2013	2014
Immobilizzazioni immateriali	1.306.252	796.209	1.161.238	1.249.723	1.540.540
Fabbricati strumentali	4.532.870	3.447.757	2.182.526	9.309.984	1.400.080
Impianti e macchinari	36.000	0	0	0	0
Attrezzature sanitarie	4.954.822	2.876.180	1.736.768	1.448.886	1.663.663
Mobili e arredi	351.714	491.741	286.439	237.608	232.600
Altri beni	938.250	713.503	546.190	614.080	428.884
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	3.934.231	2.655.997	1.806.499	2.608.295	2.342.446
Totale	16.054.139	10.981.387	7.719.660	15.468.576	7.608.213

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.

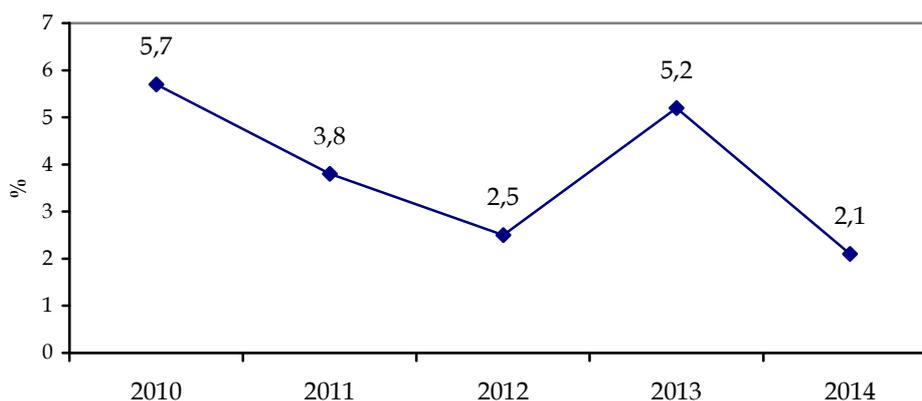
TABELLA 12 INVESTIMENTI E PATRIMONIO

	2010	2011	2012	2013	2014
Investimenti	12.119.908	8.324.391	6.067.735	12.860.281	5.463.666
Totale immobilizzazioni	211.770.640	217.950.056	238.300.488	249.491.150	261.962.317
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	5,7	3,8	2,5	5,2	2,1

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.

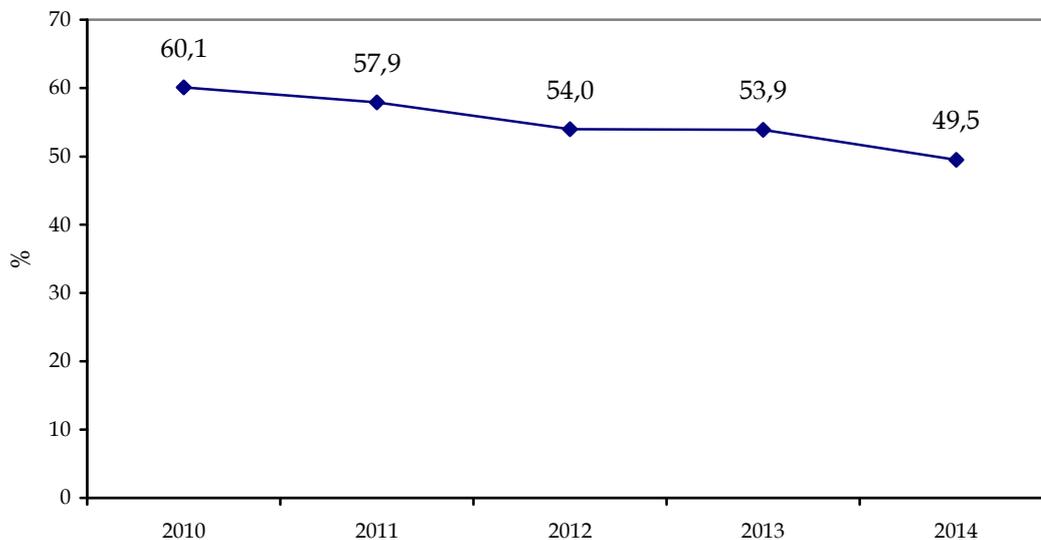
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2010	2011	2012	2013	2014
Residuo da ammortizzare	127.257.835	126.288.776	129.050.558	134.593.796	129.708.860
Totale immobilizzazioni	211.770.640	217.950.056	238.300.488	249.491.150	261.962.317
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	60,1	57,9	54,0	53,9	49,5

Fonte: Bilanci aziendali

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

FIGURA 16 GRADO DI OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO AZIENDALE: RAPPORTO TRA RESIDUO ED IMMOBILIZZAZIONI



Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico

L'Azienda USL di Parma, anche grazie al numero rilevante di soggetti da essa direttamente occupati, produce un effetto economico significativo sul territorio della provincia di Parma: con i suoi 2.647 dipendenti l'Azienda USL è anche una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti.

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).

La tabella seguente elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2014 comprendente anche il personale assunto ai sensi dell'art. 15 septies D.lgs. 502/92; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 552 unità ossia il 20,85% del personale complessivo. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta la parte più rilevante, pari al 36,99 % del totale.

Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 12,77 %, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

TABELLA 14 DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E TEMPO DETERMINATO
PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2014

Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31.12.2014	%
Dirigenti Medici Veterinari	410	37	447	16,89
Dirigenti Sanitari	68	5	73	2,76

Dirigenti PTA	31	1	32	1,21
Totale Dirigenza	509	43	552	20,85
Personale infermieristico	942	37	979	36,99
Personale tecnico sanita-	80	5	85	3,21
Personale prevenzione	146	3	117	4,42
Personale riabilitazione	145	15	160	6,04
Assistenti sociali	24	1	25	0,94
Personale tecnico	183	12	195	7,37
O.S.S.	184	12	196	7,40
Personale amministrativo	324	14	338	12,77
Totale Comparto	1.996	99	2.095	79,15
TOTALE	2.505	142	2.647	100

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 14 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 **
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
2014	141	12	289	60	130	25	15

* 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

Per ulteriori dati relativi alla composizione ed alla distribuzione del personale si rimanda alla Sezione 4 di questo documento.

TABELLA 15 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2010	2011	2012	2013	2014
Personale dipendente	125.632	126.287	127.426	127.842	128.785
Personale convenzionato	56.197	58.049	59.759	60.167	60.225
MMG e Pediatri	48.126	49.117	49.632	49.697	49.704
Specialisti interni	4.847	5.013	5.156	5.444	5.445
Guardia medica	3.224	3.303	3.203	3.245	3.237
Medicina dei Servizi	570	616	852	933	964
Emergenza S.T	-	-	916	838	875
Totale	181.829	184.336	187.185	188.009	189.010

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto culturale

Il patrimonio dell'Azienda USL di Parma è costituito da beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. I beni che lo compongono hanno visto il susseguirsi di vicende storiche, politiche e amministrative, oltre a trasformazioni che nel corso dei secoli hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria. Queste opere rivestono spesso un notevole interesse, in quanto strettamente legate alla storia sociale, culturale e artistica presente in tutta la Regione Emilia - Romagna.

La riforma sanitaria del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha comportato il decentramento di funzioni dallo Stato alle Regioni e un rilevante ruolo dei Comuni in rapporto alle Unità Sanitarie Locali; con la nascita delle Aziende sanitarie nel 1992, la necessaria riconversione dei servizi e delle strutture, finalizzata a fornire aggiornate e adeguate risposte ai bisogni assistenziali dei cittadini, ha subito una notevole accelerazione. È emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie.

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.

Il mosaico del pittore Mattioli all'ospedale di Vaio, che trova oggi sistemazione nell'atrio dell'ospedale di Vaio, è stato acquistato nel giugno del 1972 dall'Ente "Ospedale Civile di Fidenza" che, ottemperando agli obblighi previsti dalla Legge 29 luglio 1949 n°717, aveva destinato parte delle risorse stanziare per il completamento della struttura ospedaliera fidentina all'acquisto di opere d'arte per la decorazione degli ambienti interni alla struttura medesima. L'opera è stata realizzata con tessere di pietra e marmo fissate a lastre di cemento, racchiuse e sostenute da un telaio metallico ed occupa una superficie di 6,75 mq. Il disegno del mosaico rappresenta "I fondatori dell'ospedale nell'atto di osservare i nuovi fabbricati ospedalieri" ed è stato realizzato, su incarico del disciolto "Ospedale Civile di Fidenza", dalla Coop. Mosaicisti di Ravenna, sotto la direzione artistica su cartone del pittore prof. Carlo Mattioli.



Sviluppo sostenibile

Nel corso del 2014 l'Azienda ha confermato le azioni già avviate negli anni precedenti e nuove iniziative. Ferma restando l'adesione alla convenzione Intercenter per l'acquisizione di energia elettrica, già assicurata negli anni passati e confermata per il 2014, si è data prosecuzione all'organizzazione di iniziative formative rivolte al personale sui comportamenti da tenere per il risparmio energetico. Ad oggi sono attive e funzionanti le nuove centrali a cippato presso l'Ospedale di Borgotaro ed il complesso psichiatrico della Fattoria di Vigheffio, che assicurano sia una riduzione delle emissioni di prodotti clima – alteranti (CO₂), sia una riduzione dei consumi di gas metano e dei costi di esercizio. Si è proseguito nell'estensione ad altri edifici aziendali degli interventi già sperimentati nel corso del biennio 2012/2013 su edifici pilota. L'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di completa ristrutturazione, è stata sempre imperniata su criteri aderenti alle norme del settore (D. lgs. 192/2005 e D. lgs. 311/2006)

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 di intervento:

- realizzazione interventi San Secondo e Langhirano: sono stati ultimati gli interventi di sostituzione dei corpi illuminanti a basso consumo energetico presso la Casa della Salute di Langhirano e sono stati affidati i lavori di installazione dell'impianto fotovoltaico presso la medesima struttura. Relativamente alla Casa della Salute di San Secondo si evidenzia che i lavori sono stati rinviati all'anno successivo, in funzione delle scelte aziendali complessive
- progettazione interventi presso Casa della Salute Pintor e Borgotaro: progettazione, sulla base degli analoghi interventi pilota realizzati presso l'Ospedale di Vaio, finalizzati al contenimento dei consumi elettrici presso la Casa della Salute Pintor a Parma e presso l'Ospedale di Borgotaro
- sostituzione serramenti Sede Centrale: serramenti esterni (ad eccezione dei portoni d'ingresso interni ed esterni) della Sede Centrale con nuovi elementi con trasmittanza termica conforme a quanto previsto dalle vigenti norme in materia di risparmio energetico, ultimati nei primi mesi del 2015, secondo quanto previsto dalla programmazione aziendale
- iniziativa formativa su "Sviluppo sostenibile e cambiamenti climatici": dedicata agli operatori dei servizi centrali. Tale iniziativa, su indicazione e promozione della Regione, verrà estesa nei prossimi anni a tutti i dipendenti nell'ambito di una campagna di sensibilizzazione e formazione del persona-

le dipendente a comportamenti virtuosi in materia di risparmio energetico che comprende inoltre diffusione di materiale informativo, applicazione di vetrofanie sulle finestre dei locali climatizzati.

Mobilità aziendale

La gestione delle politiche per la mobilità dei dipendenti dell'Azienda, oltre a garantire e ottimizzare la gestione corrente connessa con l'uso degli automezzi aziendali e delle relative problematiche organizzative, economiche e funzionali, si è sviluppata nel 2014 lungo tre diversi fronti:

1. Predisposizione e realizzazione rilevazione aziendale relativa agli spostamenti casa-lavoro;
2. Messa a regime razionalizzazione flotta aziendale tramite gps;
3. Incremento abbonamenti agevolati per il Trasporto Pubblico Locale;

1. Predisposizione e realizzazione rilevazione aziendale relativa agli spostamenti casa-lavoro

Nel corso del 2014 è stata predisposta ed avviata la rilevazione on-line relativa agli spostamenti casa-lavoro propedeutica alla Redazione del PSCL aziendale. La rilevazione è stata realizzata grazie ad un software messo a disposizione di tutte le aziende dalla Regione; a partire dal secondo semestre dell'anno è stata predisposta e avviata la campagna informativa rivolta a tutti i dipendenti (con il supporto dell'ufficio comunicazione aziendale), mentre la rilevazione on line è partita formalmente il 18 novembre 2014 e si è conclusa il 23 gennaio 2015 (il termine, inizialmente previsto per il 18 dicembre, è stato successivamente posticipato su indicazione regionale). La rilevazione ha riscosso un significativo tasso di partecipazione, consentendo di raccogliere 516 questionari completi e di coinvolgere parzialmente (questionari non ultimati) ulteriori 193 collaboratori: complessivamente quindi, poco meno di un terzo dei dipendenti è stato coinvolto attivamente in una riflessione e in una raccolta dati sul tema della mobilità. La rilevazione è stata condotta a livello dell'intera azienda, mentre la redazione del PSCL sarà focalizzata sulle sedi con il più alto numero di dipendenti ubicate nel territorio del capoluogo come previsto dalla normativa vigente.

2. Messa a regime razionalizzazione flotta aziendale

Il 2014 ha rappresentato il primo anno di piena operatività del progetto "Gestione informatizzata del parco automezzi", attraverso il quale tutte le auto della flotta aziendale (236) sono state dotate di un rilevatore gps e di una porta di accesso per una chiavetta personale assegnata a ciascun dipendente abilitato alla guida per motivi di servizio (oltre 900 al 31.12.2014) senza la quale non è possibile avviare il veicolo. Il sistema consente, oltre ad un significativo incremento della sicurezza dei dipendenti, una importante azione di razionalizzazione dell'uso del parco auto aziendale (oltre 200.000 km/mese di percorrenza media) grazie alla miglior conoscenza dei dati di effettivo utilizzo dei mezzi (km, frequenza utilizzo, tipologia percorsi, tempi di utilizzo effettivo,...).

3. Incremento abbonamenti agevolati per il Trasporto Pubblico Locale

Il 2014 ha registrato un positivo incremento delle adesioni agli abbonamenti per il trasporto pubblico locale che a fine anno risultavano più che raddoppiate rispetto all'anno precedente. Va in ogni caso considerato che i numeri complessivi risultano ancora molto limitati (38 abbonati complessivi, di cui 5 extraurbani) e che l'incremento significativo è legato in particolare all'adesione da parte dell'Azienda e, di conseguenza, dei dipendenti interessati ad un bando temporaneo promosso da TEP (gestore del trasporto pubblico locale) per incentivare l'uso del trasporto pubblico favorendo chi non avesse avuto abbonamenti in corso nell'ultimo biennio.

A fianco delle attività sopra riportate sono stati garantiti gli aggiornamenti periodici della basi dati connesse con gli obblighi informativi richiesti dalla Regione, si è partecipato attivamente alle iniziative di coordinamento in sede regionale e comunale e ad eventi formativi a valenza regionale e nazionale.

Sul versante dello sviluppo tecnologico e organizzativo il 2014 è stato caratterizzato dalla realizzazione (in stretta collaborazione con il servizio Informatico aziendale) di una prima fase di analisi relativa all'adozione di nuove modalità informatiche per la gestione del parco auto, con particolare riguardo alle procedure di prenotazione e assegnazione dei veicoli aziendali; l'intento è quello di riuscire entro la fine del 2015 ad integrare su una piattaforma unica le diverse procedure amministrative e gestionali attualmente in uso, integrandole con uno specifico tool per la gestione delle prenotazioni e assegnazioni temporanee degli autoveicoli di servizio.

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 2009-2013; i finanziamenti, invece, fanno riferimento al periodo 2009-2014. 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 nota che solo per l'anno 2012 il costo procapite dell'Azienda USL di Parma risulta superiore rispetto al livello medio regionale; mentre per gli altri anni della serie storica considerata, è sempre stato inferiore, si evidenzia come nell'anno 2013 questo differenziale si attesta sul - 0,85%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 2,24% e del costo per assistito pari al 7,84%, in un contesto di aumento della popolazione del 2,24%. Le variazioni sono sensibilmente superiori di quelle registrate a livello regionale solo per quanto concerne i costi nominali, mentre risultano inferiori sia per quanto concerne la popolazione sia per 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 2013 è pari al 51,4% relativamente ai dimessi ed al 56,6% relativamente agli importi, mentre per l'anno 2014 il dato è pari al 54,5% relativamente ai dimessi ed al 61,2% 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 17 COSTI PER ASSISTITO – ANNI 2009–2013

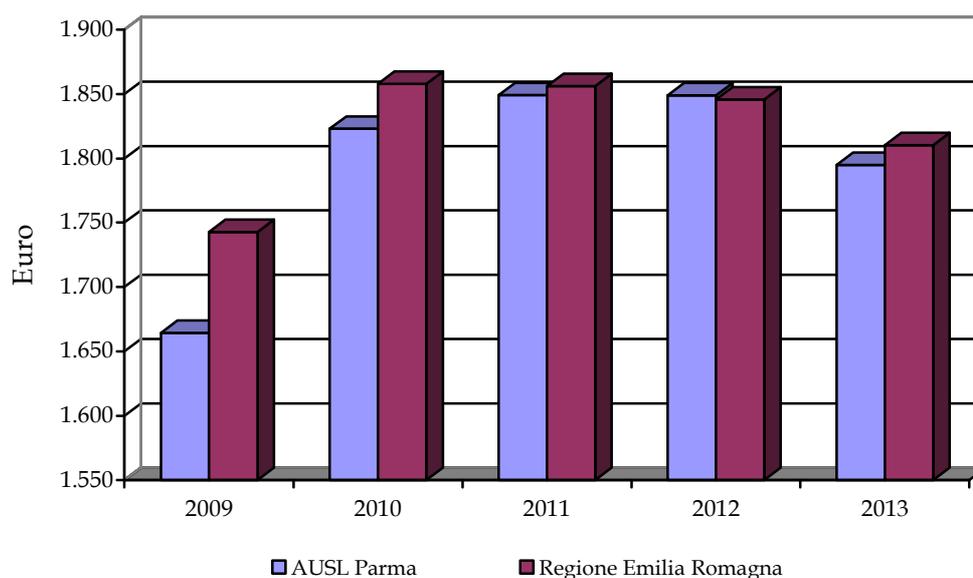
	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione ^o	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite		
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,30
2010	807.018	442.666	1.823,09	8.167.018	4.395.606	1.858,00	-1,91	-34,91
2011	824.660	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
2013	807.516	449.888	1.794,93	8.093.905	4.471.104	1.810,27	-0,85	-15,34
Scostamento % A.2009-2013	10,26	2,24	7,84	7,06	3,07	3,88		

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

^o 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 2009–2013



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 8,93%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione del -8,48.

TABELLA 18 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2009–2013

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	51,88	55,66	960,7	1.063,42	814,98	738,92

2011	55,06	56,94	993,93	1.060,42	804,69	738,83
2012	55,24	56,74	1000,14	1.050,82	798,42	738,14
2013	51,58	54,79	990,31	1.044,09	758,24	711,39
Scostamento						
% 2009-2013	-8,48%	-6,42%	8,25%	4,72%	8,93%	3,53%

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.

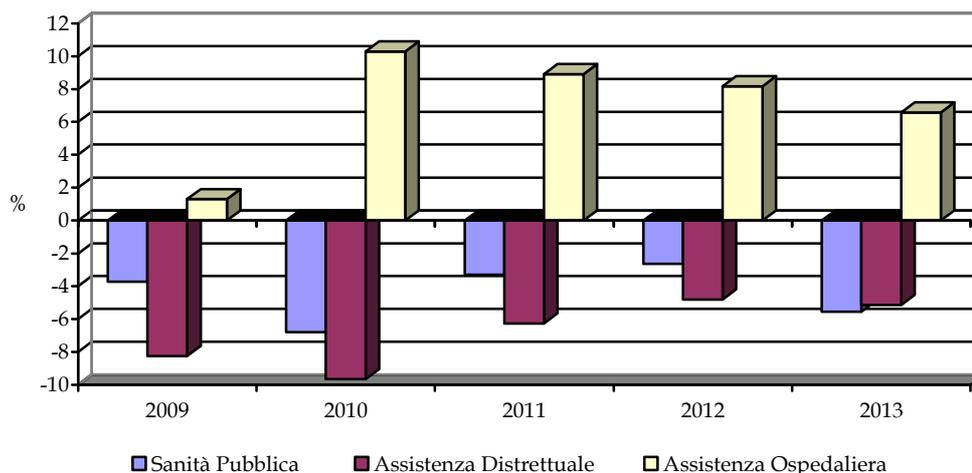
TABELLA 19 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2009-2013

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
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	8,17%	60,28
2013	-5,86%	-3,21	-5,15%	-53,78	6,59%	46,85

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 2009-2013



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 3,38% nell'anno 2009 al 2,878% nell'anno 2013. L'Assistenza Distrettuale passa dal 54,87% dell'anno 2009 al 55,01 dell'anno 2013 con un sostanziale calo registrato nell'anno 2010, con ten-

denza al rialzo a partire dall'anno 2013, caratterizzato per l'Azienda UsL di Parma con l'avvio dell'Ospedale di Comunità e delle Case della Salute. Il peso dell'Assistenza Ospedaliera a partire dall'anno 2010 risulta in costante diminuzione. 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 e ripresa del calo per l'anno 2013.

TABELLA 20 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA, AUSL RER

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
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
2013	2,87	3,03	55,01	57,68	42,12	39,30

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

Il finanziamento dei livelli di assistenza, per l'Azienda USL di Parma è aumentato del 3,84%, crescita inferiore a quella regionale, pari al 5,65%. 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 1,23%, misura sensibilmente minore a quanto registrato a livello regionale (2,93%).

TABELLA 21 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO, ANNI 2009-2014

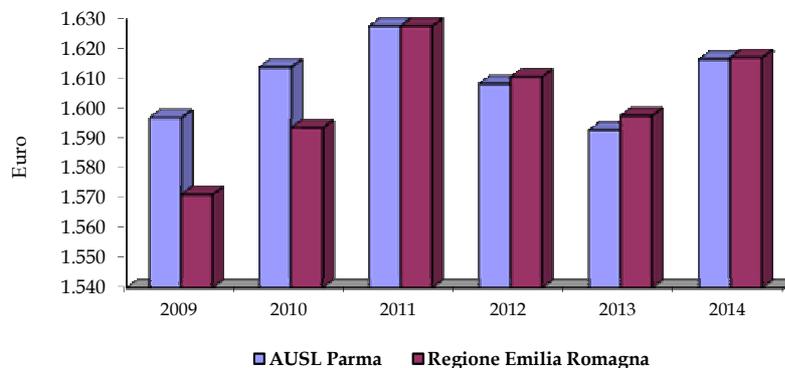
	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2009	691.717.416	433.096	1.597,15	6.816.420.639	4.337.966	1.571,34	1,62%	25,81
2010	705.866.508	437.308	1.614,12	7.005.511.324	4.395.606	1.593,75	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
2014	718.299.969	444.285	1.616,75	7.201.517.634	4.452.872	1.617,31	-0,03%	-0,56

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 2009–2014



Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

L'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro si sviluppa nella promozione ed educazione alla salute, nella profilassi delle malattie infettive, nell'attività di prevenzione rivolte alla persona come le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce denominati "Screening", nella tutela della collettività e dei singoli negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, nella sanità pubblica veterinaria, igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale e attività di valutazione e di certificazione medico-legale.

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.

*Dati disponibili al 2013.

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 22 CARATTERISTICHE SCREENING

Caratteristiche screening				
	<i>Popolazione interessata</i>	<i>Cadenza</i>	<i>Tipo di test</i>	<i>Popolazione interessata</i>
Mammella	Donne 45/49 anni Donne 50/74 anni	Annuale Biennale	Mammografia a doppia proiezione	87.850
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap -test	123.157
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	110.473

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

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

TABELLA 23 SCREENING MAMMOGRAFICO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne 45/49 anni	65,6	74,5
Donne 50/74 anni	96,6	72,7

TABELLA 24 SCREENING COLLO UTERO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne 25/64 anni	59,2	62,3

TABELLA 25 SCREENING DEL COLON- RETTO ADESIONE ANNO 2013

	Parma	RER
Donne e Uomini 50/69 anni	53,1	51,2

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

L'attività dei tre programmi è attualmente normata dalla DGR 582/2013 che ha deliberato i requisiti per l'accreditamento: inoltre il Piano Regionale della prevenzione indica, come condizione per garantire l'efficacia, l'estensione e l'adesione della popolazione interessata. L'attività di monitoraggio e controllo dovrà garantire e consolidare il raggiungimento degli obiettivi. Attraverso la DGR n. 703 del 3 giugno 2013 la Regione Emilia-Romagna ha avviato la riconversione del Programma di Screening per il cancro della cervice uterina mediante pap test di primo livello per le donne tra i 25 e 29 anni e con HPV DNA test di primo livello tra i 30 e i 64 anni. Nel corso del 2014 è stato prodotto un protocollo diagnostico terapeutico che definisce le modalità di transizione.

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; tuttavia negli ultimi anni si è registrato un calo delle coperture, fenomeno presente su scala nazionale e internazionale. Per quanto riguarda la nostra provincia, si mantiene a livello superiore della media regionale sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate.

Nella tabella seguente si indicano le percentuali di copertura vaccinale degli ultimi tre anni a 12 mesi, 24 mesi e 7 anni.

TABELLA 26 COPERTURA A 12 MESI, 24 MESI E 7 ANNI

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Copertura a 12 mesi			
polio	98,1	97,8	95,0
difterite	98,1	97,7	95,0
tetano	98,2	97,8	95,3
epatite B	98,0	97,6	95,3
pertosse	98,1	97,6	94,7
Hib	97,5	97,3	94,5
Vacc. Obbligatorie	98,0	97,6	95,0
Copertura a 24 mesi			
polio	97,0	97,9	95,3
difterite	97,0	97,9	95,3
tetano	97,0	98,0	95,4
epatite B	96,8	97,7	95,3
pertosse	96,8	97,6	95,0
Hib	96,6	97,1	94,2
MPR	93,2	93,1	87,8
Vacc. Obbligatorie	96,8	97,7	95,3
Copertura a 7 anni			
polio	96,0	95,8	92,3
difterite	96,1	95,5	92,1
tetano	96,1	95,7	92,5
pertosse	95,9	95,2	91,8

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

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 27 COPERTURA VACCINALE HPV COORTE DI NASCITA ANNO 2012

Parma	%
%vaccinati con almeno una dose	72,1
%vaccinati con tre dosi	66,7

Fonte dati: Regione Emilia Romagna

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Quest'anno la campagna vaccinale antinfluenzale ha mostrato un andamento poco soddisfacente, anche a causa di informazioni distorte fornite dagli organi di stampa. Dai dati disponibili risulta che la copertura dei soggetti con età superiore ai 65 anni nella provincia di Parma è del 46,8, a fronte del 55,8 a livello regionale: rispetto agli anni 2005/2006, in cui la percentuale di vaccinazione è stata la più alta mai registrata, si evidenzia un calo di circa il 20%.

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 2014 nella provincia di Parma erano presenti 21.670 PAT, per cui il 9% da controllare corrispondeva a 1.950 Unità Locali. Ne sono state controllate 2.213, con indice di copertura del 10,21 %.

E' continuata inoltre la collaborazione tra i Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'AUSL e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriali (RLST), grazie ad un nuovo accordo siglato tra l'Azienda Sanitaria e le Organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL. In occasione dell'incontro, che si è svolto a luglio 2014, si è discusso delle condizioni del mondo del lavoro a livello locale, delle criticità più evidenti e della necessità di attivare tutte le sinergie possibili per contenere il fenomeno degli infortuni, in particolare nel mondo delle piccole e piccolissime aziende, dei settori artigianato, edilizia, commercio, servizi, cooperazione e industria. E' stata dedicata particolare attenzione ai rapporti tra gli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriali, tra i quali è da anni in corso una indispensabile collaborazione, definita da specifici accordi sottoscritti da AUSL e OO.SS.

Il nuovo accordo, che integra quelli precedenti, regola più chiaramente i rapporti tra RLST e SPSAL, alla ricerca di una sinergia che rafforzi l'efficacia del lavoro dei RLST e migliori nel complesso le condizioni di sicurezza sul lavoro nelle piccole e piccolissime aziende. In sintesi, la collaborazione si realizza con uno scambio reciproco di informazioni circa le aziende e le eventuali criticità rilevate, per organizzare sopralluoghi mirati e, in alcuni casi, anche congiunti.

Assistenza distrettuale

L'Assistenza distrettuale in ambito aziendale trova una sua distribuzione in tutto il territorio attraverso strutture gestite direttamente dall'Azienda UsL, strutture dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e strutture private con le quali l'Azienda USL ha stipulato accordi di fornitura o convenzioni.

Assetto organizzativo

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 177 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

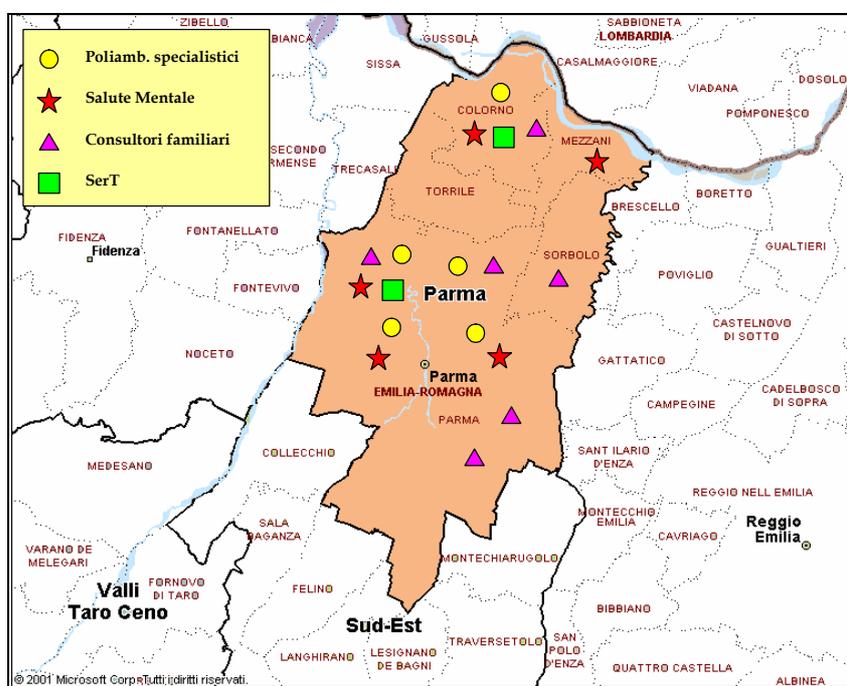


FIGURA 21 RETE ASSISTENZIALE - DISTRETTO DI FIDENZA

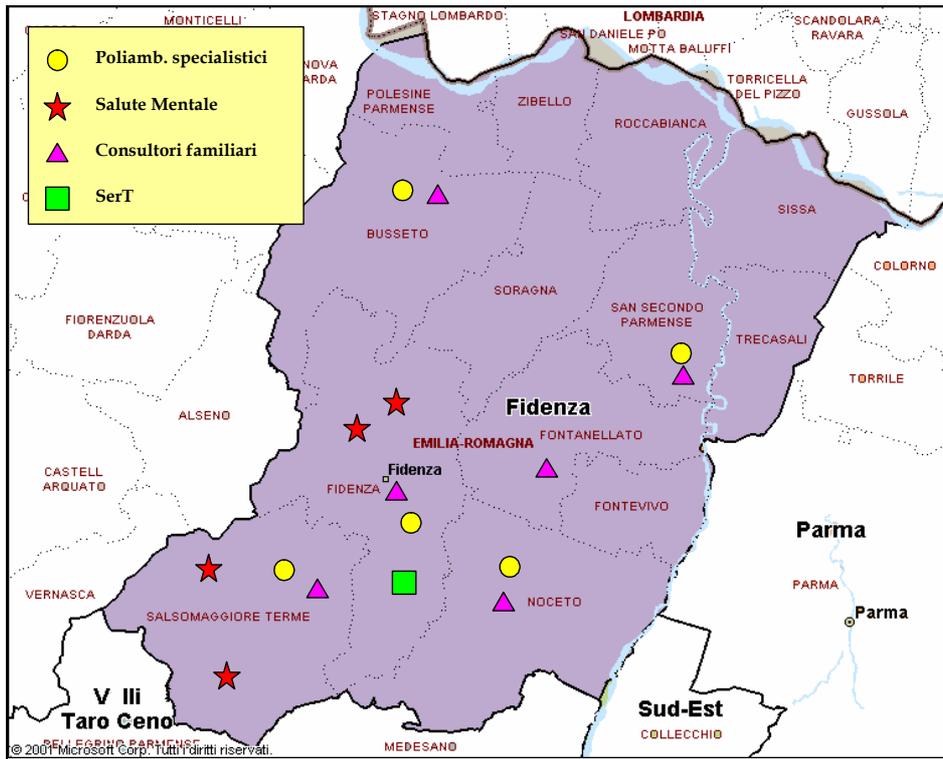


FIGURA 22 RETE ASSISTENZIALE - DISTRETTO SUD-EST

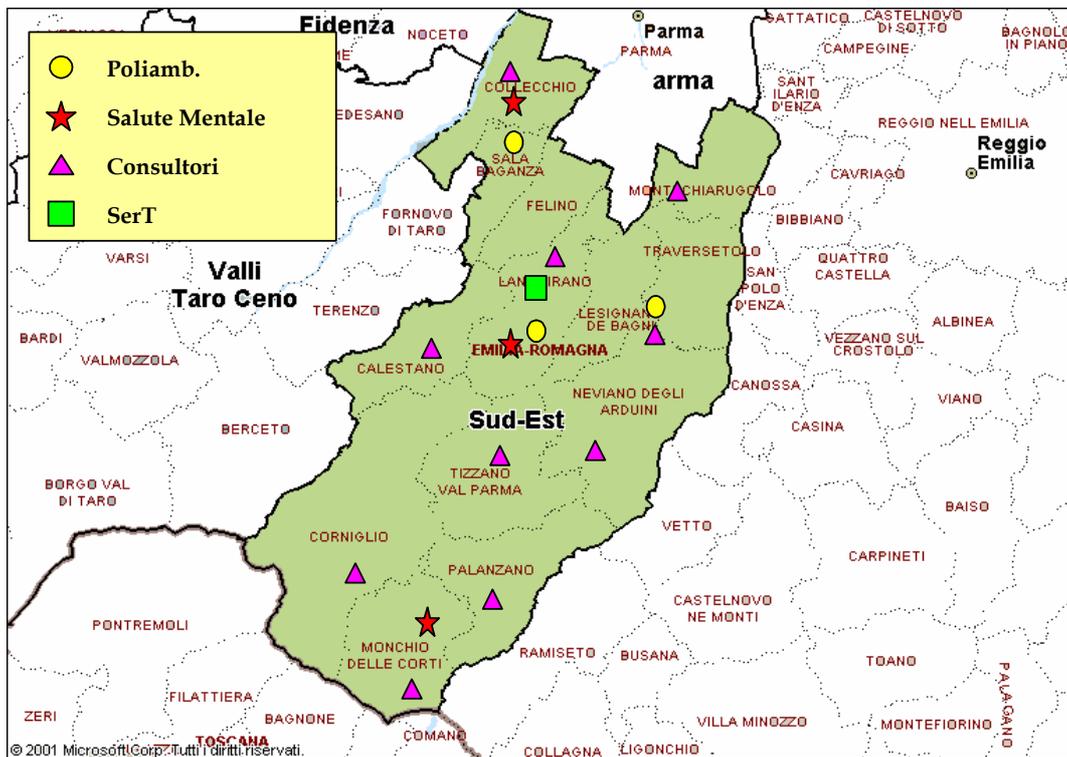
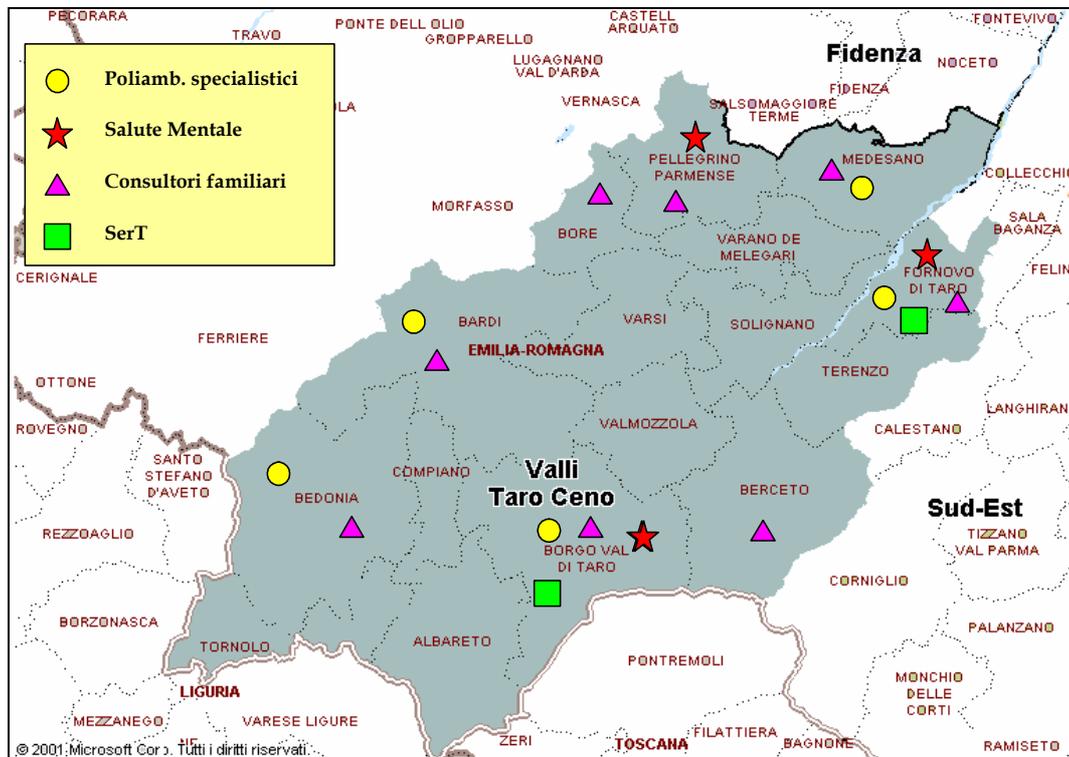


FIGURA 23 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



Lo sviluppo del modello assistenziale “Casa della Salute”

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, verranno perseguiti i seguenti principi:

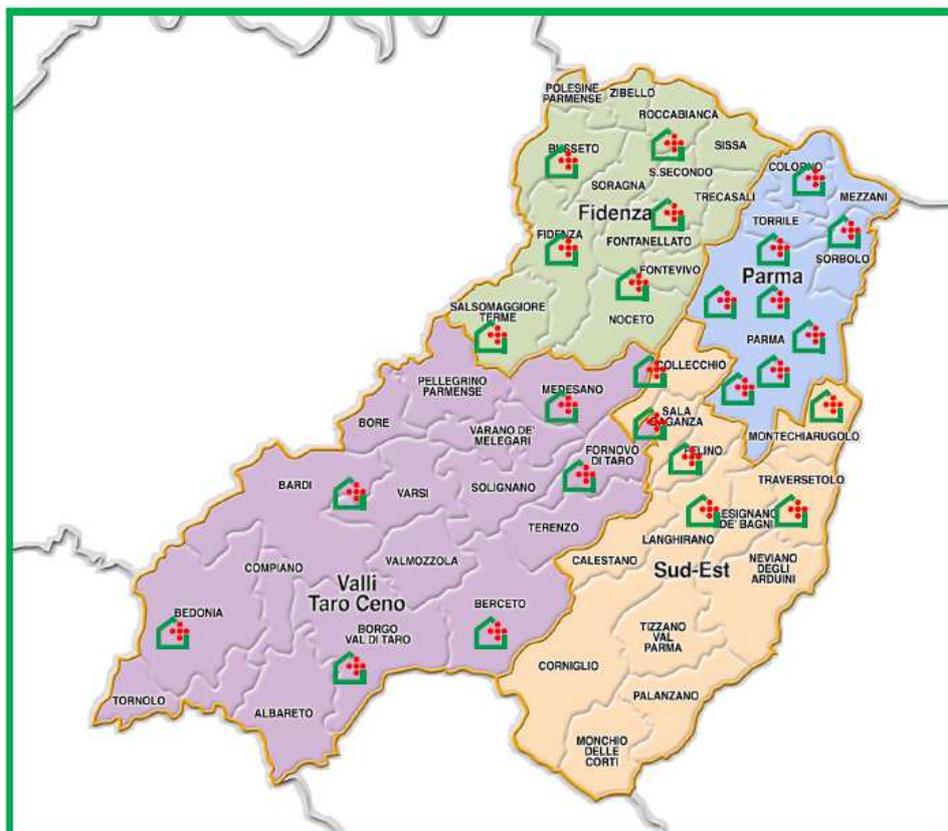
- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia,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

In ognuna delle Case della Salute 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 218.502 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 164,9, con una % di popolazione anziana pari a 22,1, mentre la % di grandi anziani è pari a 11,5. 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 28 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 Gennaio 2015
Molinetto	Parma	Casa della Salute "Pintor"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Attivata
Pablo	Parma	Casa della Salute "Pablo"	Piccola	Struttura da realizzare	In relazione ai tempi per la realizzazione del Polo Pediatrico Dicembre 2015
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 2015
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-Trecasali, Soragna, Zibello, con una popolazione complessiva pari a 103.948 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 170,4, una % di popolazione anziana pari a 22,1, mentre la % di grandi anziani è pari a 12,3. 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 29 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	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
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 2017
Noceto	Noceto	Casa della Salute "Noceto"	Progetto da definire	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2015

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 76.022 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 162,3, una % di popolazione anziana pari a 23,0%, mentre la % di grandi anziani è pari a 12,3.

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 30 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 45.813 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 234,1, una % di popolazione anziana pari a 28,1, mentre la % di grandi anziani è pari a 15,4%. 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 31 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO VALLI TARO E CENO

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Medesano	Medesano	Casa della Salute "Medesano"	Media	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Alta Val Taro	Borgo Val di Taro	Casa della Salute "Borgo Val di Taro"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2015
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	Giugno 2016
Bassa Val Taro	Berceto	Casa della Salute "Berceto"	Piccola	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Val Ceno	Varsi	Casa della Salute "Varsi"	Piccola	Struttura da realizzare	Attivata

Le strutture attivate nel corso del 2011

Sono complessivamente 6 le strutture attivate nel corso del 2011: una nel Distretto di Parma (Colorno-Torri), 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).

Le strutture attivate nel corso del 2014

Sono complessivamente 2 le strutture attivate nel corso del 2014: una nel Distretto Valli Taro e Ceno (Varsi) e una nel Distretto di Parma (Parma Molinetto - "Pintor").

TABELLA 32 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 33 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – SINTESI DELLE CASE DELLA SALUTE ATTIVE AL 31/12/14

Distretto	Grande	Media	Piccola	Totale
Parma	3	0	0	3
Fidenza	1	1	0	2
Sud Est	1	2	3	6
Valli Taro e Ceno	0	2	2	4
Totale	5	5	5	15

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. Di seguito la scheda del percorso formativo.

TABELLA 34 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	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di competenze organizzative e manageriali per lo sviluppo dei percorsi integrati <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Management</i>: Analisi organizzativa, Gestione per processi, Utilizzo di strumenti di problem solving. b. <i>Progettazione</i>: Progettazione organizzativa (gestione di progetti), Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari c. <i>Valutazione</i>: Analisi della domanda, Analisi dell'attività, Utilizzo di strumenti di assessment • Sviluppo di competenze relazionali per la valorizzazione dei processi relazionali <ul style="list-style-type: none"> a. Integrazione professionale, Relazione con rete non professionale, Gestione conflitti

Impatto atteso sui processi organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> b. Lavorare in gruppo, Coordinare gruppi • Sviluppo di competenze di miglioramento continuo <ul style="list-style-type: none"> a. Gruppi di miglioramento b. Audit
Metodologie formative	<ol style="list-style-type: none"> 1. Condivisione e costruzione di percorsi organizzativi 2. Definizione di protocolli e procedure (Accreditamento) 3. Programmazione integrata delle attività fra gli attori della Casa della Salute 4. Valutazione: Strutturazione di audit clinici e organizzativi, valutazione dei processi e delle attività 5. Miglioramento della cultura organizzativa e delle relazioni
Prima fase	<p>La prima fase di condivisione dei linguaggi e delle metodologie in forma interattiva (coordinata dal Gruppo di progetto aziendale) prevede</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>La seconda fase è mirata alla costruzione operativa dei percorsi sia sotto il profilo organizzativo sia sotto l'aspetto relazionale attraverso</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
Sperimentazione e avvio	Avvio del progetto con coinvolgimento altri professionisti Avvio su gruppo di facilitatori Diffusione omogenea agli altri professionisti

Il 19 novembre 2014 in un workshop, che ha coinvolto tutti i facilitatori delle Case della Salute (circa 80 professionisti) formati negli anni scorsi, è stato fatto il punto rispetto al percorso formativo ed alle ricadute nei diversi contesti.

Il 18 dicembre 2014 si è svolto, presso la Camera di Commercio di Parma, il convegno "La costruzione sociale della salute" che ha inteso esplorare una idea di salute come costruzione sociale, con l'intenzione di rafforzare il ruolo della Casa della Salute quale elemento di integrazione di tutti i soggetti che, a vario titolo, nella società si identificano come co-produttori di politiche per la salute in un concetto di costruzione sociale allargata. Il workshop pomeridiano è stato articolato in tre sessioni:

- Metodi e strumenti per attivare la partecipazione dei cittadini;
- Organizzazioni che costruiscono socialmente la salute;
- Esperienze formative che aiutano a reinterpretare la propria identità professionale.

Nelle diverse sessioni sono state presentate testimonianze da parte di professionisti (identificati come facilitatori) che operano in alcune delle Case della Salute attive nella nostra provincia.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anziani

L'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, nel Distretto Sud-Est effettuata nel 2012, di 11 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno compiuta nel 2013 e di 15 posti nel Distretto di Fidenza, operata nel 2014, sulla base del turnover. Tale decremento è stato effettuato con l'obiettivo di evitare un ulteriore depotenziamento dei servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità.

Il rapporto dei posti letto sulla popolazione con età superiore ai 74 anni, 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 30,8 per 1.000 abitanti presenti al 01.01.2014, 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 42 Case/Residenze accreditate (di cui 3 con parametri ex RSA), distribuite in 32 Comuni con un indice di diffusione pari al 69,6%.

TABELLA 35 POSTI LETTO RESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2013			2014		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	772	24.491	31,5	772	25.085	30,8
Fidenza	397	12.492	31,8	382	12.749	30,0
Valli T.e C.	240	7.021	34,2	240	7.048	34,1
Sud-Est	258	8.510	30,3	258	8.781	29,4
AUSL	1.667	52.514	31,7	1.652	53.663	30,8

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 36 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2014

Distretti	Popolazione > 74 anni 01/01/2014	Progetti al 31.12.2014 con rimborso FRNA
Parma	25.085	-
Fidenza	12.749	10
Valli Taro e Ceno	7.048	6
Sud-Est	8.781	30
TOTALE	53.663	46

L'assistenza semiresidenziale

L'offerta di posti finanziati dal FRNA nei Centri Diurni è pari a 500 unità per una disponibilità di 9,3 posti ogni mille anziani ultrasettantatreenni residenti nella provincia alla data del 1.01.2014. Tale risorsa non è distribuita in modo omogeneo nei Distretti e segna valori massimi nei territori di Parma e Fidenza ed un minimo nel Distretto Valli Taro e Ceno dove la conformazione geografica del territorio montano determina un utilizzo ridotto di tale servizio. Rispetto al 2013 è rimasto immutato il numero di posti accreditati e contrattualizzati che si mantiene superiore al valore medio regionale. Tale dato 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. Si rileva tuttavia, nel 2014, un decremento nell'utilizzo dei centri diurni, documentato dalla diminuzione delle giornate di frequenza, in tutti i Distretti, eccetto il Distretto Valli Taro e Ceno, con un valore massimo nel Distretto di Parma.

TABELLA 37 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2013			2014		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	266	24.491	10,9	266	25.085	10,6
Fidenza	132	12.492	10,6	132	12.749	10,3
Sud-Est	70	8.510	8,2	70	8.781	8
Valli T.e C.	32	7.021	4,5	32	7.048	4,5
AUSL	500	52.514	9,5	500	53.663	9,3

TABELLA 38 GIORNATE DI PRESENZA NEI CENTRI DIURNI ANNI 2013-2014

Distretti	Giornate Anno 2013	Giornate Anno 2014	Variazione %
Parma	63.654	49.677	- 21,9
Fidenza	27.665	25.681	-7,2
Valli TC	6.882	7.643	11,1
Sud-Est	17.217	16.758	-2,6
TOTALE	115.418	99.759	-13,6

Nella realtà provinciale sono presenti 38 Centri Diurni, distribuiti in 27 Comuni, con un indice di diffusione del 58%.

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 2014, a livello provinciale sono stati assistiti a domicilio, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, 2.065 anziani per un rapporto di 38,5 ogni 1.000 abitanti con età >74 anni. Tale valore si declina in modo non omogeneo nel territorio con un tasso massimo, pari a 49, nel Distretto di Fidenza ed uno minimo, pari a 28, nel Distretto Valli Taro e Ceno. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un decremento degli utenti nei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno, mentre si rileva un significativo aumento dei destinatari di assistenza domiciliare nel Distretto di Parma. Analogamente, il numero di ore di assistenza prestate a domicilio a favore di anziani non autosufficienti e rimborsate dal FRNA, subisce una riduzione in tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto di Parma, in cui si registra un considerevole aumento. Il servizio opera in 45 Comuni sul totale di 46 presenti nel territorio.

FIGURA 25 UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI ANNI 2013-2014

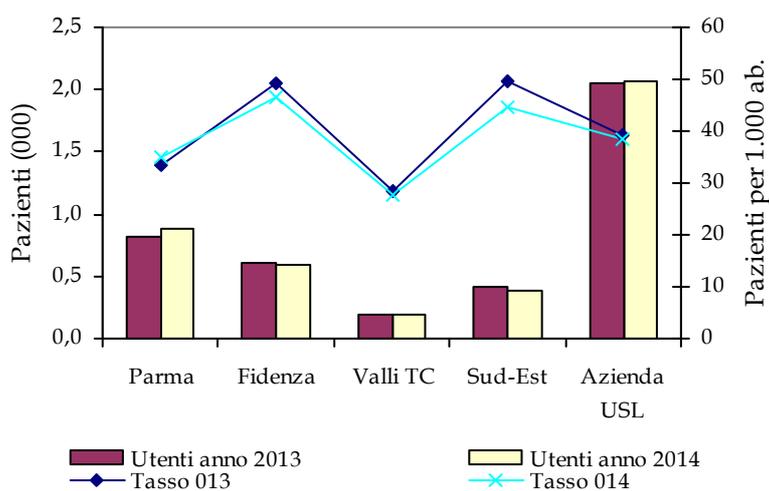


TABELLA 39 ORE ASSISTENZA RIMBORSATE DAL FRNA ANNI 2013-2014

Distretto	2013	2014	Variaz. % 2014-2013
Parma	61.601	87.634	42,3
Fidenza	38.024	36.454	-4,1
Valli TC	23.515	22.986	-2,2
Sud Est	33.219	30.326	-8,7
TOTALE	156.359	177.400	13,5

Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2014 l'intervento di accoglienza temporanea nelle strutture protette, introdotto dal FRNA quale servizio a supporto della domiciliarità, subisce una riduzione nel Distretto di Parma, sia per quanto riguarda

le giornate di ricovero erogate, sia rispetto al numero delle persone destinatarie, mentre nel Distretto di Fidenza si riducono solamente le giornate erogate. Nel Distretto Sud-Est, che ha sempre presentato un'offerta di tale opportunità nettamente più elevata, rispetto agli altri territori, si rileva un incremento sia in termini di persone ospitate, che, soprattutto, di giornate di presenza. Nel Distretto Valli Taro e Ceno, come nell'anno precedente, non si è dato corso, a tali interventi

TABELLA 40 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO ANNI 2013-2014

Distretto	2013	2014	Variaz. % 2014-2013
Parma	91	69	-24,6
Fidenza	55	59	7,3
Valli TC	0	0	0
Sud Est	113	115	1,8
TOTALE	259	243	-6,2

Assegno di cura

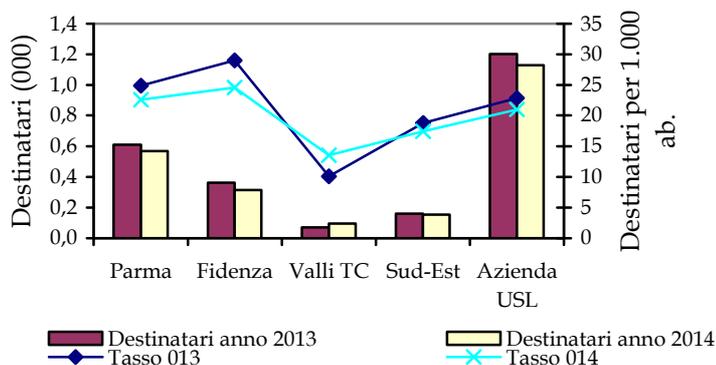
Con l'obiettivo prioritario di favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, l'assegno di cura, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza. In continuità con la tendenza già evidenziatasi a partire dall'anno 2010, in tutti i Distretti, si è registrata un'ulteriore diminuzione dei destinatari di assegno di cura, ad eccezione del Distretto Valli Taro e Ceno, dove si rileva un aumento. E' stata comunque garantita l'erogazione dell'assegno nelle situazioni di maggior gravità e complessità assistenziale definite prioritarie attraverso indicatori sanitari e sociali.

TABELLA 41 DESTINATARI DI ASSEGNO DI CURA ANNI 2013-2014

Distretto	2013	2014	Variaz. % 2014-2013
Parma	610	567	-7,1
Fidenza	362	314	-13,3
Sud Est	160	153	-4,4
Valli TC	71	95	33,8
TOTALE	1.203	1.129	-6,2

A livello provinciale il tasso di persone destinatarie del contributo è pari 21 per 1.000 anziani ultra settantacinquenni, con un valore massimo nel Distretto di Fidenza (24,6) ed uno minimo nel Distretto Valli Taro e Ceno (13,5).

FIGURA 26 DESTINATARI ASSEGNO DI CURA - TASSO ANNI 2013-2014



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 42 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO ANNI 2013-2014

Distretti	Persone 2013	Persone 2014	Var. % 2014-2013
Parma	226	199	-11,9
Fidenza	93	81	-12,9
Valli TC	15	17	13,3
Sud-Est	88	93	5,7
TOTALE	422	390	-7,6

Nell'anno 2014 si è registrato un ulteriore decremento dell'intervento nei Distretti di Parma e Fidenza ed un lieve aumento nei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno.

Gravissime disabilità acquisite in età adulta

In applicazione delle D.G.R. 2068/2004 e n. 840/2008 è proseguita l'azione di integrazione tra le quattro commissioni Gra.D.A. distrettuali. È continuata nel corso del 2014 l'attività del gruppo di lavoro di Area Vasta di condivisione di buone prassi, percorsi di miglioramento ed approfondimento di tematiche connesse a quest'area di intervento, con l'obiettivo di superare alcune criticità che possono determinare situazioni di diseguità nell'accesso ai servizi. Nel rispetto delle indicazioni regionali, inoltre, è stato ulteriormente implementato il flusso informativo dedicato GRAD anche in seguito all'approvazione ed alla successiva applicazione della circolare regionale 23/2012.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per l'anno 2014 la Regione ha riconosciuto alla Provincia di Parma per l'area delle gravissime disabilità acquisite la medesima quota del 2013, 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 2014 sono state complessivamente 148, 10 in meno rispetto all'anno precedente. Le classi di età più rappresentate sono: "55-64 anni" con il 29,1%, seguita dalla fascia "45-54" (19,6%) e "65-74 anni" (17,6%). La tipologia di *deficit* predominante risulta essere la gravissima cerebrolesione (46,6%), seguita dalla patologia neurologica (39,2%), staccate nelle percentuali di incidenza, la gravissima mielolesione (9,5%) e le patologie dell'età evolutiva non precedentemente classificate (4,7%). La causa più diffusa di *deficit* all'origine della condizione GRADA resta "l'esito da patologia", con il 81,8% dei casi. Relativamente alle patologie dell'età evolutive, tra il 2013 ed il 2014 si è registrato un incremento a livello aziendale di 3 unità, mentre a livello regionale l'incremento è stato di 14 minori.

TABELLA 43 ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI DEFICIT. BIENNIO 2013-2014

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						ALTRE PATOLOGIE ETA' EVOLUTIVA		Totale Assistenti		Di cui con SLA	
	GRAVISSIMA CEREBROLESIONE		GRAVISSIMA MIELOLESIONE		PATOLOGIA NEUROLOGICA		2013	2014	2013	2014	2013	2014
	2013	2014	2013	2014	2013	2014						
	N. Assistenti		N. Assistenti		N. Assistenti		N. Assistenti		N. Assistenti		N. Assistenti	
Tot. AUSL	68	69	20	14	66	58	4	7	158	148	23	18
Tot. RER	634	641	111	109	595	636	22	36	1.362	1.422	225	239

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad

Assistenza residenziale

Il numero di pazienti GRAD ricoverati in strutture residenziali durante tutto l'anno 2014 risulta essere di 52, dato che non ha subito variazioni rispetto al 2013. Alla data del 31 dicembre 2014 risultavano ancora ricoverati 39 pazienti.

TABELLA 44 NUMERO PAZIENTI RICOVERATI ANNO 2014

Distretto	Numero persone ricoverate nel 2014	Numero persone presenti al 31/12/2014
Parma	24	20
Fidenza	14	9
Valli TC	9	7
Sud-Est	5	3
Totale	52	39

Fonte: Dipartimento Valutazione e Controllo. Servizio Controllo di Gestione

Sul totale dei ricoveri effettuati nel corso del 2014, 83 sono stati del tipo "residenziale a lungo termine" e 24 di tipo "assistenza residenziale di sollievo temporaneo e/o con finalità educative di addestramento". 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: 39 ricoveri in "inserimento individuale c/o CRA", 22 in "inserimento individuale c/o centro socio riabilitativo residenziale", 18 in "struttura dedicata", 13 in "nucleo dedicato c/o struttura sanitaria" e 15 in tipologia residenziale non specificata.

Assegni di Cura

Nel corso dell'anno 2014, 80 persone hanno beneficiato dell'assegno di cura, di cui 67 attivi al 31/12/2014. Con D.G.R. 1732/2014 la Regione ha aumentato a partire dal 1 dicembre 2014 l'importo dell'assegno di cura da Euro 34,00 a 45,00 giornalieri. Attualmente gli importi giornalieri degli assegni di cura sono due: Euro 23,00 ed Euro 45,00 per coloro che presentano i requisiti previsti dalla D.G.R. 1848/2012.

TABELLA 45 ASSEGNI DI CURA GRA.D.A. ANNI 2013- 2014

Distretto di presa in carico	Assistiti		Contratti attivi al 31/12	
	2013	2014	2013	2014
Parma	27	32	24	26
Fidenza	26	24	23	20
Valli TC	13	13	11	10
Sud-Est	11	11	8	11
Totale	77	80	66	67

Fonte: 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. Nell'anno 2014 sono state prodotte 11.217 ore di assistenza socio-sanitaria (+301 rispetto al 2013) e 223 di assistenza educativa (+186 rispetto al 2013). I dati ricavati dalla Banca Dati Regionale, provengono dagli Enti eroganti il servizio.

TABELLA 46 PAZIENTI IN CARICO PER TIPO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANNO 2014

	Socio sanitaria	Educativa
Distretto di Parma	7.031	0
Distretto di Fidenza	674	0
Distretto Valli TC	1.628	0
Distretto Sud Est	1.884	223
Totale	11.217	223

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

Area Disabili

Nel corso del 2014 sono proseguiti gli incontri con i referenti dell'area disabilità dell'Azienda U.S.L., degli Enti locali e della Provincia di Parma con lo scopo di individuare metodologie e percorsi comuni nell'accesso ai servizi per i disabili. D'intesa con gli Enti locali è continuato il processo di riorganizzazione dei servizi rivolti alla disabilità adulta in conseguenza dei mutati bisogni emergenti della popolazione. In questa fase si è anche continuato a lavorare per introdurre strumenti e tecniche di lavoro omogenei a livello provinciale.

Nel corso del 2014 l'Azienda U.S.L. di Parma ha ottenuto il mandato istituzionale dalla Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale affinché sia effettuato un approfondimento dei servizi attualmente dedicati alle persone disabili attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro tecnico-politico sulla disabilità. Nel rispetto del mandato ricevuto, l'Azienda ha promosso verso la Fondazione Cariparma il progetto di ricerca "Qualità di vita per le disabilità" che ha ottenuto un contributo economico per la sua realizzazione il cui avvio è

previsto per il 2015. Sul piano interistituzionale, i componenti dell'Azienda dell'area disabili hanno continuato a partecipare ai tavoli dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano per la programmazione complessiva delle attività, nonché alla definizione delle modalità di gestione del F.R.N.A. È proseguita anche nel 2014 l'attività di supporto/accompagnamento al percorso di accreditamento dei servizi socio-assistenziali avviato dalla Regione.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2014 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 2013. Come per l'area delle gravissime disabilità acquisite, anche per il settore della disabilità nel corso del 2014 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.

TABELLA 47 BENEFICIARI ASSEGNI DI CURA ANNO 2014

Distretto	Beneficiari assegno di cura alto	Beneficiari assegno di cura medio	Totale beneficiari
Parma	13	57	70
Fidenza	0	45	45
Valli TC	0	26	26
Sud Est	11	8	19
Totale	24	136	160

Fonte: Banca dati regionale SMAC.

L'entità dell'assegno di cura, in base a quanto disposto dalla D.G.R. 1122/2002, viene previsto dall'U.V.M. in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza e non autonomia della persona disabile, alle sue necessità assistenziali ed alle attività di assistenza garantite direttamente dalla famiglia. L'assegno di cura "alto" ha un importo pari a Euro 15,49 ed è riconosciuto per le situazioni che richiedono un elevato impegno assistenziale, mentre l'assegno "medio", pari a Euro 10,33, viene riconosciuto a favore di quelle situazioni che richiedono un impegno assistenziale minore o quando è prevista l'erogazione anche di altri servizi della rete. Anche per l'area della disabilità è prevista l'attivazione di contributi integrativi a favore di disabili titolari di assegni di cura che si avvalgono di assistenti familiari con regolare contratto purché il valore I.S.E.E. non sia superiore a Euro 15.000,00. Coerentemente con quanto indicato nel paragrafo precedente, anche il numero di contributi aggiuntivi ha registrato un saldo positivo di tre unità.

TABELLA 48 NUMERO CONTRIBUTI INTEGRATIVI – ANNI 2014

Distretto	Beneficiari assegno di cura alto con contributo aggiuntivo	Beneficiari assegno di cura medio con contributo aggiuntivo	Totale beneficiari con contributo aggiuntivo
Parma	5	9	14
Fidenza	**	**	**
Valli TC	0	1	1
Sud Est	2	1	3
Totale	7	11	18

Fonte: Banca dati regionale SMAC.

Non sono riportati in Banca dati i valori del Distretto di Fidenza.

Obiettivo primario dei servizi territoriale è la creazione di condizioni (anche di carattere economico) affinché le persone con disabilità possano rimanere quanto più a lungo possibile nel proprio contesto familiare, supportando la famiglia che rappresenta il primo *caregiver* per queste persone. In questo ambito rientrano i servizi erogati a livello distrettuale a sostegno della domiciliarità (assegni di cura, assistenza domiciliare socio-assistenziale e/o educativa, centri socio-riabilitativi diurni e socio-occupazionali, ricoveri di sollievo). Vi sono però situazioni per le quali è necessario un inserimento definitivo in strutture residenziali (centri socio-riabilitativi residenziali, gruppi appartamento, “case ritrovate”, appartamento protetti): tali bisogni si determinano quando la rete familiare, per differenti motivazioni, non è più in grado di garantire adeguata assistenza al proprio congiunto, anche in presenza di servizi della rete della domiciliarità.

Fondo Nazionale per le non autosufficienze – Programma SLA ai sensi della D.G.R. 1762/2011.

Nel 2014 si è concluso l'utilizzo del fondo nazionale per le non autosufficienze – Programma SLA (DGR 1762/2011) dedicato ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Le risorse sono state destinate per l'attuazione di interventi di carattere sociale a favore di persone affette da SLA al fine di permettere loro di rimanere il più a lungo possibile presso il proprio domicilio usufruendo di una rete di servizi adeguata alle loro esigenze. Nel corso del 2014 risultano in carico ai servizi territoriali complessivamente 46 persone.

TABELLA 49 PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA IN CARICO – ANNO 2014

Parma	Fidenza	Valli Taro e Ceno	Sud-Est	Totale
24	5	6	11	46

Fonte: Banca dati aziendale “Miglioramento nella gestione dei pazienti affetti da SLA”

Delle 46 persone in carico, 18 sono state valutate con gravissima disabilità acquisita ai sensi della D.G.R. 2068/2004 ed hanno usufruito dei servizi meglio specificati nelle tabelle sottostanti.

TABELLA 50 ASSEGNI DI CURA AI SENSI DELLA D.G.R. 2068/2004 A PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA. PROGRAMMA SLA. ANNO 2014

Distretto	Numero assegni di cura Euro 23,00	Numero assegni di cura Euro 34,00	Numero assegni di cura Euro 45,00	Numero contributi integrativi
Parma	1	0	3	4
Fidenza	1	1	0	2
Valli TC	2	0	0	2
Sud-Est	0	0	3	3
Totale	4	1	6	11

Fonte: Banca dati aziendali “Flusso Mercurio”

Nonostante la Regione, per le gravissime disabilità acquisite ai sensi della D.G.R. 2068/2004, abbia innalzato il valore I.S.E.E. per gli assegni di cura da Euro 34.000,00 a Euro 55.000,00 non tutte le persone affette da SLA hanno un valore I.S.E.E. che rientra nei parametri indicati dalla Regione. Ne consegue che anche il numero di persone in grado di usufruire dei contributi integrativi è ridotto sul totale della popolazione con SLA.

TABELLA 51 INTERVENTO EROGATI A PAZIENTI CON GRAVE DISABILITÀ ACQUISITA AI SENSI DELLA DGR 2068/2004 AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA. ANNO 2014

Distretto	Assistenza sociosanitaria	Ricoveri di sollievo	Ricoveri definitivi	Nessun servizio
Parma	2	1	1	0
Fidenza	1	1	0	1
Valli TC	1	1	2	0
Sud-Est	2	0	0	0
Totale	6	3	3	1

Fonte: Banca dati aziendali "Flusso Mercurio"

Dalla banca dati aziendale emerge che gli interventi prevalenti erogati a favore di persone con sclerosi laterale amiotrofica sono quelli di natura sociosanitaria, mentre sono limitati i ricoveri sia di sollievo che quelli definitivi. Nel 2014 solo una persona non ha usufruito di alcun servizio della rete socio-assistenziale.

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 multidisciplinare per il raggiungimento dei risultati di salute. Il Servizio trova logica collocazione all'interno del sistema assistenziale territoriale garantendo la necessaria continuità delle cure.

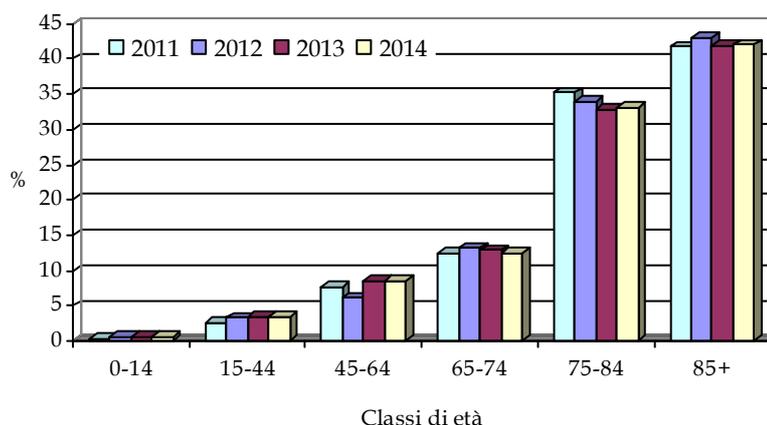
Il Servizio si basa sulla integrazione delle competenze professionali sanitarie e sociali che collaborano fra loro per la realizzazione di specifici programmi assistenziali erogabili al domicilio del paziente di qualsiasi età, sia nell'abitazione che in una struttura comunitaria, e sostenibili dal nucleo familiare. Gli organi professionali coinvolti (infermieri, medici di medicina generale, fisioterapisti, specialisti delle varie branche, operatori del sociale, 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 equipe 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 riabilitazioni 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 equipe 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 equipe domiciliari e pluriprofessionali che rappresentano il valore aggiunto del percorso assistenziale.

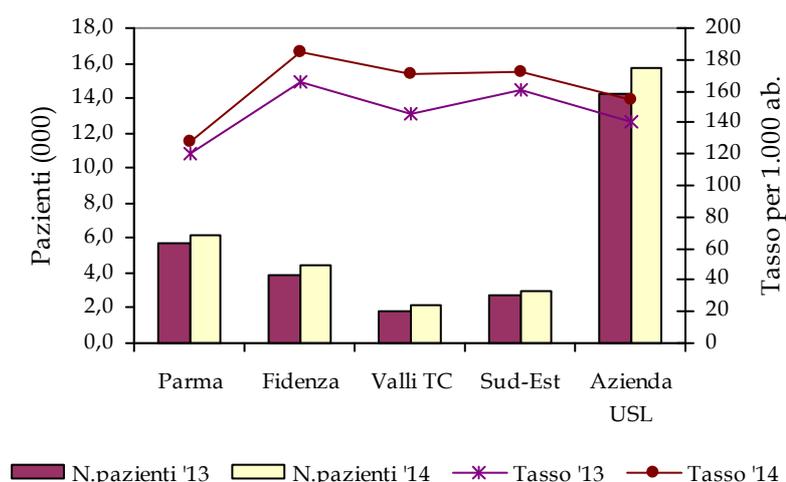
Inoltre l'intervento domiciliare, pur trovando la massima espressione nell'erogazione di prestazioni sanitarie, può spaziare nei servizi di aiuto alla persona e alla cura dell'abitazione. L'analisi dell'attività svolta durante l'anno 2014 conferma uno scenario che, sempre più nel tempo, si è consolidato. Continua il trend di crescita dei pazienti assistiti (nell'anno 2014 sono stati 15.253) e la maggiore frequenza di intervento si riscontra sempre nell'utenza molto anziana, dai 75 anni in poi, con una quota del 75%.

FIGURA 27 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ AUSL PARMA 2011 /14



Il grafico successivo mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2013-2014 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni.

FIGURA 28 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 64 ANNI)

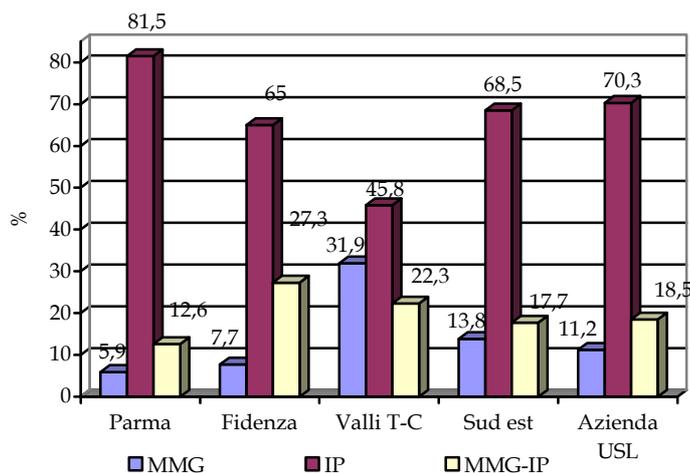


Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio con un tasso provinciale pari a 154 per 1.000 residenti. Utile indicazione della performance aziendale ci viene fornita analizzando la distribuzione percentuale degli assistiti 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 equipe infermieristiche (MMG-IP) e
- pazienti seguiti principalmente dal medico di medicina generale (MMG).

La quota prodotta dalle Equipe infermieristiche, con il 70,3% del totale, risulta essere indicativa dell'impegno aziendale.

FIGURA 29 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - ANNO 2014



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.

Nel 2014 gli Hospice di Fidenza, Langhirano e Borgotaro, il numero dei dimessi ha mostrato un significativo aumento, se confrontato con gli anni precedenti, mentre l'Hospice di Parma è stato fortemente penalizzato dalla grave alluvione del 13 ottobre 2014 e conseguente chiusura totale della struttura per quasi due mesi, con lenta e graduale ripresa da dicembre. Analogamente si può dire delle giornate di degenza prodotte. Per quanto riguarda la degenza media si sottolinea il netto miglioramento della performance dell'Hospice di Langhirano che si riallinea agli altri Hospice aziendali.

TABELLA 52 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza				Borgotaro				Langhirano			
	'11	'12	'13	'14	'11	'12	'13	'14	'11	'12	'13	'14
Posti letto	15	15	15	15	8	8	8	8	10	10	10	10
Pazienti	185	181	191	218	85	91	87	94	119	83	106	124
Giornate di degenza	5.111	4.669	5.153	5.233	2.488	2.479	2.693	2.759	3.418	2.639	4.403	3.042

	Parma				Totale			
	'11	'12	'13	'14	'11	'12	'13	'14
Posti letto	8	16	16	16	41	49	49	49
Pazienti	118	193	258	195	507	548	642	631
Giornate di degenza	2.855	5.258	5.811	4.890	13.872	15.045	18.060	15.924

La patologia neoplastica risulta essere la più frequente anche per l'anno 2014 e ha raggiunto la quota del 83.7% . Nello specifico ha interessato soprattutto l'apparato respiratorio (17%), il distretto fegato-pancreas-vie biliari (14,2%) e l'apparato intestinale (14.27%)

Un esame comparativo dell'attività sanitaria svolta negli ultimi quattro 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 30 HOSPICE AZIENDALI DEGENZA MEDIA ANNI 2011 /12/13/14

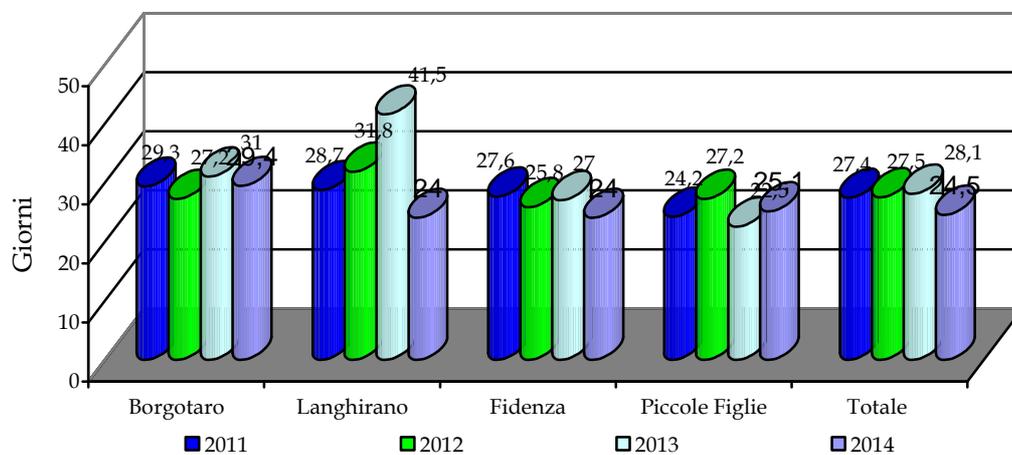


FIGURA 31 HOSPICE AZIENDALI PRESENZA MEDIA GIORNALIERA ANNI 2011/12/13/14

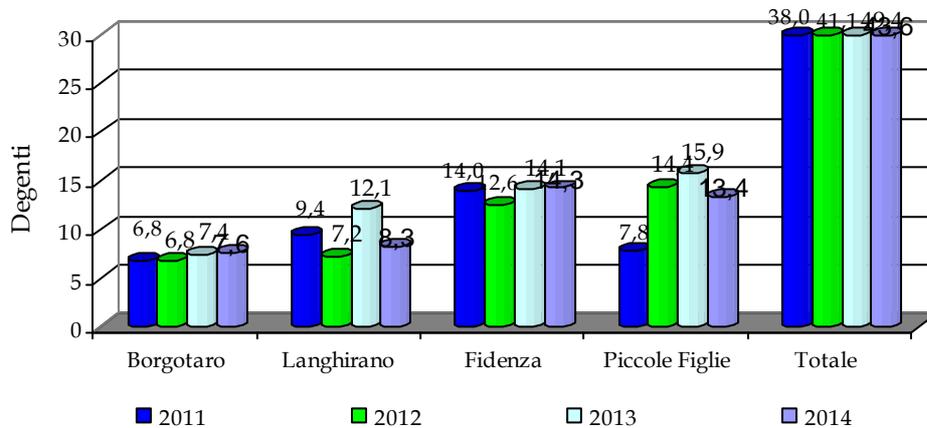
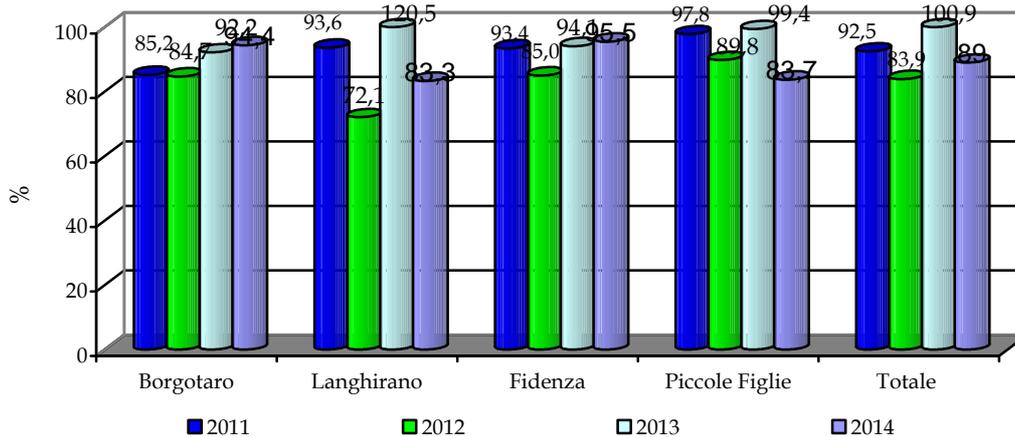


FIGURA 32 HOSPICE AZIENDALI INDICE DI OCCUPAZIONE ANNI 2011/12/13/14



Consultori familiari

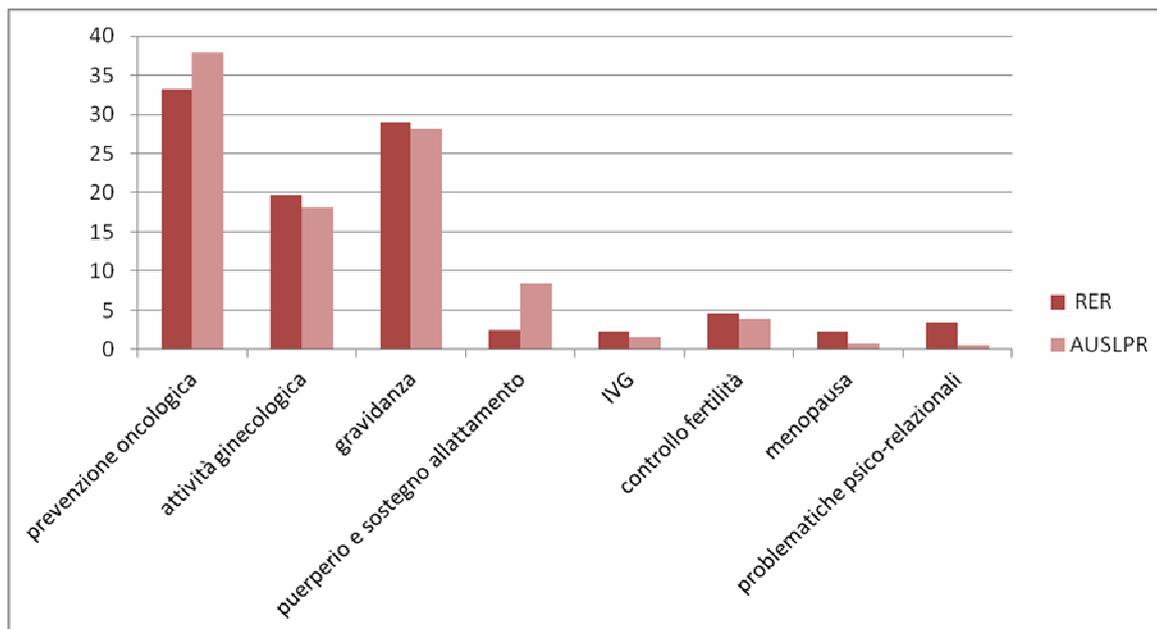
I consultori familiari si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia ed hanno raggiunto, sul versante della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, diversi importanti obiettivi adeguando la propria attività alle caratteristiche ed ai bisogni della popolazione. L'attività dei Consultori Familiari è caratterizzata da una ampia gamma di attività e da una vasta diffusione delle sedi in modo da facilitare l'accesso a tutti gli utenti della città e della provincia. Negli ultimi anni sono stati definiti progetti integrati anche con le istituzioni locali, gli enti e le associazioni di volontariato in ottemperanza alle indicazioni del Piano sociale e sanitario.

Le utenti , cui sono state erogate prestazioni di ostetricia e ginecologia a livello aziendale, sono state 40.747 (14,4% utenti/pop. target) per un totale di 79.102 prestazioni; dati lievemente aumentati rispetto al 2013. Nel 2014 le prestazioni delle attività consultoriali sono così suddivise: 29905 per prevenzione oncologica ,

14331 di attività ginecologica, 22232 per gravidanza, 6684 per puerperio e allattamento al seno, 3067 per contraccezione, 486 di attività psicologica, 519 per menopausa e 1314 per interruzione volontaria di gravidanza. I tempi di attesa sono adeguati agli obiettivi aziendali: per le IVG sono di 7-10 giorni e per le gravidanze < a 20 giorni. La presenza di utenti stranieri è stata nel 2014 pari al 19,8% del totale.

Il confronto con i dati regionali evidenzia attività in linea per le attività ginecologiche, gravidanza, area IVG e controllo fertilità; Δ % in aumento invece per le prestazioni di prevenzione oncologica e per puerperio/sostegno all'allattamento.

FIGURA 33 DATI ATTIVITÀ CONSULTORIALI (%) CONFRONTO TRA AUSL PR E RER

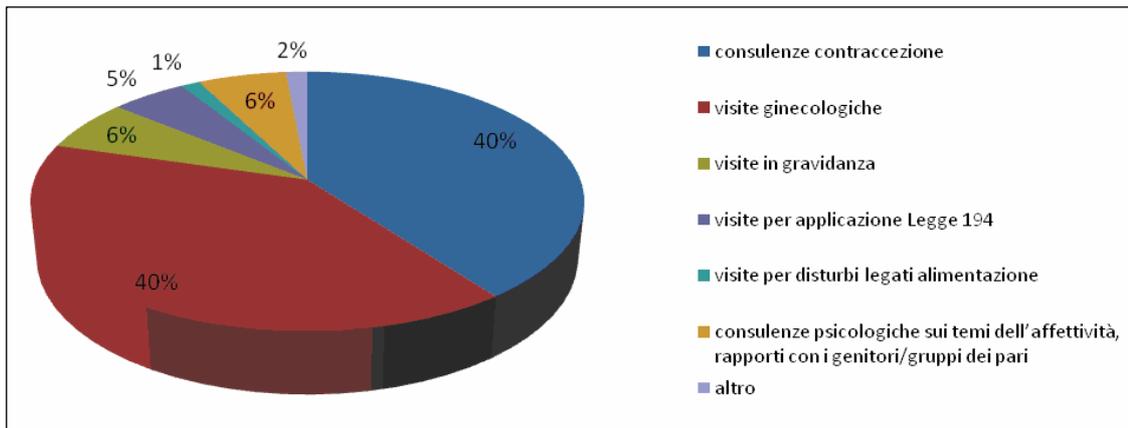


Più specificatamente si dettagliano alcune attività:

- Spazio Giovani

Per quanto riguarda l'area giovanile è proseguita l'attività dello Spazio Giovani nelle aree tematiche che le sono proprie. Particolare attenzione è dedicata alla attività di promozione della salute nelle fasce adolescenziali: le ore dedicate all'educazione sessuale e i soggetti coinvolti rispetto alla popolazione target, sono stabili. Nel 2014 i ragazzi che si sono rivolti al consultorio per adolescenti sono stati 1.219 tra cui 242 stranieri per un totale di n. 3.072 prestazioni suddivise come rappresentato nel grafico sottostante. Lo Spazio Giovani ha attivo un punto di accesso/accoglienza per tutti i Servizi Aziendali rivolti a questa fascia d'età: operatori, opportunamente formati, fatta una prima valutazione forniscono informazioni, orientano e, quando necessario, inviano/accompagnano l'utente al professionista o al Servizio Aziendale competente. Questo agevola, semplificandolo, l'accesso dell'utenza giovanile ai servizi dedicati. Gli interventi di promozione al benessere, in collaborazione con le istituzioni scolastiche o in ambito extrascolastico, hanno avuto particolare attenzione ai temi dell'interculturalità, affettività; hanno coinvolto 4573 ragazzi.

FIGURA 34 ATTIVITÀ SPAZIO GIOVANI



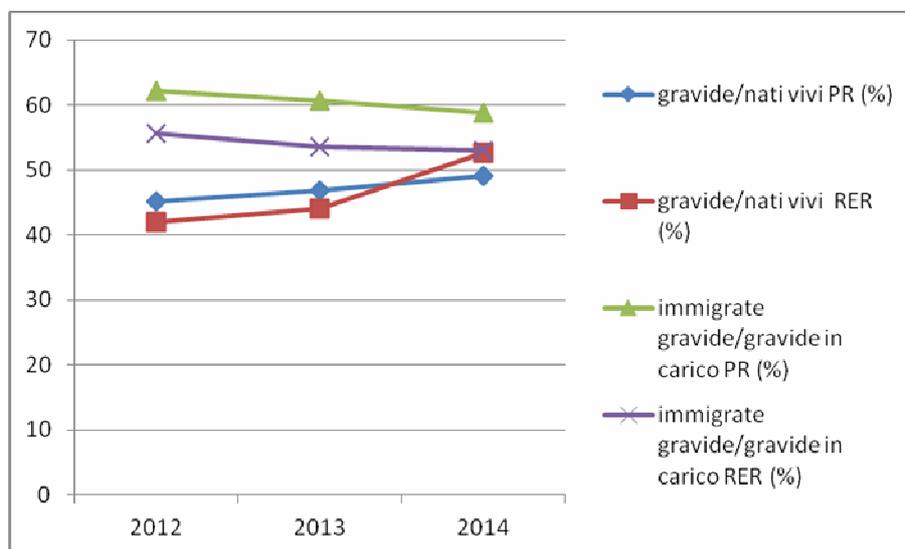
- Spazio Salute Immigrate

Nel Consultorio Familiare Lubiana Spazio Donne Immigrate è attivo uno spazio di libero accesso per garantire una risposta tempestiva ed un servizio di orientamento ai servizi territoriali, con disponibilità della mediazione linguistico-culturale : sono state erogate 2485 prestazioni (9 % in più rispetto al 2013). Le gravidanze prese in carico sono state 149 (dato stabile rispetto al 2013). Le utenti con richiesta di IVG sono state 75.

- Percorso nascita

Nell'anno 2014 è proseguita la linea d'intervento adottata negli anni precedenti (in adempimento ai DGR 533/08, DGR 1097/2011, DGR 1704/2012, DGR 1377/2013) , tesa a favorire una adeguata assistenza alla gravidanza con adozione sistematica del sistema di classificazione delle gravidanze in carico, consolidando il rapporto con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con i Pediatri di Libera Scelta e con le Associazioni di volontariato, garantendo continuità assistenziale alla gravida e alla puerpera. Nel 2014 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1889 (gravide in carico su nati vivi è pari a 49,1%), di cui 1112 donne straniere (58,9%del totale), confermando l'impegno nella promozione di una genitorialità consapevole. La percentuale di donne in gravidanza appartenenti ad altre culture oscilla a livello distrettuale dai 41,1% della Val di Taro ai 61,1 di Fidenza. Si è registrato un piccolo aumento delle gravidanze rispetto al 2013. Confrontando i dati di Parma con quelli della RER, viene confermato il trend in aumento per le gravidanze totali/nati vivi seguite nei consultori e il trend in calo per le donne gravide immigrate, mantenendo comunque una percentuale nel 2014 più alta rispetto alla media regionale.

FIGURA 35 PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE SU NATI VIVI



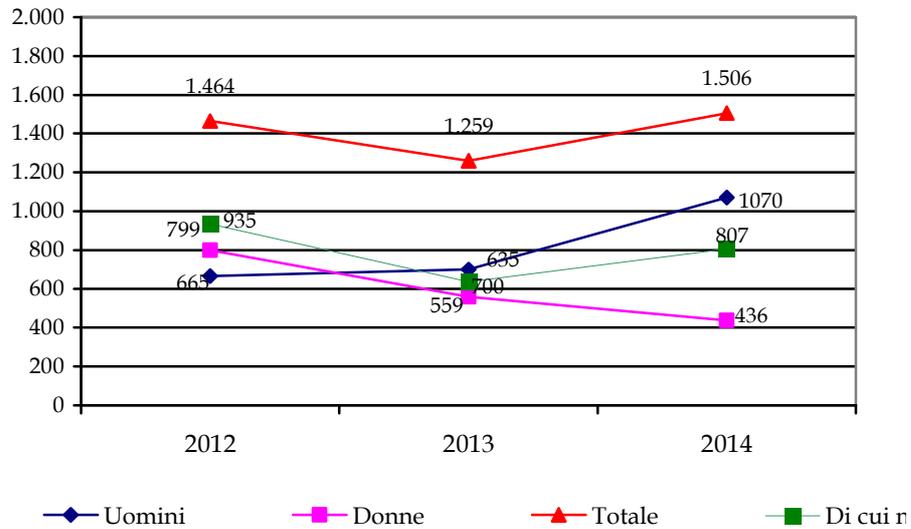
Sono state garantite a tutte le gravide le ecografie ostetriche del I, II e III trimestre, con offerta attiva del test combinato. I corsi di preparazione alla nascita, sono stati 121 in tutta l'Azienda. E' proseguito il progetto interaziendale "Parto a domicilio", primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna con un totale di 31 gravide che hanno aderito al progetto, di cui 3 sono state trasferite per il parto in regime di ricovero e 12 sono uscite dal protocollo per problematiche della gravidanza. Il progetto **Dimissione Appropriata della madre e del neonato sano** ha contribuito al miglioramento dell'attività assistenziale garantendo ad un alto numero di neo-mamme l'assistenza da parte dell'ostetrica e del Pediatra di Libera scelta (61,6% puerpere/nati vivi residenti).

Spazio immigrati

Il contesto

La popolazione straniera della nostra provincia aumenta, ad un ritmo inferiore, però, rispetto agli anni precedenti: al 1° gennaio 2013 contiamo **60.550 residenti**, con una crescita rispetto all'anno scorso di 2.317 unità, **+4,0%**, l'aumento più basso di sempre. Negli ultimi 4 anni il flusso di immigrati ha **notevolmente rallentato** rispetto agli aumenti con percentuali a due cifre che abbiamo registrato per oltre un decennio. La popolazione straniera è aumentata nell'ultimo anno in **29 comuni sui 47** della nostra provincia; nell'anno precedente era cresciuta in 39. Dei 18 comuni in cui gli stranieri calano, 10 fanno parte della **montagna o dell'alta collina**. Per contro, al vertice della graduatoria delle variazioni degli stranieri troviamo tre comuni montani e uno dell'alta collina: **Albareto** con **+19,2%**, **Bore** con **+17,1%**, **Berceto** con **+13,1%** e **Pellegrino Parmense** con **+15,8%**. In questi casi bisogna però tener conto che il valore assoluto della crescita è piuttosto modesto. I comuni di **Calestano, Langhirano, Colorno e Fornovo**, invece, sono quelli in cui la percentuale di stranieri rispetto alla popolazione totale è più alta, maggiore o uguale al **17,7%**. Sempre per ciò che concerne il rapporto stranieri/popolazione residente, il **Distretto Socio-Sanitario di Parma** si conferma anche quest'anno al 1° posto (**15,3%**), seguito da quello di Fidenza (**12,9%**), Sud-Est (**11,7%**) e Valli Taro e Ceno (**9,8%**). Tornando all'analisi del dato provinciale, vi è da sottolineare che continua la crescita della **presenza femminile**, che ha ormai raggiunto il **51,7%** nel 1999 le donne rappresentavano solo il **42,5%** del totale della popolazione straniera. Questo fenomeno, che spesso coinvolge donne di alcune specifiche nazionalità (probabilmente collegabile alle esigenze di assistenza di una popolazione con numerosi anziani), riguarda anche significativi processi di **ricongiungimento e stabilizzazione familiare**. Il distretto che presenta la percentuale di femminilizzazione maggiore (**52,8%**) è quello delle **Valli Taro e Ceno**. A questi vanno aggiunti i non residenti ed i soggetti non iscrivibili ai SSN. (Fonte www.statistica.parma.it - per una visione completa sulla distribuzione sul territorio della popolazione immigrata si rimanda alla Sezione 1 "Contesto di Riferimento" - schede distrettuali riassuntive). Rispetto all'anno 2013, vi è stato un incremento dell'utenza legato prevalentemente all'arrivo di profugo con "Mare Nostrum", dall'osservazione del grafico sottostante si evince che, l'aumento ha interessato prevalentemente l'utenza maschile e la nuova utenza mentre quella femminile è in calo anche se di poche unità.

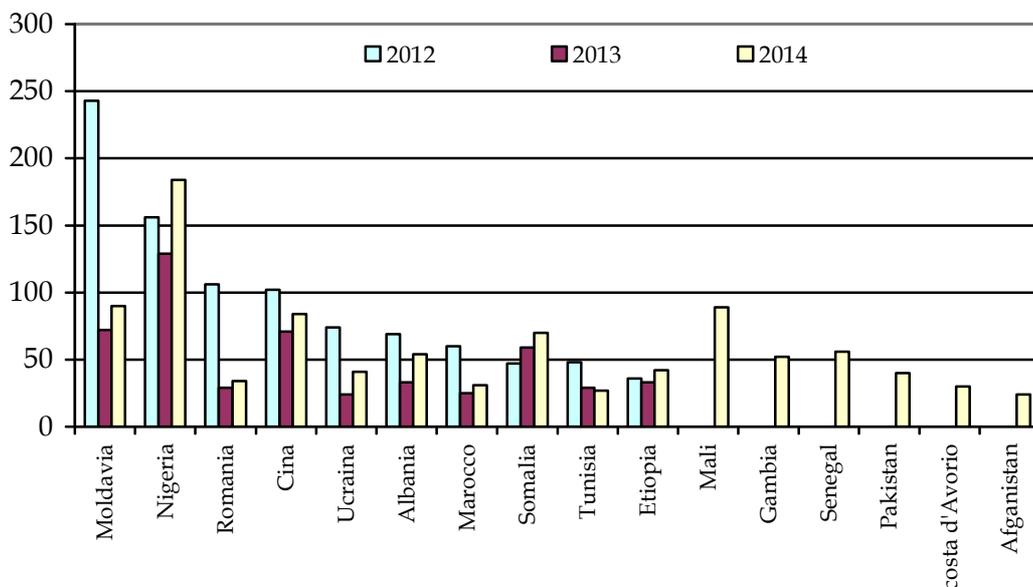
FIGURA 36 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA 2012/14



I soggetti in carico per nazionalità

Considerando i dieci gruppi di nazionalità maggiormente rappresentati, continuano ad essere numericamente rappresentativi i cittadini Moldavi, Nigeriani e Cinesi; stazionari, risultano gli utenti Ucraini, Albanesi, Marocchini e Tunisini; si intravede un aumento di utenti della Somalia, Etiopia, Mali, Gambia, Senegal, Pakistan, Afganistan e ciò riflette l'utenza di Mare Nostrum.

FIGURA 37 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ 2012/14



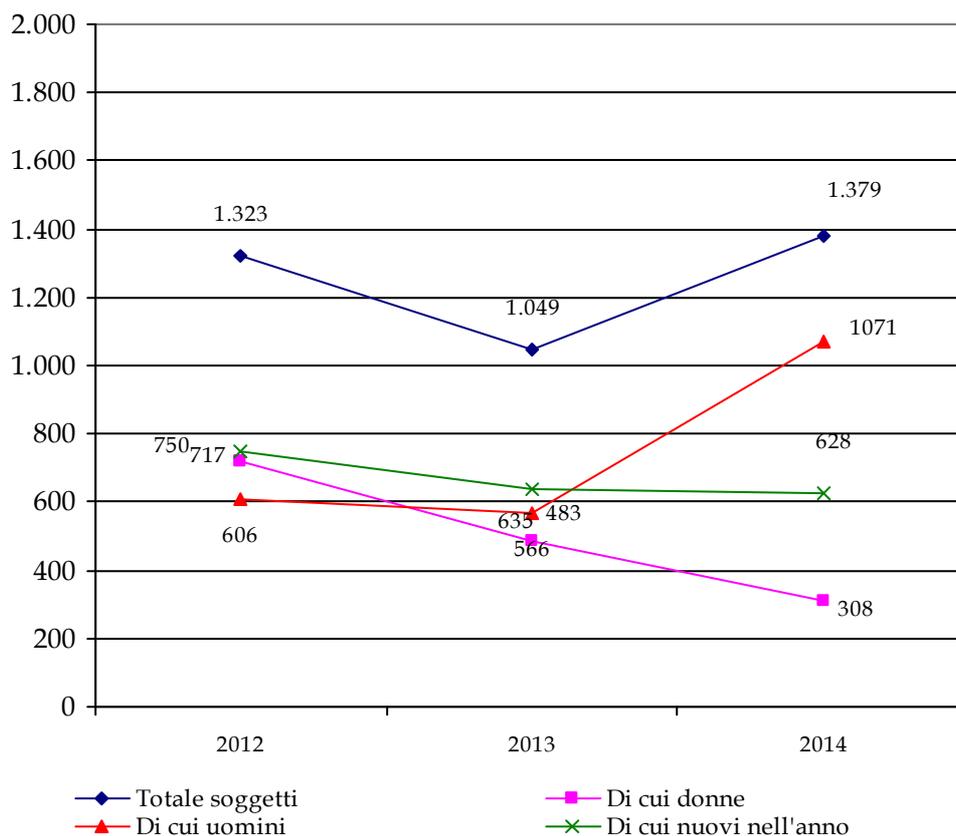
I soggetti in carico e le prestazioni nelle aree di attività

L'area di Medicina generale evidenzia un incremento di utenza rispetto all'anno precedente; questo aumento è più evidente nell'utenza maschile ed è legato principalmente all'arrivo di profugo con l'operazione "Mare Nostrum". Continua l'aumento degli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (accoglienza, orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria per la gestione della terapia, somministrazione della terapia, medicazioni complesse, intradermoreazione secondo mantoux ecc...). Dal 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 2014, l'ambulatorio infermieristico ha erogato più di 3.612 prestazioni.

FIGURA 38 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE 2012/14



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 2013, l'area pediatrica è l'unica area che ha evidenziato un calo complessivo dell'utenza in carico sia come utenti totali che come nuovi utenti. Questo calo, per quanto riguarda i bambini sotto i 14 anni è legato all'applicazione, dal marzo 2014, del DGR 2099/2013, che permette ai figli di genitori non regolarmente soggiornanti, l'iscrizione al SSN e quindi la scelta del PLS. Una parte importante dell'utenza osservata presso lo Spazio Salute Immigrati è costituita da adolescenti di età tra i 14 e 16 anni e sembra sia legato a fenomeni di ricongiungimento familiari e il fenomeno di minori stranieri non accompagnati, ospiti in varie comunità della provincia. 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 ammissioni in collettività o controllo e continuità terapia dopo dimissione dall'ospedale.

FIGURA 39 SOGGETTI IN CARICO NELL'AREA PEDIATRICA 2012/14

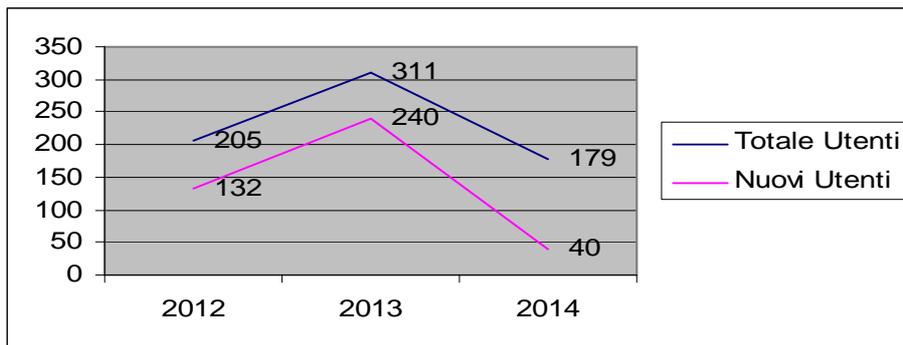
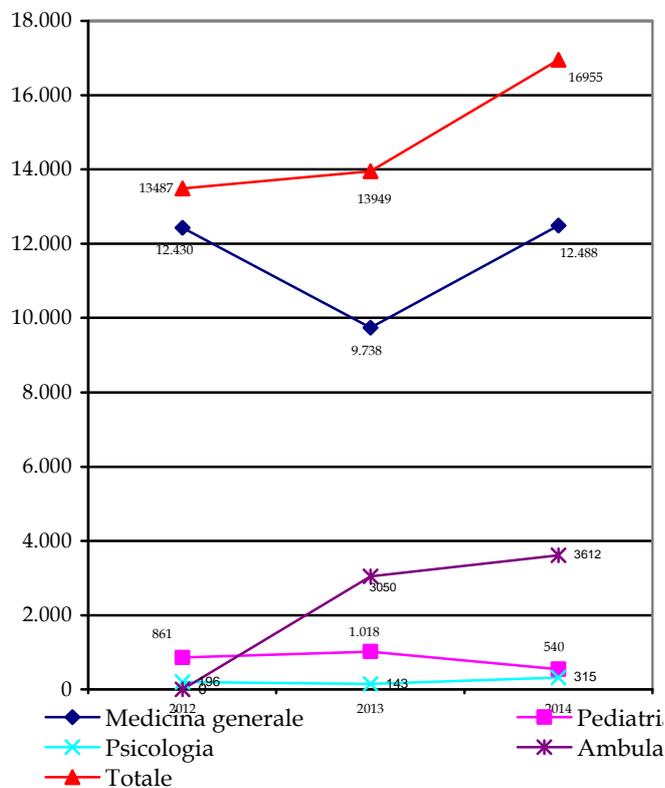


FIGURA 40 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ 2012/14

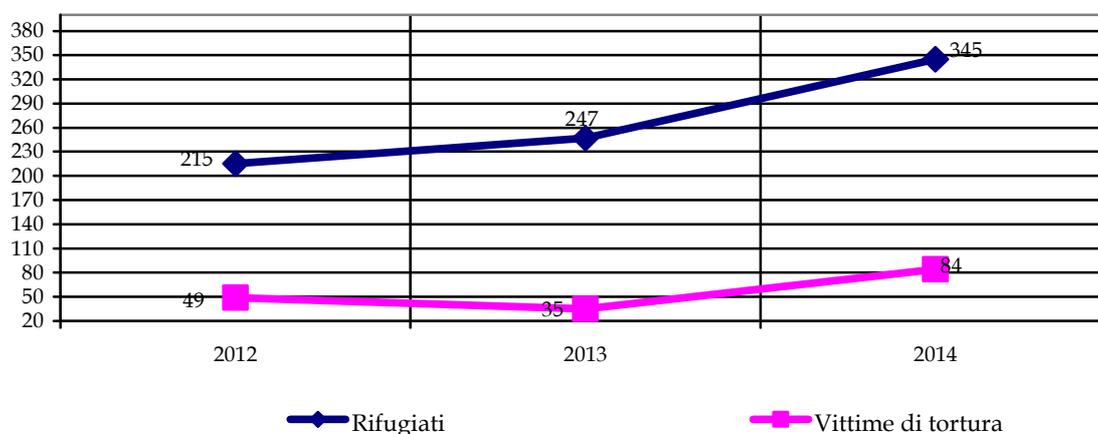


Rispetto all'anno precedente, l'incremento delle prestazioni è in linea con l'aumento dell'utenza totale e l'aggiunta delle prestazioni solo infermieristiche, ed è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza infermieristica, al massiccio arrivo di profugo con l'operazione "Mare Nostrum" ed in parte al ritorno di numerosi ex pazienti in irregolarità per aver perso il lavoro e quindi la possibilità del rinnovo del permesso di Soggiorno e con esso l'iscrizione al SSN. 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) e patologie traumatiche (specialmente da infortuni sul lavoro).

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. Nel 2014, sono stati discussi 90 casi di rifugiati con vulnerabilità psichica e/o da tortura (in parte già seguiti dallo Spazio Immigrati ed in parti giunti all'ambulatorio da altre province dell'Emilia Romagna) durante i 19 incontri multidisciplinari svolti. Come se evince dal grafico, presso lo spazio salute immigrati, sono stati osservati 345 nuovi rifugiati di cui 84 vittime di violenza estrema.

FIGURA 41 SOGGETTI ADULTI RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PR 2012/14



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 (nel 2014 sono stati visti 36 pazienti). 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 2014 sono stati rilasciati 46 Certificazioni per esenzione di test linguistici (per patologie o per età). E' proseguita la presa in carico di soggetti stranieri in condizione di detenzione domiciliare o beneficiari di misure alternative al carcere. Nell'anno 2014 sono stati seguiti 52 soggetti (erano 46 nel 2013), 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 sorve-

glianza, 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 42 SPDC TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. ANNI 2007/14



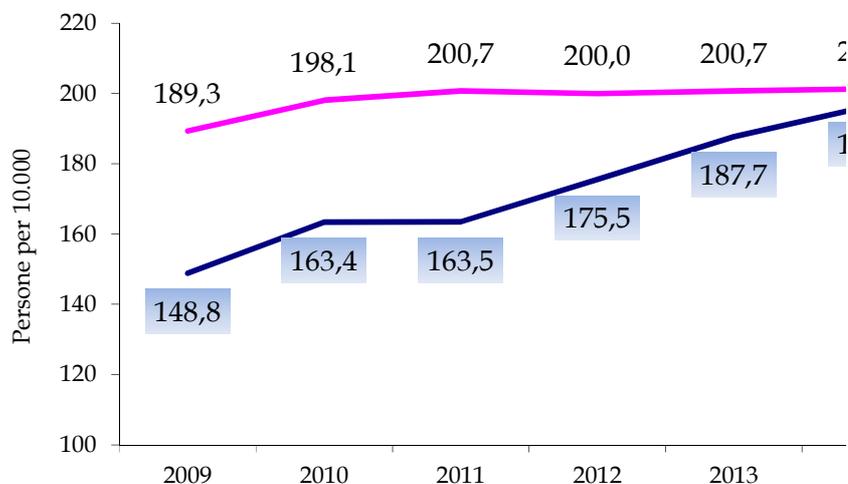
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conferma un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno spostamento rispetto al dato medio regionale. Dopo un periodo di significativa riduzione, si è verificata una sostanziale stabilizzazione che si associa ad un incremento significativo delle consulenze in Pronto Soccorso ed in ambito Ospedaliero, ormai da tre anni stabili sopra le 1.700 erogazioni. Per quanto attiene l'SPDC, si registra nel 2014 un indice di occupazione inferiore al 100% (86%) e la conferma il mantenimento di una degenza media della durata di 8 giorni.

FIGURA 43 TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE 2007/13



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata a 10.000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2014 mostrano un incremento, pur trattandosi di numeri assoluti piuttosto modesti e non allarmanti dal punto di vista della gestione clinica e organizzativa.

FIGURA 44 CENTRI SALUTE MENTALE PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI 2006/14



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2014 ha trattato 7.351 persone residenti con una percentuale di 196.5 per 10.000 abitanti, lievemente al di sotto della media regionale (riferito alla popolazione target che, in provincia di Parma è di 374.130). A questi Pazienti occorre conteggiare 315 pazienti residenti fuori provincia che hanno avuto un accesso o un trattamento presso le nostre Strutture 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 53 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2010	Utenti 2011	Utenti 2012	Utenti 2013	Utenti 2014
Distretto Parma	2.648	2.774	3.047	3.399	3.454
Distretto Fidenza	1.414	1.468	1.525	1.626	1.685
Distretto Sud Est	1.162	1.097	1.258	1.205	1.283
Distretto VTC	797	777	772	852	929
Extradistrettuali	255	243	280	298	315
TOTALE	6.737	6.869	6.882	7.380	7.666

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 aggiungono le consulenze che la Clinica Psichiatrica a Direzione Universitaria offre ai reparti dell'Azienda Ospedaliera, consulenze che, dopo l'impennata dello scorso anno, principalmente dovuta ad invii impropri e a seguito di attività di miglioramento, passano da 1.759 a 1.566 nel 2014

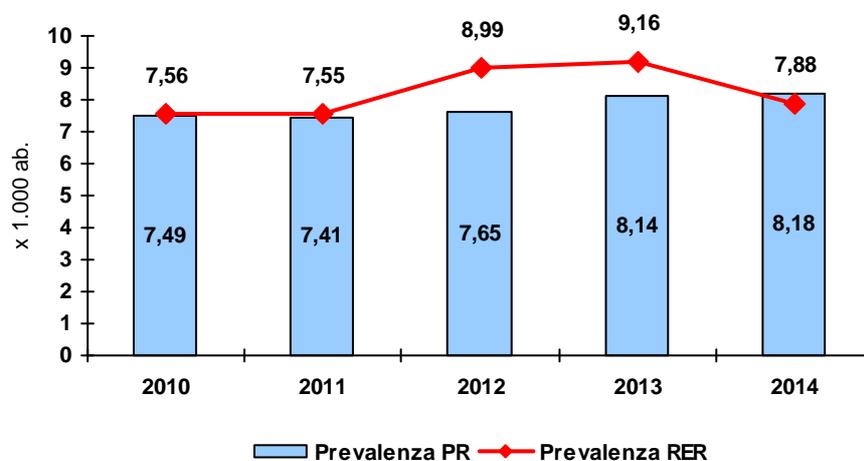
TABELLA 54 DETTAGLIO CASI NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Distretto	Consulenze	Prese in carico condivise
Parma	958	290
Fidenza	499	167
Sud Est	353	172
Valli TC	240	91
Totale	2.050	720

Dipendenze Patologiche

Nel corso del 2014 i Ser.T. di Parma e provincia non hanno registrato, complessivamente, variazioni significative nei tassi di prevalenza dell'utenza che ha avuto accesso ai Servizi, rivelando una certa stabilità dei fenomeni qui descritti. Si rileva tuttavia che dopo alcuni anni in cui il dato locale si attestava leggermente di sotto a quello regionale i tassi di prevalenza dell'AUSL di Parma (considerando tutte le aree problematiche) nel 2014 mostrano valori leggermente più alti rispetto al dato regionale (8,18 VS. 7,88 per mille abitanti).

FIGURA 45 DIPENDENZE PATOLOGICHE: TASSO DI PREVALENZA STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO PER 1.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI ANNI 2010/14*



Fonte: Osservatorio regionale sulle dipendenze - Regione Emilia Romagna-Flusso SIDER

* Il conteggio dell'utenza comprende l'utenza totale (aree Droghe e/o farmaci, Alcol e Gioco), che ha ricevuto una prestazione nell'anno

Dalla distribuzione dell'utenza in carico ai quattro Distretti emerge che il 65,7% 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" (7,5%).

TABELLA 55 UTENTI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO - ANNO 2014

Distretto socio sanitario	nuovi		già conosciuti		totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	83	65,9	700	65,7	783	65,6
Fidenza	21	16,7	166	15,6	187	15,7
Valli TC	14	11,1	75	7,0	89	7,5
Sud Est	8	6,3	125	11,7	133	11,2
Totale	126	100	1.066	100	1.192	100

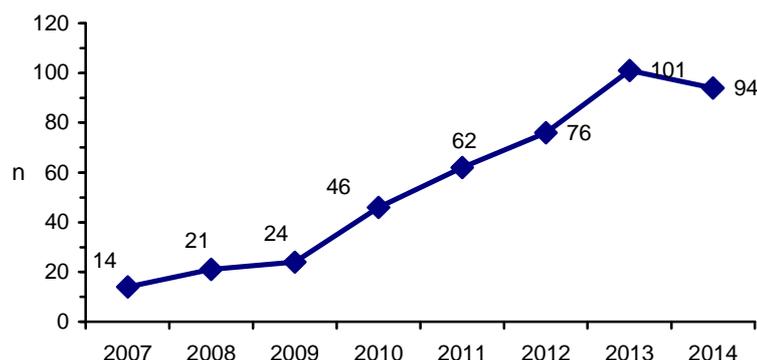
Per quanto riguarda l'utenza in carico ai servizi nell'area problematica "Alcol", le differenze distrettuali mostrano un più alto numero di utenti che si rivolgono al Ser.T. capoluogo di provincia (55,8%), dotato di una équipe dedicata, e una distribuzione pressoché simile nei Distretti di Fidenza e 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 56 UTENTI ALCOLDIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO - ANNO 2014

Distretto socio sanitario	nuovi		già conosciuti		totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	50	45,5	233	58,7	283	55,8
Fidenza	28	25,5	66	16,6	94	18,5
Valli TC	22	20,0	57	14,4	79	15,6
Sud Est	10	9,1	41	10,3	51	10,1
Totale	110	100	398	100	507	100

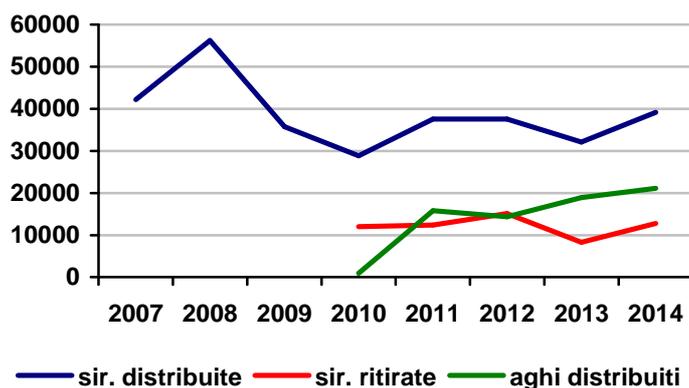
Si conferma all'interno dei servizi per le dipendenze l'emergere di una "nuova" tipologia di utenza che arriva ai servizi per problematiche legate al gioco d'azzardo (gioco d'azzardo patologico, GAP). Rispetto alle altre tipologie (alcol e droghe) il numero di utenti in trattamento resta ancora esiguo, nel 2014 rappresenta il 5% dell'utenza in carico ai servizi per le dipendenze. Dopo anni di crescita del numero di utenti dell'area GAP, nel 2014 si arresta il *trend* di crescita dei soggetti presi in carico (94 nel 2014 vs. 101 nel 2013). 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 46 UTENTI IN CARICO PER GIOCO D'AZZARDO 2007/14



Nell'ambito degli interventi di riduzione del danno uno dei comportamenti a rischio più monitorati è l'uso iniettivo dei consumatori attivi. Sono quindi proseguite le attività di supporto e distribuzione di materiale a favore degli utenti. Nel 2014 si osserva un aumento delle siringhe e degli aghi distribuiti (nel 2014 erogate 39.200 siringhe sterili vs. 32.110 nel 2013), ma anche un aumento delle siringhe usate ritirate e raccolte, a beneficio della collettività e dei consumatori stessi che si sensibilizzano rispetto al proprio comportamento (12.757 siringhe ritirate nel 2014 vs. 8.352 nel 2013).

FIGURA 47 MATERIALE STERILE DISTRIBUITO E RITIRATO 2007/14



La tutela della salute negli Istituti Penitenziari

*Il Nucleo Assistenza e Riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti (NART)**

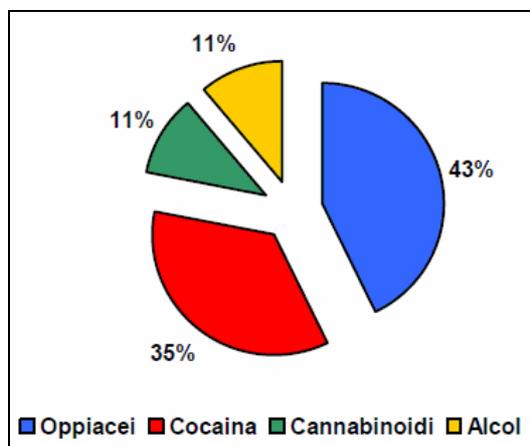
Il NART è un'équipe multidisciplinare che opera all'interno degli Istituti di Pena di Parma, il quale conta circa 600 detenuti. Il NART svolge attività di osservazione e diagnosi, presa in carico (a seguito di certificazione di alcol o tossicodipendenza) del paziente con problematiche di dipendenza e, in accordo con i Ser.T di residenza dell'utente, individua il percorso terapeutico che può essere svolto all'interno del carcere e sul territorio. Nell'analisi dei dati si è mantenuta la distinzione adottata nei precedenti report di trattare i dati di questo Servizio a parte, scorporandoli da quelli dei soggetti che si trovano in condizione di libertà. Se un utente è stato in carico al NART e a un Ser.T territoriale. Nell'anno 2014 i pazienti in carico all'équipe NART sono stati 227, dei quali 202 per "Droghe e/o farmaci" e 25 per "Alcool"; sul totale dei pazienti in carico 101 erano nuovi utenti. Il basso numero di alcolisti in carico è in linea con gli anni precedenti e appare in parte spiegabile con la frequente omissione della dichiarazione all'ingresso di dipendenza da alcol da parte dei detenuti, probabilmente dovuta ad una differente percezione dell'alcolismo come patologia; esistono altresì problematiche tecniche inerenti le modalità di certificazione di alcoldipendenza.

TABELLA 57 CITTADINANZA DEGLI UTENTI IN CARICO AL NART ANNI 2012/14

Anno	Cittadinanza	Tipologia utente		Totale	%
		Alcol	Droghe		
2012	Italiana	10	143	153	66
	Straniera	10	68	78	34
	Totale	20	211	231	100
2013	Italiana	9	124	133	60
	Stranie	9	78	87	40
	Totale	18	202	220	100
2014	Italiana	12	118	130	57
	Straniera	13	84	97	43
	Totale	25	202	227	100

Analizzando i dati riguardanti la sostanza d'abuso primaria emerge che gli oppiacei rappresentano ancora le sostanze maggiormente riscontrate, riguardando il 43% degli utenti in carico, mentre la cocaina risulta la sostanza primaria per il 35% dei pazienti, dato nettamente più alto rispetto a quello dei servizi territoriali. Permane, come dato di criticità, la difficoltà ad individuare percorsi terapeutici specifici per pazienti con dipendenza comportamentale (*gambling*) che appaiono un fenomeno in crescita sia come dipendenza primaria che come co-dipendenza con l'utilizzo di sostanze ed alcool.

FIGURA 48 UTENTI NART PER SOSTANZA PRIMARIA ANNO 2014



* Fonte: Report di attività Daism - Dp 2014. A cura degli Uffici del Sistema Informativo e dell'Osservatorio sulle Dipendenze

Le prestazioni sanitarie

Nel corso dell'anno 2014 è proseguito l'impiego della cartella clinica regionale. La nuova cartella elettronica (Sistema Informativo Sanitario Penitenziario – SISP), che è operativa dal maggio 2013, è stata aggiornata e migliorata secondo le indicazioni regionali. E' proseguita l'attività 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); inoltre è proseguita anche la diagnostica Enzimi cardiaci, per monitoraggio interno del dolore toracico.

Per difficoltà tecniche non si è potuto procedere alla trasmissione dei tracciati ECG, con lettura e refertazione delle indagini di elettrocardiografia. Sono stati acquisiti, come da piano annuale, nuovi strumenti diagnostici (audio-impedenzometro) 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 Urologo, assente per motivi contrattuali. Non è invece disponibile lo Specialista Gastroenterologo, per gli stessi motivi.

Si è provveduto a dare continuità all'attività di Fisiokinesiterapia, con la assunzione di un tecnico della riabilitazione, per avvicendamento operatore. La attività di FKT ha risentito tuttavia della criticità di un aumentato fabbisogno, prodotto dal continuo arrivo di persone portatrici di gravi patologie di ambito ortopedico-neurologico-fisiatrico. permane la presenza di lunghe liste di attesa e la difficoltà di accesso a prestazioni di secondo livello.

Sono state assunte alcune figure professionali (Infermieri), che ha tuttavia provocato, per motivi contrattuali, un elevato turnover di fatto del personale presente. Permangono le difficoltà organizzative, indotte anche dalle tipologie contrattuali in essere.

Per le sopra riferite difficoltà non si è dato seguito all'auspicata attività di prenotazione di visite specialistiche e indagini diagnostiche complesse, in collaborazione con l'AOU e con il Nucleo Trasporti dell'Amministrazione Penitenziaria. Le prenotazioni rimangono in capo all'Amministrazione penitenziaria, con difficoltà di tipo organizzativo e di monitoraggio dei casi.

La Delibera aziendale 309/14, 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" ha avuto un tentativo di applicazione sperimentale e limitato. Si resta in attesa dell'attribuzione di adeguate risorse, al fine di dare completa operatività alla proposta ed adeguato impiego delle attrezzature acquisite. L'obiettivo perseguito è di appropriatezza, tempestività e continuità delle cure. La relativa sperimentazione è in corso con difficoltà (Settore II, Reparto 4 e Settore III).

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

- 1) formazione sull'impiego del Sistema Informativo SISP, per personale Medico;
- 2) corso di Formazione "Gestire le relazioni in carcere";
- 3) corso di formazione "La salute mentale: criticità della presa in carico in carcere;
- 4) corso di formazione "Corretta tenuta della documentazione clinica e salute nelle carceri"

L'integrazione socio sanitaria

A completamento dell'offerta riferita alle competenze del SSN e direttamente integrate con esso, 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 disagio psichico (sostegno

psicologico individuale) 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. Si è proseguita la azione di interfaccia e collaborazione con l'area psicopedagogica dell'Amministrazione Penitenziaria e le istituzioni del territorio, pur in assenza di specifici auspicabili protocolli.

Assistenza Odontoiatrica

La Delibera Regionale 374 del 2008 ha modificato alcuni parametri che caratterizzavano specifiche condizioni di vulnerabilità, contestualmente sono state modificate le regole di inserimento dei dati nel flusso ASA, infatti è stato superato il monitoraggio attraverso la scheda ad hoc, sostituito da quello attraverso il flusso ASA (Circolare 2/2008). Consolidati ormai i criteri di accesso al Programma Odontoiatrico, nel 2014 l'obiettivo è stato quello di una corretta rilevazione delle attività mediante il flusso ASA. Altro obiettivo prioritario è l'attenzione ad uniformare le attività nei vari Distretti secondo quanto previsto dalle indicazioni Aziendali e di Area Vasta, monitorato attraverso incontri con i referenti individuati nei Distretti.

La strutturazione dell'offerta, suddivisa tra le branche di conservativa, protesica e ortodonzia, costantemente monitorata, con rimodulazione in base alle esigenze, a vantaggio dell'attività per la quale è prevalente la richiesta (aumento ore di ortodonzia).

Per attuare la piena rispondenza della registrazione delle attività odontoiatriche in relazione alla circolare 9/2008 – Sistema Informativo Flusso ASA viene effettuata mensilmente, a cura delle articolazioni distrettuali, la verifica dei dati di attività inseriti nel flusso ASA e vengono corrette le eventuali anomalie evidenziate. Il documento "Linee guida per l'attività odontoiatrica-documento integrativo AUSL-AVEN" viene applicato presso tutte le sedi distrettuali monitorandone le modalità in occasione di incontri con i referenti distrettuali individuati.

In relazione all'attività ortodontia sono stati mantenuti i contratti in essere con le strutture private accreditate ed è proseguita l'attività degli ambulatori distrettuali dedicati all'attività ortodontia: prestazioni per attività ortodontica n. 314, n. 98 prime visite ortodontiche presso ambulatori USL, n. 342 manufatti ortodontici.

Il monitoraggio dei dati di attività rilevabili dal flusso ASA e da dati rilevati negli ambulatori e comunicati dai Distretti e dall'AOU (al primo semestre) evidenziano n. 18.635 prestazioni erogate presso le sedi territoriali e presso le sedi dell'AOU (n. 18.256 nel 2013).

Inoltre si evidenzia:

- aumento delle prestazioni di conservativa da 4.231 (anno 2013) a 4.871 (anno 2014)
- riduzione degli accessi dei vulnerabili sociali 4.508 (anno 2013) a 3.960 (anno 2014)
- manufatti protesici (mobili e fissi) erogati a carico dell'assistito n. 368
- manufatti (mobili e fissi) erogati a carico del Sistema Sanitario n. 532.

Si rimanda alla Sezione 3 di questo documento – Percorso comune con l'AOU di Parma dedicato all'Assistenza odontoiatrica per i dati relativi all'anno 2014, riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure (rif. tabella volumi di attività erogata nell'anno 2014. Fonte Banca dati ASA).

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 prote-

si 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

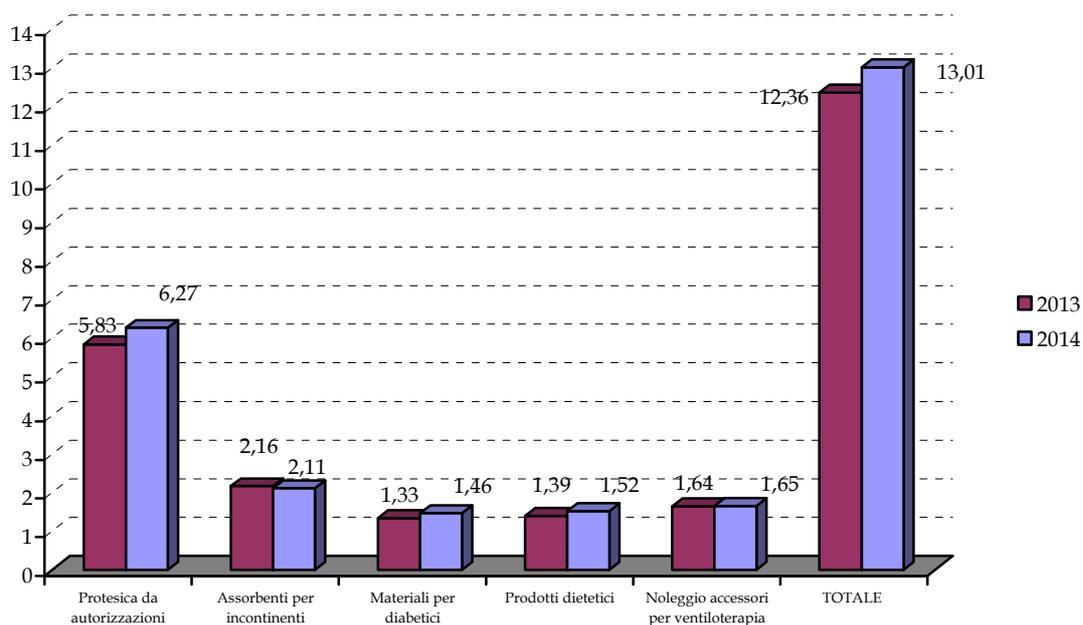
Come si può osservare dalla seguente tabella, tra l'anno 2014 e l'anno 2013 si registra un incremento della spesa complessiva aziendale per assistenza protesica e integrativa pari al + 5,46%, passando da 12.335.202 € a 13.008.895 €. La variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso all'interno delle macrovoci di spesa. Si registrano aumenti per *assistenza protesica* (+7,47%), *materiali per diabetici* (+6,81%) *prodotti dietetici* (+9,28%), *noleggio accessori per ventiloterapia* (+4,39%). Diminuiscono gli *assorbenti per incontinenza* (- 2,47%).

TABELLA 58 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA – ANNI 2013–2014

	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2013 %	Anno 2014 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	5.830.052	6.265.327	47,26	48,16	435.275	7,47
Assorbenti per incontinenti	2.164.679	2.111.307	17,55	16,23	-53.372	-2,47
Materiali per diabetici	1.370.469	1.463.815	11,11	11,25	93.346	6,81
Prodotti dietetici	1.390.563	1.519.675	11,27	11,68	129.112	9,28
Noleggio accessori per ventiloterapia	1.579.439	1.648.771	12,80	12,67	69.332	4,39
TOTALE	12.335.202	13.008.895	100,00	100,00	673.693	5,46

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede una concentrazione in tre principali categorie: la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 48,16%, gli *assorbenti per incontinenti* al 16,23%, il *noleggio accessori per ventiloterapia* al 12,67%.

FIGURA 49 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2013-2014



Suddividendo la spesa protesica e integrativa per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2013 e 2014 in una dimensione amministrativa/geografica.

TABELLA 59 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2013 E 2014 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2013 %	Anno 2014 %	Δ A	Δ %
Parma	6.194.708	6.545.987	50,22	50,32	351.279	5,67
Fidenza	2.487.802	2.611.004	20,17	20,07	123.202	4,95
Valli TC	1.323.124	1.373.399	10,73	10,56	50.275	3,80
Sud Est	2.086.044	2.118.091	16,91	16,28	32.047	1,54
Senza assegnazione	243.524	360.414	1,97	2,77	116.890	48,00
TOTALE	12.335.202	13.008.895	100,00	100,00	673.693	5,46

La crescita aziendale della spesa protesica e integrativa nel periodo qui considerato, rileva un incremento percentuale nei Distretti di Parma e Fidenza, controbilanciato dalle diminuzioni percentuali rilevate nei distretti di Valli e Sud-Est. Le composizioni percentuali di spesa per Distretto sono sostanzialmente stabili nei due anni presi in considerazione, con il Distretto di Parma che, conferma il suo peso superando il 50% della spesa complessiva.

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 che per il periodo considerato incrementa di € 116.890(+ 48%).

Assistenza farmaceutica

Nel 2014 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2013 raggiungendo la cifra di 49.602.881 € 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 2.262.566 €, pari ad una riduzione del 4,36%, mentre la Regione ha registrato un calo del 3,88 %. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD; il numero di ricette ha registrato un calo pari all' 1,09% rispetto al 2013. 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 3.154.352 €; questo anche grazie al potenziamento del programma aziendale ed alla campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori. Questo incremento è stato superiore rispetto alla riduzione osservata per la spesa convenzionata determinando così un aumento complessivo della spesa farmaceutica territoriale rispetto al 2013 (la spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci) dello 0,95%, mentre la regionale ha registrato un incremento dell' 1,17%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2014 un incremento del 2,9% rispetto al 2013, mentre quella regionale è aumentata dell' 1,73%.

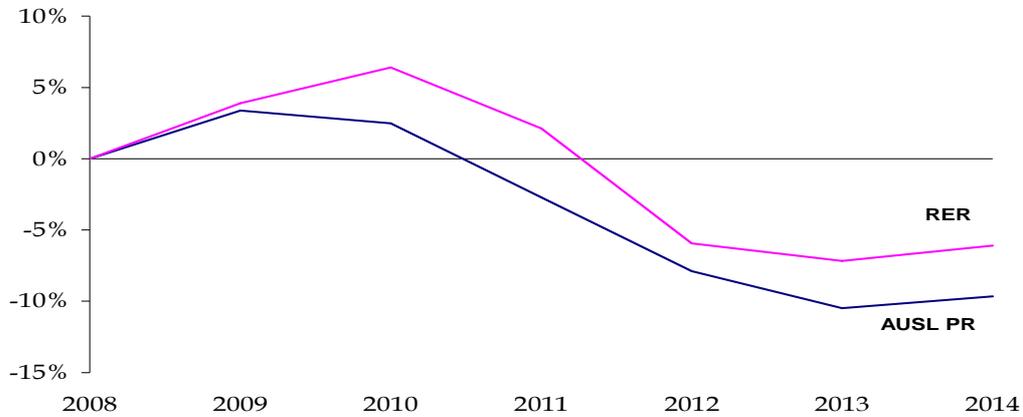
TABELLA 60 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa totale a favore dei cittadini
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
2014				
Parma	49.602.881	45.341.835	29.451.189	124.395.905
Regione	538.833.087	453.369.055	268.942.274	1.261.144.416

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 al 2014, sempre rispetto al dato del 2008, si assiste invece ad una inversione di tendenza dovuta ad una sostanziale riduzione delle spesa netta convenzionata, associata ad una marcata riduzione dei prezzi dei farmaci distribuiti direttamente.

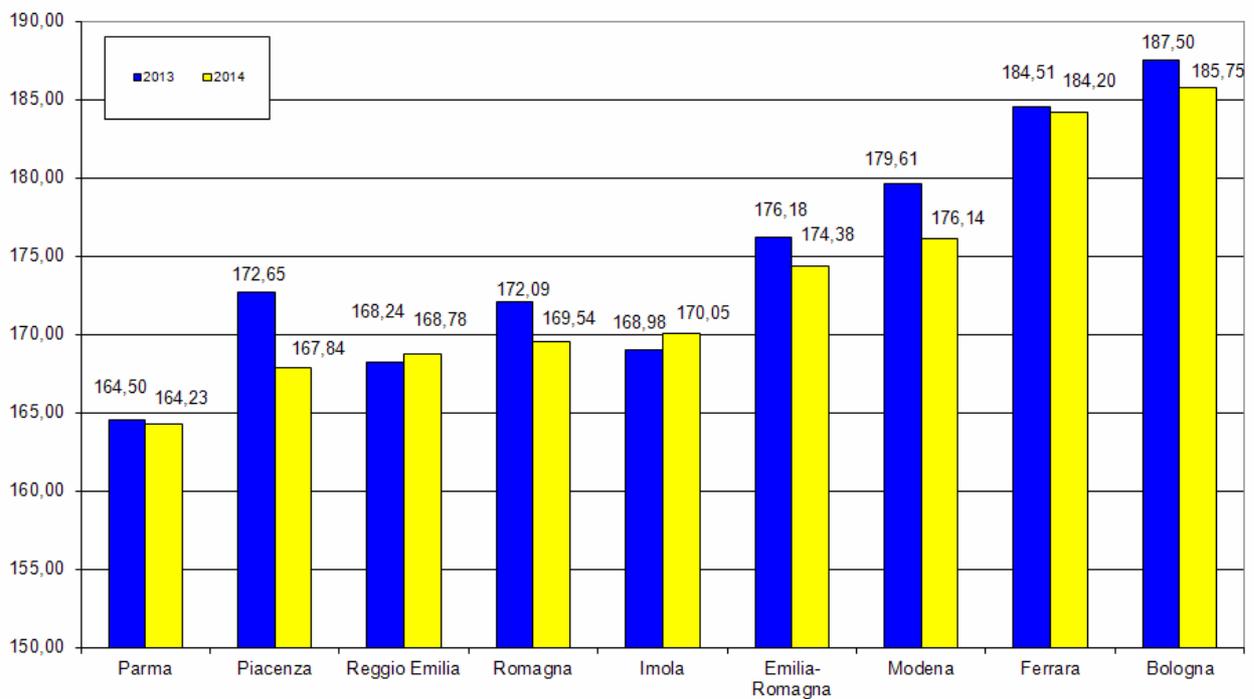
FIGURA 50 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2008-2014



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

La figura successiva riporta la spesa farmaceutica territoriale per assistito pesato del 2014, delle aree provinciali e della regione confrontata con quella del 2013.

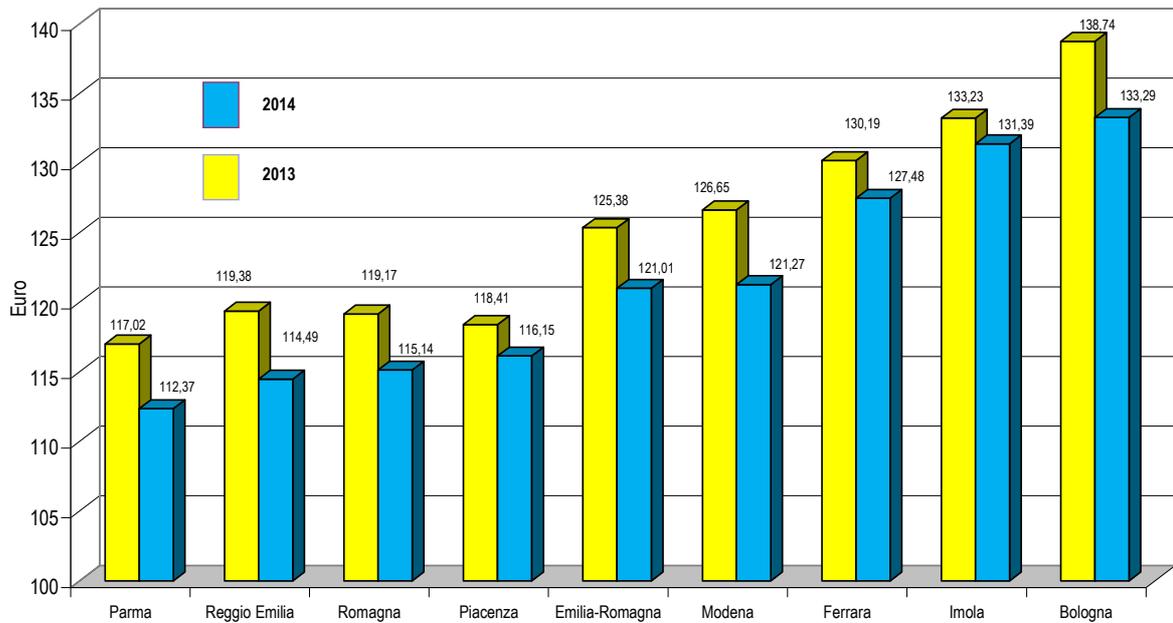
FIGURA 51 SPESA PRO CAPITE PESATA PER ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE – 2013-2014



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato, nel 2014 è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 112,37 €, con una riduzione di 4,65 € rispetto all' anno precedente. L'Azienda USL di Parma ha registrato la spesa procapite più bassa a livello regionale.

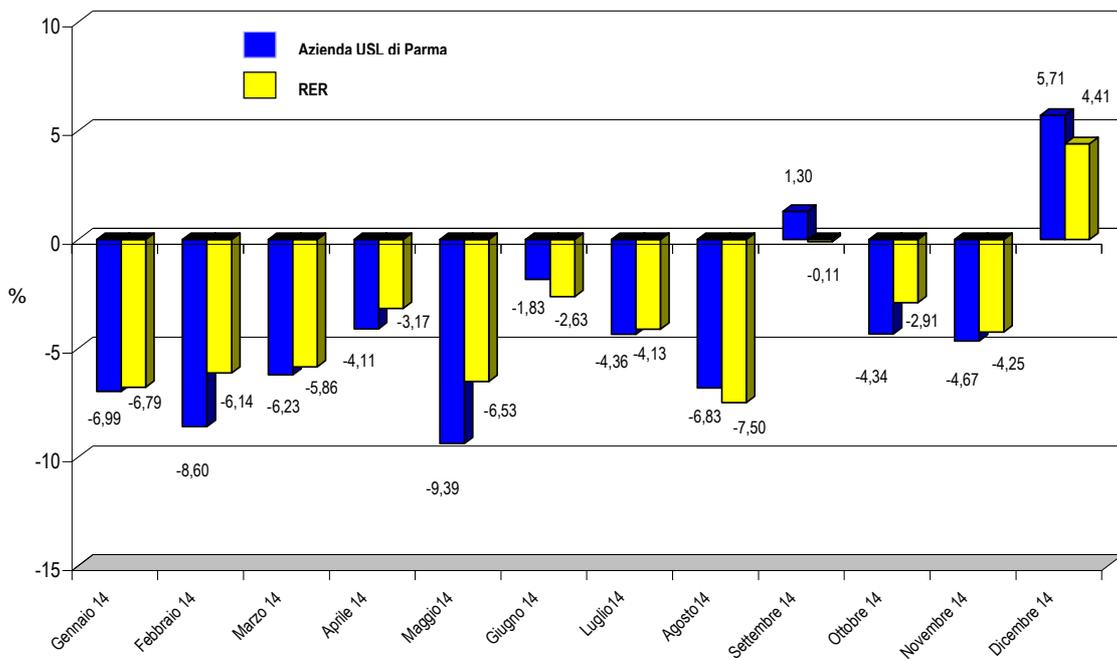
FIGURA 52 SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA NETTA PER ASSISTITO PESATO –2013–2014



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata mette in evidenza come nell'Azienda USL di Parma, nel corso del 2014, ad eccezione dei mesi di settembre e dicembre, si sia registrato un calo rispetto all'anno precedente,.

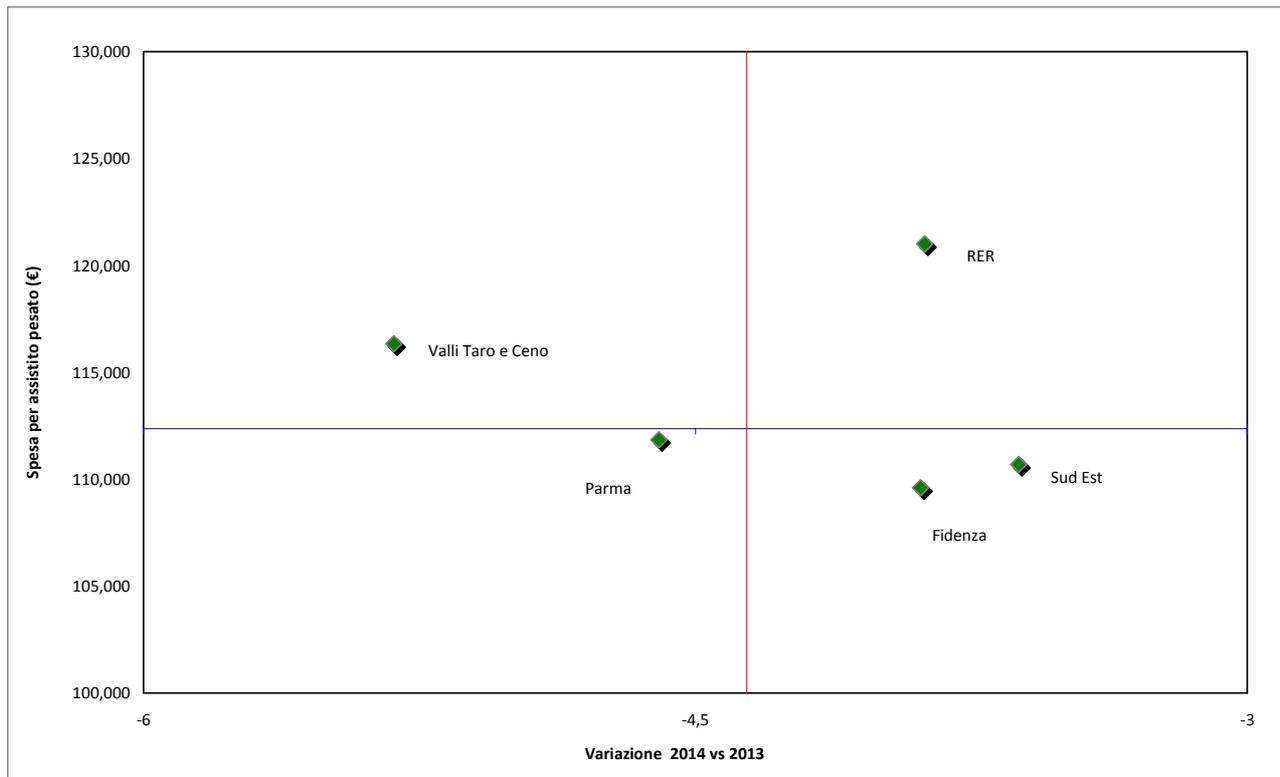
FIGURA 53 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE – ANNO 2013



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 2014 rispetto al 2013 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corrispondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -4,36% e ad una spesa per assistito di 112,37 €.

FIGURA 54 ASSISTENZA FARMACEUTICA ANNO 2014: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2013 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

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 5.600.000 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.

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 2012-14.

TABELLA 61 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2012–2014

		2012	2013	2014	Var. %
Distretto di erogazione	Tipologia	N	N	N	2014/ 2012
PARMA	Diagnostica	172.737	184.361	199.572	15,5
	Laboratorio	1.043.405	1.067.219	1.036.317	-0,7
	Riabilitazione	91.034	93.747	87.306	-4,1
	Terapeutiche	49.321	50.521	43.097	-12,6
	Visite	166.845	164.855	163.625	-1,9
	Totale	1.523.342	1.560.703	1.529.917	0,4
FIDENZA	Diagnostica	94.021	105.432	109.667	16,6
	Laboratorio	735.927	768.873	818.459	11,2
	Riabilitazione	41.907	48.615	46.728	11,5
	Terapeutiche	29.332	35.334	34.816	18,7
	Visite	80.740	91.818	80.340	-0,5
	Totale	981.927	1.050.072	1.090.010	11,0
VALTARO VALCENO	Diagnostica	34.213	36.552	39.995	16,9
	Laboratorio	384.041	379.966	384.084	0,0
	Riabilitazione	10.095	14.101	14.564	44,3
	Terapeutiche	26.375	27.533	20.552	-22,1
	Visite	39.920	43.277	39.995	0,2
	Totale	494.644	501.429	499.190	0,9
SUD EST	Diagnostica	58.630	61.972	69.315	18,2
	Laboratorio	398.501	411.327	428.323	7,5
	Riabilitazione	10.324	12.396	10.150	-1,7
	Terapeutiche	21.003	21.700	18.810	-10,4
	Visite	42.557	44.441	46.168	8,5
	Totale	531.015	551.836	572.766	7,9
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	240.179	253.366	247.691	3,1
	Laboratorio	1.281.909	1.270.719	1.320.723	3,0
	Riabilitazione	16.283	17.861	21.632	32,9
	Terapeutiche	91.758	100.978	108.504	18,3
	Visite	276.740	297.876	274.865	-0,7
	Totale	1.906.869	1.940.800	1.973.415	3,5
Totale provinciale AUSL e AOSP	Diagnostica	599.780	641.683	666.240	11,1
	Laboratorio	3.843.783	3.898.104	3.987.906	3,7
	Riabilitazione	169.643	186.720	180.380	6,3
	Terapeutiche	217.789	236.066	225.779	3,7
	Visite	606.802	642.267	606.440	-0,1
	Totale	5.437.797	5.604.840	5.666.745	4,2

Fonte: elaborazione interna

La produzione provinciale si attesta su un volume complessivo di circa 5.600.000 prestazioni. Nel trend 2012-14 si registra una diminuzione dell'attività di laboratorio ed un incremento significativo nell'ambito della diagnostica (+11,1%) 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).

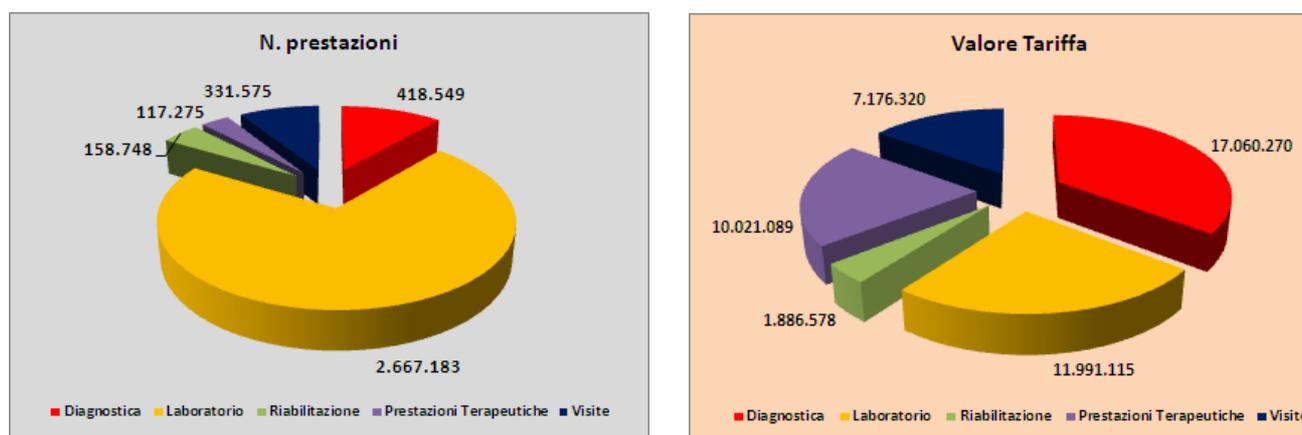
TABELLA 62 DETTAGLIO PRESTAZIONI EROGATE DALL'AZIENDA USL (COMPRESO PRIVATO) E VALORIZZAZIONE (TARIFFA)

	PRESTAZIONI		IMPORTI (€)	
	N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	418.549	11,3	17.060.270	35,4
Laboratorio	2.667.183	72,2	11.991.115	24,9
Riabilitazione	158.748	4,3	1.886.578	3,9
Prestazioni Terapeutiche	117.275	3,2	10.021.089	20,8
Visite	331.575	9,0	7.176.320	14,9
Totale AUSL e Privato Accreditato	3.693.330	100,0	48.135.371	100,0

Fonte: elaborazione interna

I volumi produttivi dell'Azienda Usl e del Privato accreditato (circa 3.700.000 prestazioni), contabilizzati attraverso la tariffa di riferimento, assumono un valore equivalente di oltre 48.000.000 di €.

FIGURA 55 RAFFRONTO TRA PRODUZIONE E VALORE DI RIFERIMENTO (TARIFFA) – AUSL E PRIVATO ACCREDITATO



Fonte: elaborazione interna

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

no 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 della rilevazione di ottobre 2014: i grafici sottostanti si riferiscono al valore medio dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice (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 rilevazioni per Visite, Diagnostica (alte tecnologie) e altra diagnostica mettono in luce una situazione altamente positiva che è sovrapponibile a quelle dei trimestri precedenti.

FIGURA 57 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – VISITE – ANNO 2013 (RILEVAZIONE OTTOBRE 2014)

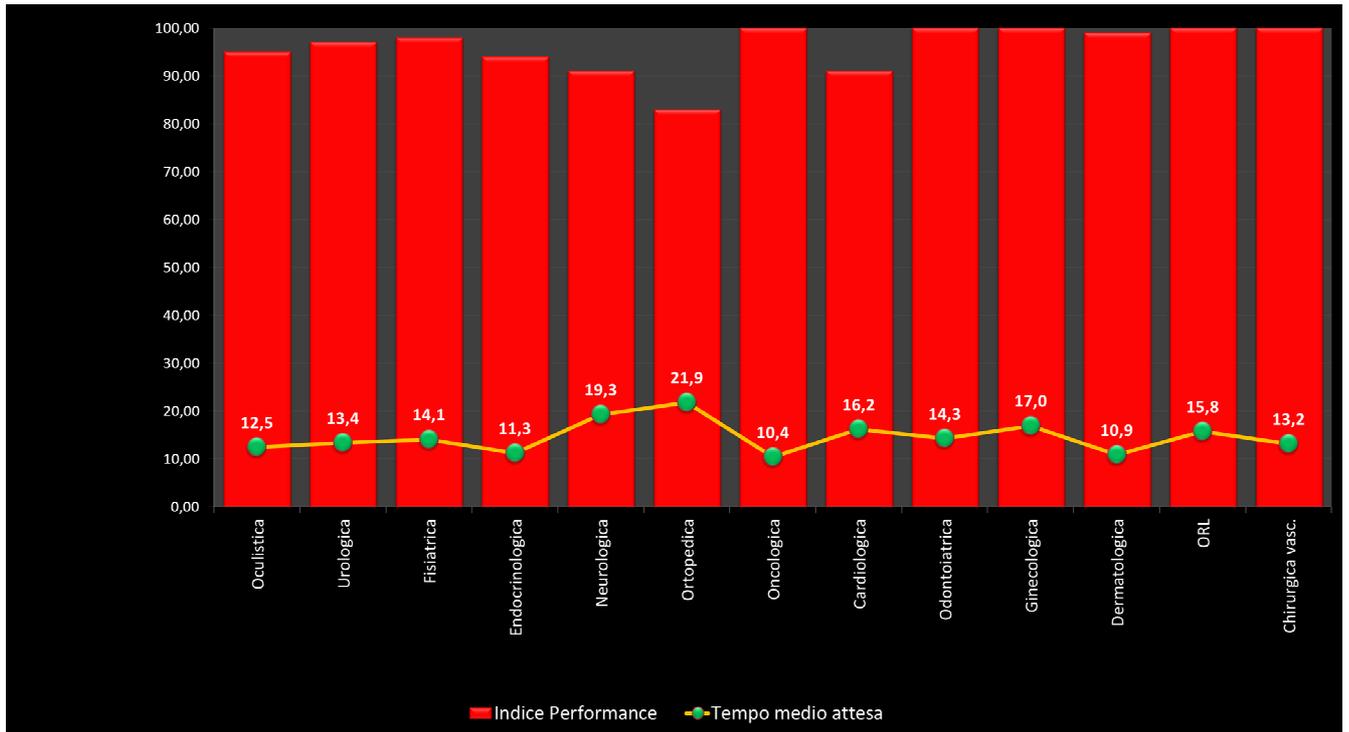


FIGURA 58 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – (RILEVAZIONE OTTOBRE 2014)

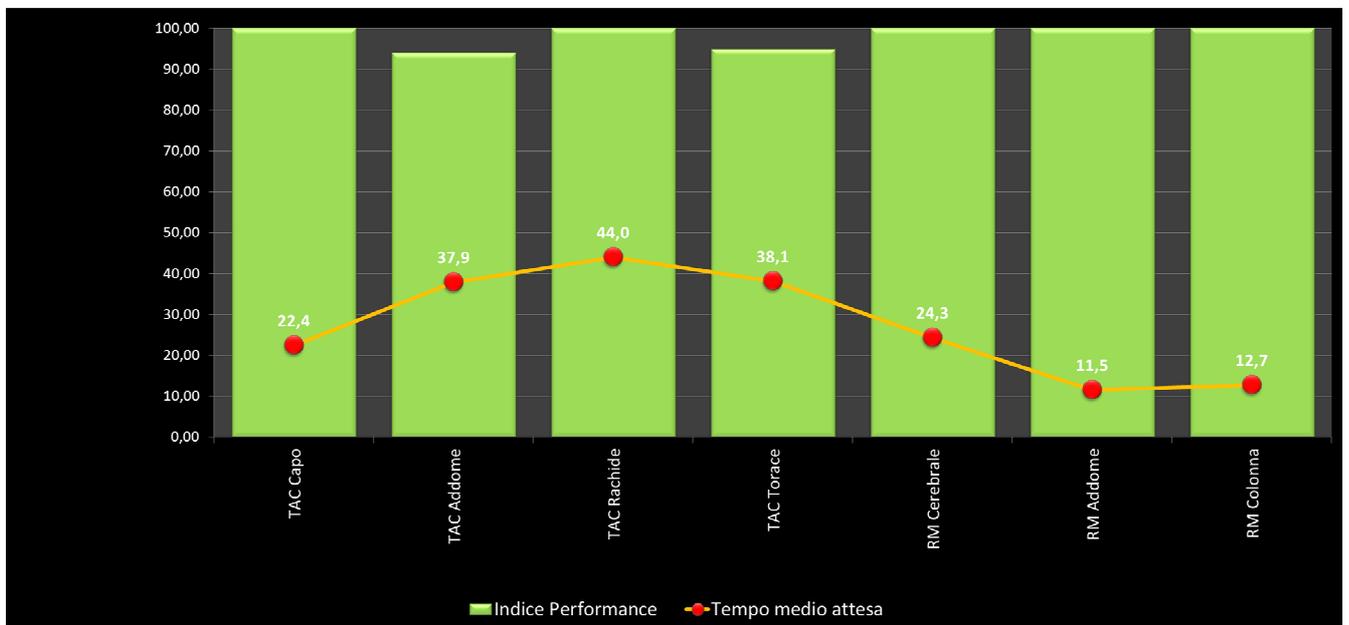
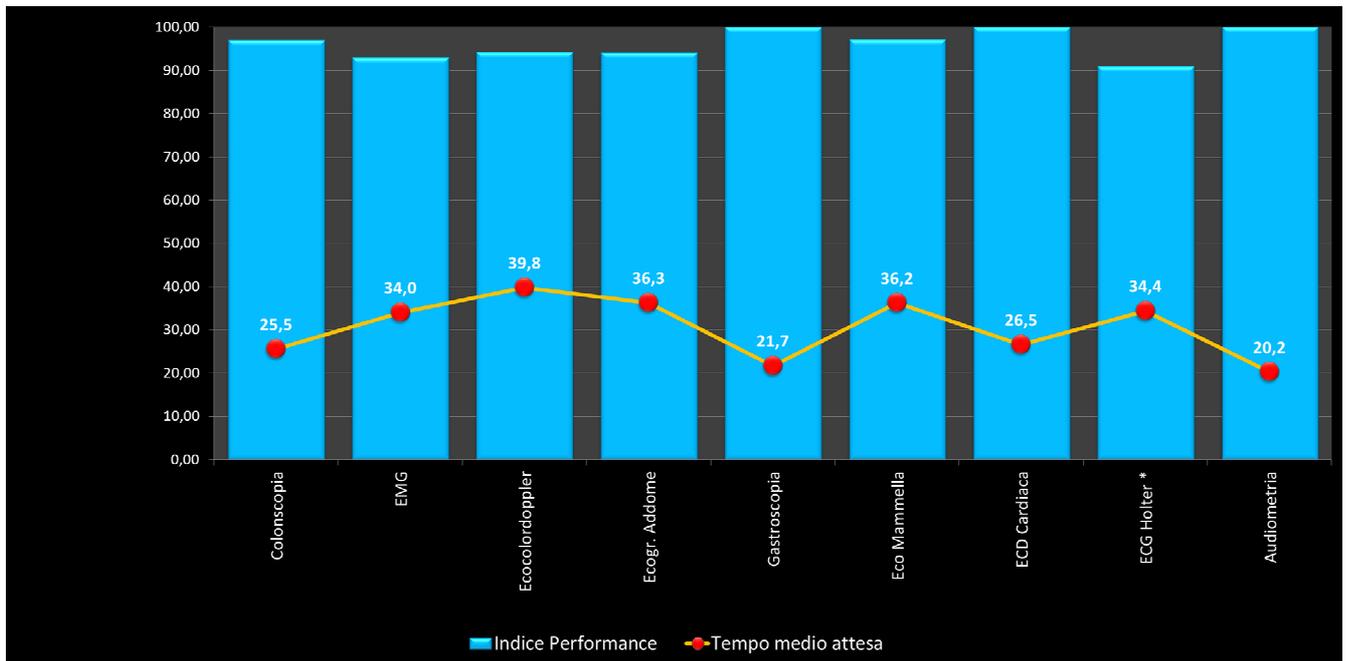


FIGURA 59 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA – (RILEVAZIONE OTTOBRE 2014)



Assistenza Ospedaliera

Azioni sull'offerta provinciale di posti letto

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma, nell'anno 2013, hanno continuato 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 2014, la rete ospedaliera provinciale è passata dai complessivi 2.236 posti letto accreditati del 2013, a 2.206 (meno 30, meno 1,3%), ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero - Universitaria (1.154); il Presidio Ospedaliero Aziendale (370), articolato nei due ospedali di Fidenza (254) e Borgotaro (116); le Case di Cura private accreditate (682; con l'aggiunta di 5 posti letto solo autorizzati, presso la Casa di Cura Villa Igea di Salsomaggiore Terme).

I posti letto a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma sono il 16,8% del totale, mentre il 52,3% dei posti letto provinciali è collocato all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria ed il 30,9% presso le Case di Cura private accreditate, che operano sulla base di accordi contrattuali di fornitura con il Servizio Sanitario regionale.

FIGURA 60 La rete delle strutture ospedaliere, PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE

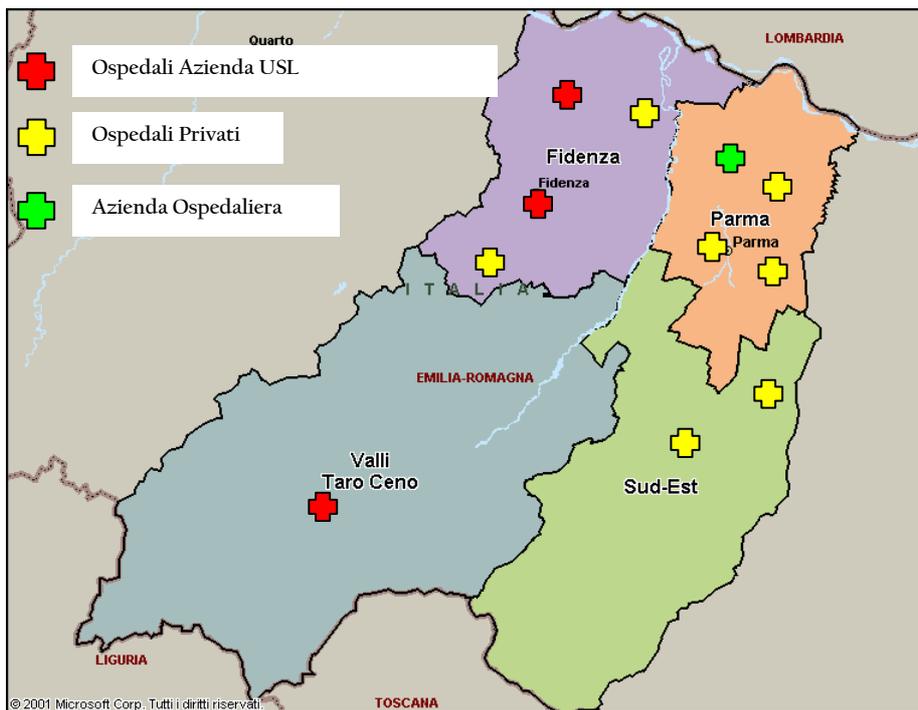
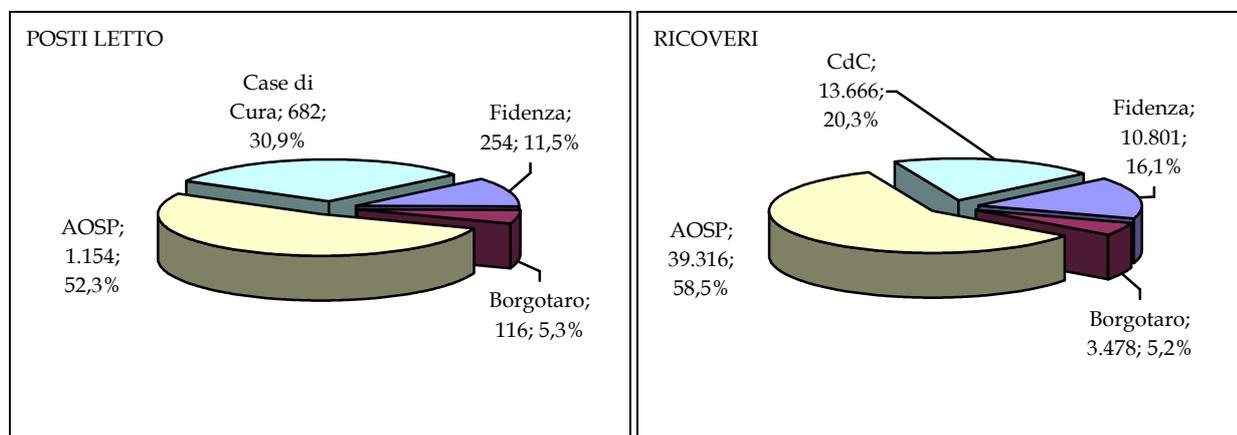


FIGURA 61 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI DI RESIDENTI EFFETTIVAMENTE A CARICO DEL SSR, PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA, ANNO 2014 (COMPRESA PSICHIATRIA E NIDO)



Nella provincia di Parma (popolazione 444.285 al 1.1.2014), l'offerta di posti letto risulta sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, (4,96 posti letto ogni 1.000 abitanti). I posti letto complessivi di post acuzie (lungodegenza e riabilitazione) sono ancora molto superiori al fabbisogno provinciale; 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 effettivo dei posti letto delle precedenti strutture, per cittadini in carico assistenziale all'Azienda USL di Parma, è il seguente:

- Centro Cardinal Ferrari: 7 posti letto su 91 accreditati;

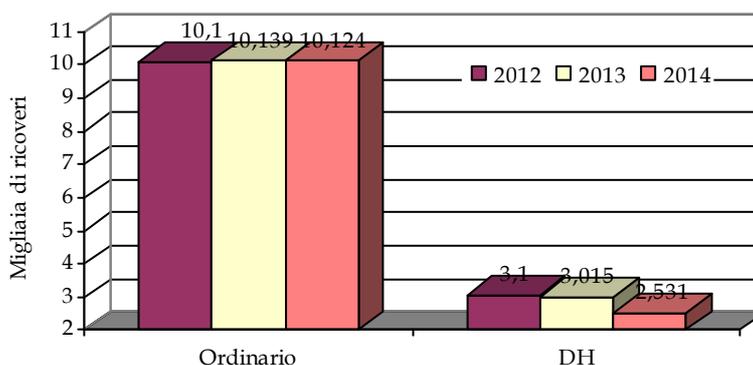
- Centro Don Gnocchi Parma: 59 posti letto equivalenti su 80 accreditati;
- Casa di Cura Villa Igea di Salsomaggiore Terme: 25 posti letto equivalenti su 60 complessivi, di cui 55 accreditati e 5 autorizzati.

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. Le precedenti considerazioni possono consentire l’aggiustamento della conta dei posti letto provinciali, ai fini dell’aggiustamento del parametro riferito alla popolazione residente. L’analisi dell’attività svolta nei due ospedali a gestione diretta dell’Azienda USL di Parma, nell’anno 2014, ha evidenziato quanto segue.

L’Ospedale di Fidenza e la trasformazione dell’Ospedale di San Secondo in Casa della Salute “Grande”

Nel 2014 l’Ospedale di Fidenza presenta un totale di 12.655 dimessi, di cui 10.801 dimessi residenti della provincia di Parma.

FIGURA 62 OSPEDALE DI FIDENZA-SAN SECONDO P.SE - 2012-2014



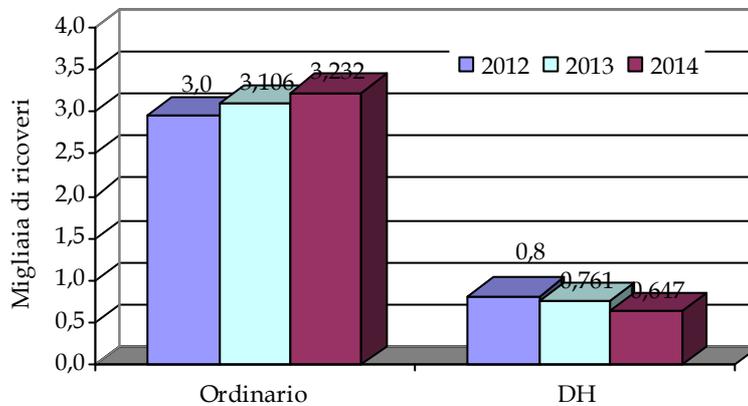
L’attività dell’Ospedale di Fidenza (compresa la Psichiatria dell’ex Padiglione Braga ed il Nido) risulta stabile, rispetto all’anno precedente nei ricoveri ordinari. Come atteso, in ragione del processo di trasformazione in atto, da day hospital ad ambulatoriale, sono in decremento i ricoveri diurni. Nel corso del primo semestre del 2014, è stata completata la trasformazione dello stabilimento di San Secondo Parmense in Casa della Salute di dimensione Grande, con presenza di 10 posti letto di Ospedale di Comunità; 10 posti letto di Lungoassistenza; 10 posti letto di Riabilitazione estensiva territoriale. Dal 1.7.2014 è stato completato il superamento della funzione ospedaliera a San Secondo P.se.

Ospedale “Santa Maria” di Borgo Val di Taro

Per quanto riguarda l’Ospedale “Santa Maria” di Borgo Val di Taro, nel 2014 si segnalano complessivamente 3.879 dimessi, di cui 3232 in regime ordinario e 647 in regime diurno. L’attività a favore dei residenti annovera 3.478 ricoveri. 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 63 PO DI BORGO VAL DI TARO – 2012/13/14

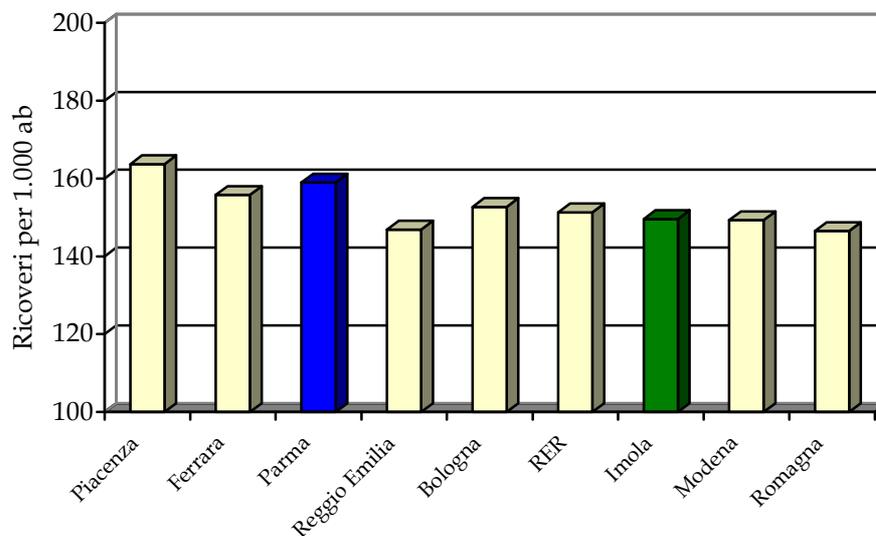


I ricoveri in regime ordinario risultano in incremento (+126), mentre il calo dei ricoveri erogati in regime diurno (-114) è atteso, per il processo di trasferimento di attività da day hospital a regime ambulatoriale.

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 viene inserita, non essendo ancora disponibile la mobilità del 2014. A livello aziendale, il valore del tasso di ospedalizzazione standardizzato (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 159 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2014 a 151,3. Da segnalare il decremento rispetto al 2013 e l'avvicinamento la discesa sotto lo 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 64 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNO 2014



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 63 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO SENZA MOBILITÀ PASSIVA EXTRAREGIONALE – ANNO 2014

Distretto	2014
Parma	151,0
Fidenza	141,1
Sud-Est	151,9
Valli Taro e Ceno	145,1

Fonte: Banca Dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale 2013

Il tasso di ospedalizzazione (standardizzato per età della popolazione di riferimento, confrontata con popolazione standard) evidenzia, a livello distrettuale valori più elevati di ospedalizzazione nei Distretti di Parma e Sud – Est.

Mobilità passiva

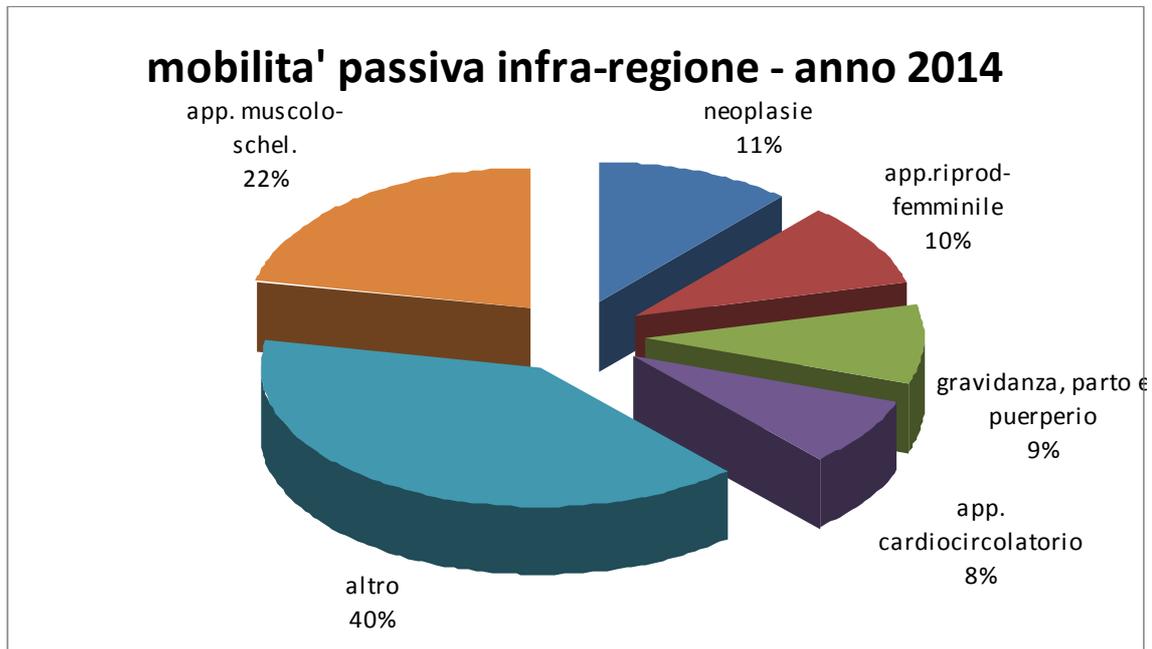
La libera scelta del luogo di cura è garantita a tutti gli utenti iscritti nel Servizio Sanitario Nazionale, che possono scegliere di ricoverarsi in strutture ospedaliere poste anche al di fuori dell'ambito territoriale dell'Azienda USL di residenza. La mobilità sanitaria passiva viene distinta in "Infraregionale" 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 oltre i confini della propria Azienda USL anche 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'Azienda USL di Parma ha sostenuto nel 2014 un costo di 14.200.220 € per il finanziamento di 3.900 ricoveri erogati da strutture pubbliche e private-convenzionate di altre province della Regione Emilia – Romagna (mobilità passiva infraregionale).

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 (22% dei ricoveri – MDC 4);
- malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (11,3%);
- gravidanza, parto e puerperio (9,1% - MDC 14) e malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile (9,6% - MDC 13), che sommate raggiungono il 18,7%;
- malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (8,1% - MDC 5).

FIGURA 65 MOBILITÀ PASSIVA INFRA REGIONE ANNO 2014



Nel corrente anno, è in notevole ritardo la comunicazione dei dati di mobilità extraregionale, per motivazioni di carattere nazionale nel determinare le tariffe per la compensazione. 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).

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 (tenuto conto 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.

Quanto sopra premesso, i dati si sono confermati come molto positivi per tutto l'ambito delle prestazioni soggette a monitoraggio, negli ospedali privati accreditati:

- il 100% degli interventi per tumore della mammella, per tumore del colon - retto, per tumore dell'utero e per tumore della prostata sono effettuati entro i 30 giorni;
- il 100% delle chemioterapie per neoplasia sono iniziate entro i 30 giorni dalla formulazione dell'indicazione clinica;
- l'87,9% degli interventi di protesi d'anca viene effettuato entro 90 giorni dalla prenotazione; il 98,5% entro 180 giorni.

La situazione è più critica negli ospedali pubblici. Con riferimento agli interventi di protesi d'anca, la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2014, pari all'8,1% in Azienda USL ed al 26,3% in Azienda Ospedaliera - Universitaria; mentre entro 180 giorni le percentuali delle stesse aziende sono state del 41,9%

in Azienda USL e dell'81,6%, in Azienda Ospedaliero – Universitaria (molto lontane dagli standard di riferimento). L'Azienda USL di Parma risente, peraltro, della riduzione costante degli interventi elettivi di protesi d'anca, verificatasi negli ultimi anni in Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

Per quanto attiene alla situazione degli interventi per tumore, relativa alle strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, della provincia di Parma, è necessaria una premessa. Anche nell'anno 2014, 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 recente direttiva del Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia – Romagna, ha chiarito che, quale data di partenza dell'attesa, deve essere indicata quella che corrisponde all'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. Per quanto riguarda le funzioni di livello “hub”, di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria, l'intervento per neoplasia del polmone viene effettuato nel 97,2% dei casi entro i 30 giorni.

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 2014, è stata pari a 39.316 dimessi (a fronte di 40.536 dimessi nell'anno precedente), di cui 30.382 in regime ordinario e 6.903 in regime diurno.

Nel 2014, la presenza media giornaliera in degenza ordinaria del complesso dei dimessi è stata di 850,5 ricoverati mediamente presenti nel corso dell'anno. L'indice d'occupazione è stato pari all'85,3 %; l'indice di rotazione è stato di 38,1 pazienti per posto letto ed anno; e l'indice di turnover è stato di 1,3 (i tre indicatori al netto delle chiusure temporanee di reparti/posti letto; ed escludendo i ricoveri diretti nelle strutture private accreditate del “Cruscotto Provinciale”, nonché, come premesso, i ricoveri in day hospital).

Il numero dei neonati sani dimessi dal nido (figli di donne residenti in provincia di Parma) è stato di 2031 nel 2014, a fronte di 1909 nell'anno precedente. Questo incremento è verosimilmente dovuto al riassorbimento dei parti necessario per la chiusura del punto nascita della Casa di Cura Città di Parma, che ha avuto decorrenza dall'1 ottobre del 2014.

Gli obiettivi di incremento della produzione in ambito ortopedico, commissionati all'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, finalizzati al recupero di mobilità passiva, soprattutto extraregionale, non sono per gran parte stati raggiunti.

Tra i DRG dove si determina una buona “tenuta”, sono da segnalare quelli che comprendono gli interventi sulla spalla, in particolare il 224 (Interventi su spalla, gomito o avambraccio, senza complicanze, che passa da 200 casi dell'anno 2013 a 219 dell'anno 2014).

Piano Sangue

Gli obiettivi del Piano Regionale Sangue e Plasma, in vigore per il triennio 2013-2015, sono stati deliberati con riferimento ad un'organizzazione del sistema trasfusionale che ha come riferimento territoriale la dimensione di Area Vasta (AVEN).

L'AVEN costituisce l'ambito territoriale di riferimento per l'attuazione del programma annuale predisposto dal Centro Regionale Sangue; e rappresenta anche il contesto organizzativo che consente alla U O C di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale 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'AVEN 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 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, il Comitato per il Buon Uso del Sangue, degli emocomponenti, degli emoderivati e delle cellule staminali emopoietiche (COBUS), è stato rinnovato con deliberazione n. 31 dell'11.02.2014 dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, che ne è la titolare, in quanto sede del Servizio Trasfusionale. Ne fanno parte, inoltre, 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 2014, il numero di unità di globuli rossi raccolte in provincia è stato pari a 26.097, a fronte di 28.213 nell'anno precedente (meno 7,51%). Va sottolineato, peraltro, che a livello locale non si è mai presentata alcuna criticità, rispetto alle esigenze delle strutture sanitarie della provincia.

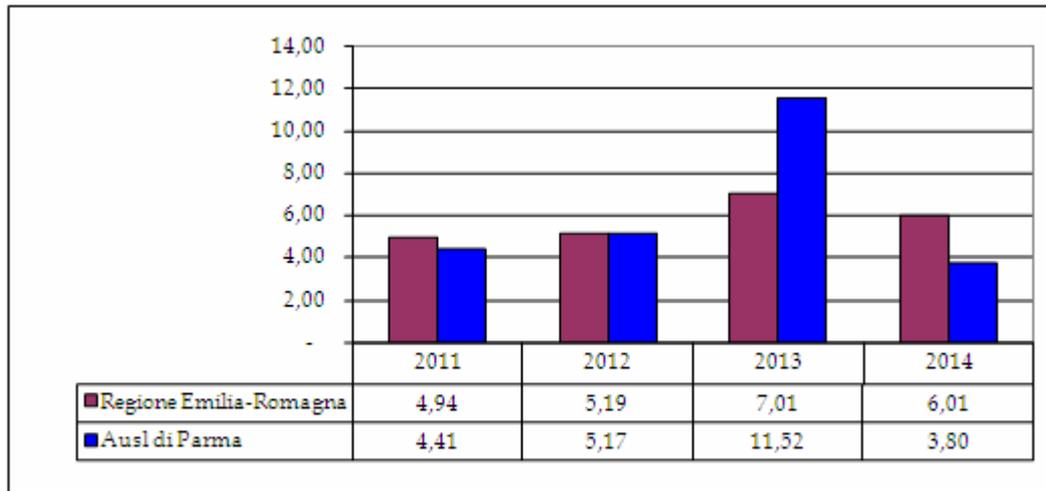
Il Sistema Sangue della Provincia di Parma ha completato il percorso dell'accreditamento, entro i termini previsti (31.12.2014), sia relativamente al Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sia per l'Unità di Raccolta Associativa, gestita da AVIS Provinciale. La riorganizzazione della rete di raccolta ha coinvolto alcuni punti di raccolta decentrati, che, per le non conformità riscontrate, non sono stati accreditati. Le sezioni locali dell'AVIS che non hanno visto confermata la loro sede di raccolta hanno evidenziato con iniziative pubbliche lo stato di disagio rappresentato dai donatori, a fronte di decisioni che, pur se assunte con motivazioni di garanzia di sicurezza trasfusionale, hanno avuto un impatto negativo su aspetti significativi "simbolici" della "cultura del dono di sangue", sedimentati nel tempo nel "vissuto" dei donatori e dei loro dirigenti associativi.

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 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER POLMONITE O INFLUENZA, NEGLI ANZIANI (ETÀ>65 ANNI) OGNI 10.000 RESIDENTI ANZIANI (ETÀ>65 ANNI), 2011 /2014, PER AZIENDA DI RESIDENZA AUSL DI PARMA VERSUS REGIONE



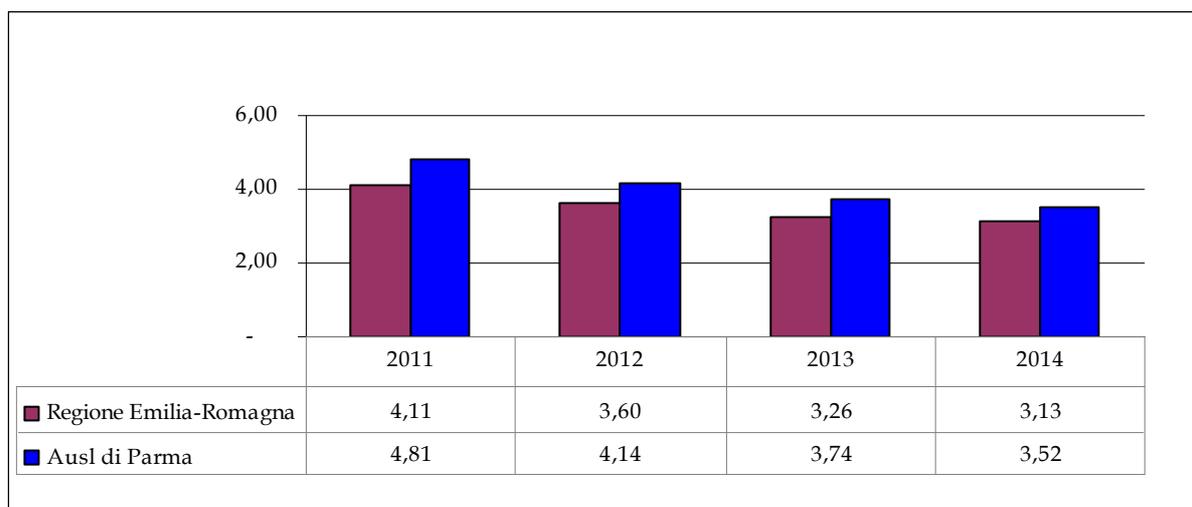
Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna, Elaborazioni Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nel quadriennio 2011-2014, l'indicatore provinciale è stato in incremento continuo nei primi tre anni, con valori inizialmente inferiori alla media regionale, ma con un picco che ha raddoppiato il valore dell'anno precedente nel 2013, superando in modo marcato il valore medio regionale. Il dato annuale del 2013 è stato oggetto di una specifica valutazione dei professionisti interessati e di interventi dei servizi di appartenenza, che hanno prodotto il risultato molto positivo del 2014, evidente in tabella e grafico.

Diabete

Gli indicatori di riferimento per il Diabete sono tre. I valori sono di seguito evidenziati. Il primo 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. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A BREVE TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI MAGGIORRENNI, PER 10.000 RESIDENTI MAGGIORRENNI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RESIDENZA AUSL DI PARMA VERSUS REGIONE

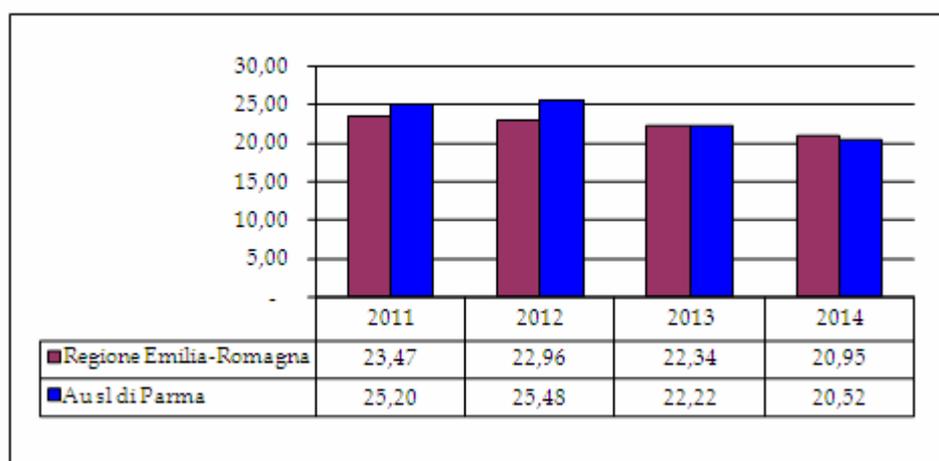


Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

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.

Il secondo indicatore considera le complicanze a lungo termine (a carico di rene, occhio, apparato circolatorio), 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.

FIGURA 68 DIABETE. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A LUNGO TERMINE IN PAZIENTI DIABETICI MAGGIORNI, PER 10.000 RESIDENTI MAGGIORNI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RESIDENZA



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

L'andamento in costante calo dell'indicatore nell'AUSL di Parma, negli ultimi tre anni, con progressivo avvicinamento alla media regionale e posizionamento sotto il valore medio regionale nel 2014, 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 triennio, sembrano aver dato avvio ad un miglioramento costante.

Il terzo indicatore dà una misura di confronto rispetto ad una delle complicanze più invalidanti della malattia diabetica.

TABELLA 64 DIABETE. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (GREZZO) PER AMPUTAZIONE DEGLI ARTI INFERIORI IN PAZIENTI DIABETICI MAGGIORNI, PER 10.000 RESIDENTI MAGGIORNI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RESIDENZA AUSL DI PARMA VERSUS REGIONE.

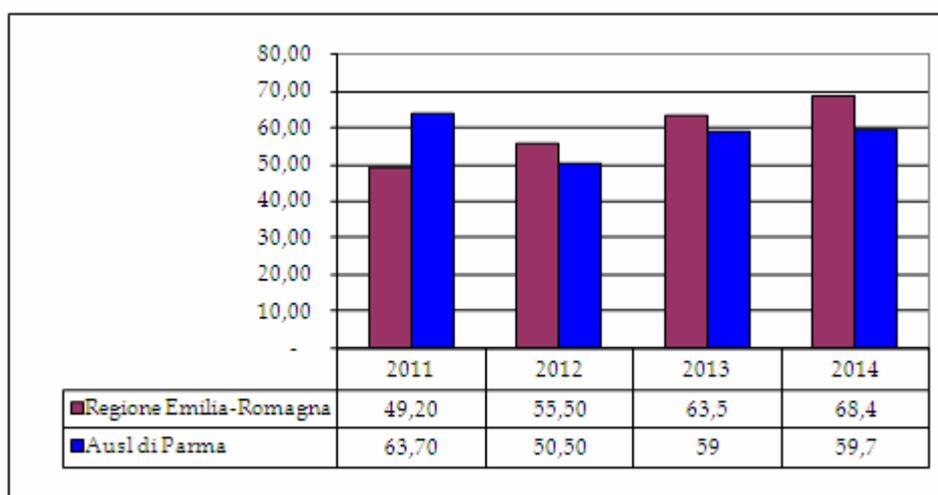
Residenza	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Azienda USL di Parma	1,1	1,1	0,9	1,0
Regione Emilia-Romagna	0,9	0,9	0,8	0,9

Il calo registrato nell'anno 2013 rispetto al biennio precedente, non è stato confermato nel 2014, dove è aumentato comunque anche il valore medio regionale, nella stessa misura. Il fenomeno potrebbe essere determinato dall'invecchiamento della popolazione residente.

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, per rendere costante la collaborazione dei Medici Internisti/Geriatri con i Chirurghi Ortopedici, per assicurare una assistenza medica integrata ai pazienti, sempre più anziani e polipatologici. Le azioni positive implementate hanno prodotto un progressivo miglioramento della percentuale degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero nel triennio 2012-2014, anche se il risultato raggiunto è sempre stato inferiore al valore medio regionale e non è stata più raggiunta la performance migliore ottenuta nell'anno 2011. Le ragioni delle difficoltà riscontrate possono essere ascritte sia alle necessità di preparazione all'intervento dei pazienti sempre più anziani e più frequentemente in terapia anticoagulante; sia alla forte pressione del ricovero sulla sede ospedaliera di Fidenza.

FIGURA 69 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE. PROPORZIONE DI INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RICOVERO AUSL DI PARMA, OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA, VERSUS REGIONE

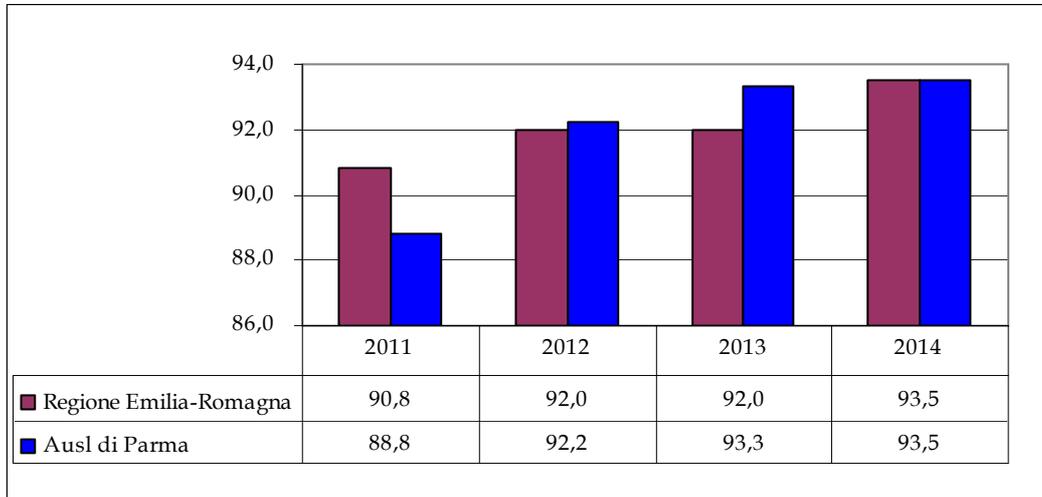


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Colecistectomia videolaparoscopica

La percentuale di colecistectomie effettuate per via laparoscopica è in costante incremento nel quadriennio 2011-2014. Dopo aver recuperato il gap del 2011 e superato, nel 2012 e nel 2013, il valore medio regionale, si è attestata, nell'anno 2014, su un valore perfettamente coincidente con la media regionale.

FIGURA 70 PROPORZIONE DI INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, ANNI 2011-2014, IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO PER AZIENDA DI RICOVERO

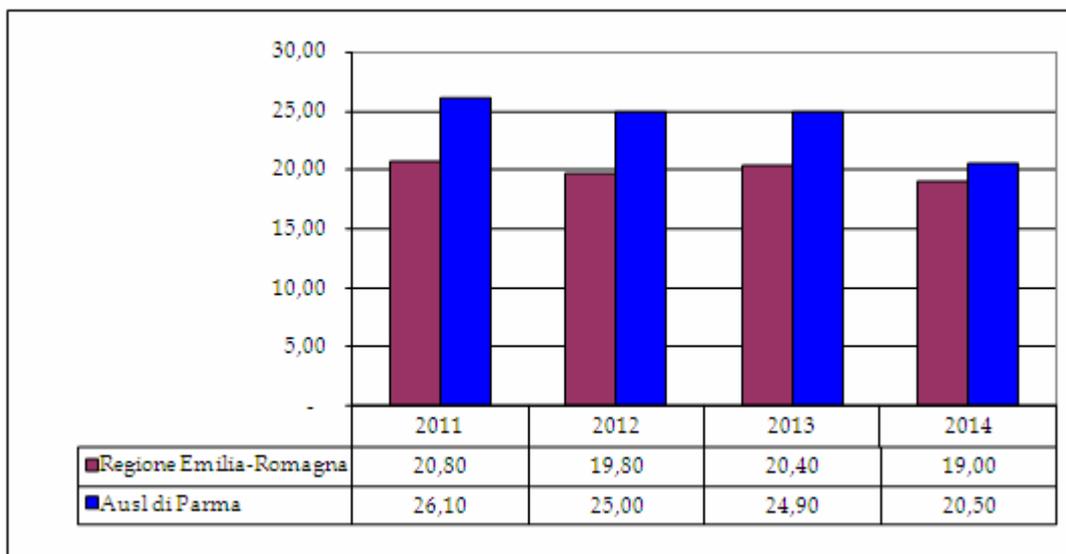


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Parto Cesareo

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.

FIGURA 71 PARTI CESAREI PRIMARI OGNI 100 PARTI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA SANITARIA DI RICOVERO



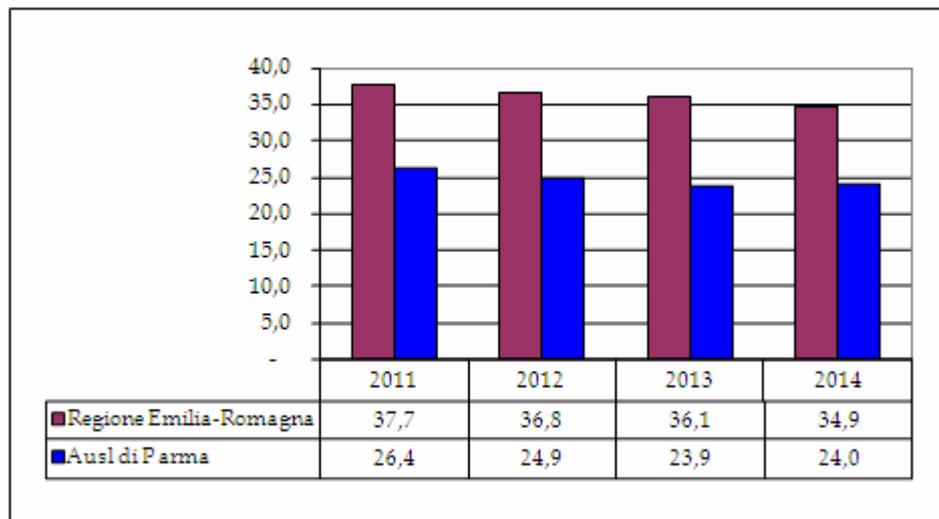
Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

L'indicatore parti cesarei primari, nel quadriennio 2011 – 2014, presenta valori in calo progressivo, ma sempre superiori ai valori medi regionali, anche se va rimarcato il notevole avvicinamento del valore registrato nell'anno 2014 a quello complessivo della Regione.

Ospedalizzazione per cause evitabili

Sono presi in esame tre indicatori che possono essere significativi per ricoveri che potrebbero essere evitati con una migliore assistenza a livello territoriale. Le patologie considerate nel primo 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 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, IPERTENSIONE, ASMA, MALATTIE CRONICHE POLMONARI PER 10.000 RESIDENTI MAGGIORENNI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA USL DI RESIDENZA AUSL DI PARMA VERSUS REGIONE

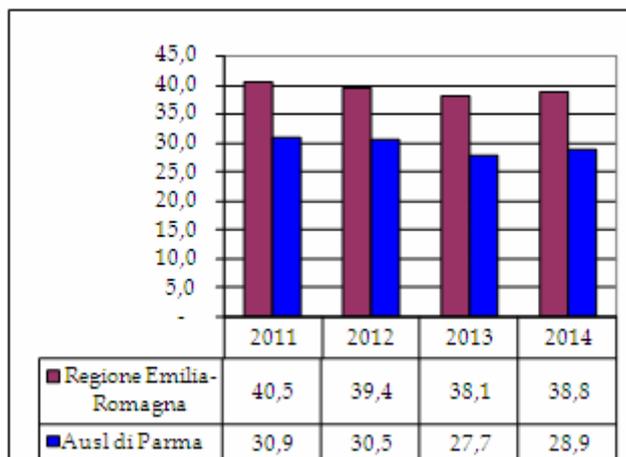


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Nel quadriennio 2011-2014, nella provincia di Parma, il dato risulta sempre al di sotto del valore regionale medio. La valutazione complessiva di cui alla precedente figura, viene ulteriormente approfondita dalla valutazione del successivo indicatore, che attiene ai ricoveri per scompenso cardiaco congestizio.

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.

FIGURA 73 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 10.000 RESIDENTI MAGGIORENNI, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RESIDENZA AUSL DI PARMA VERSUS REGIONE.

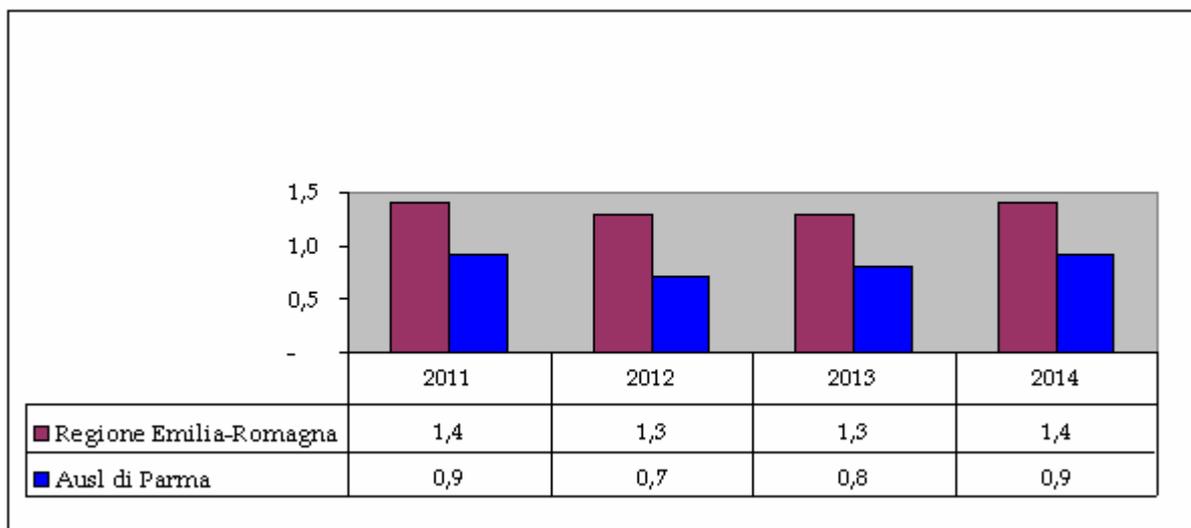


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

L'indicatore per l'Azienda USL di Parma è sensibilmente inferiore rispetto al valore medio regionale, in tutto il quadriennio 2011-2014.

Il terzo indicatore considera i re – ricoveri entro 15 giorni dalla dimissione, che possono essere indicativi di un problema di presa in carico a livello delle strutture territoriali.

FIGURA 74 PERCENTUALE DI RICOVERI NON PIANIFICATI AVVENUTI ENTRO 15 GIORNI DALLA DIMISSIONE, ANNI 2011-2014, PER AZIENDA DI RICOVERO

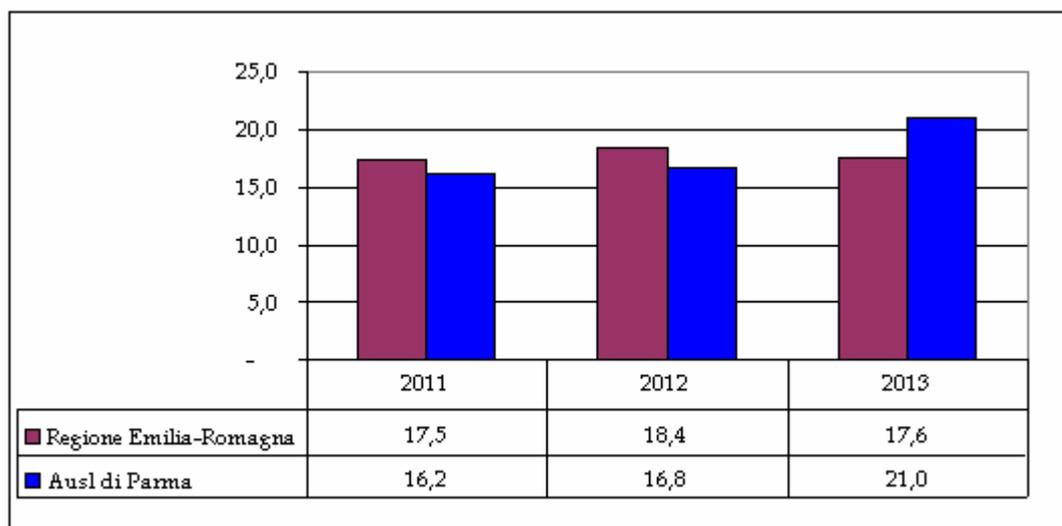


Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna, Elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

L'indicatore relativo all'AUSL di Parma, nel quadriennio 2011-2014, è risultato sempre sensibilmente inferiore al valore medio regionale. I ricoveri ripetuti sono peraltro monitorati, al fine di individuarne le cause e di ridurre la frequenza.

Indicatori di mortalità

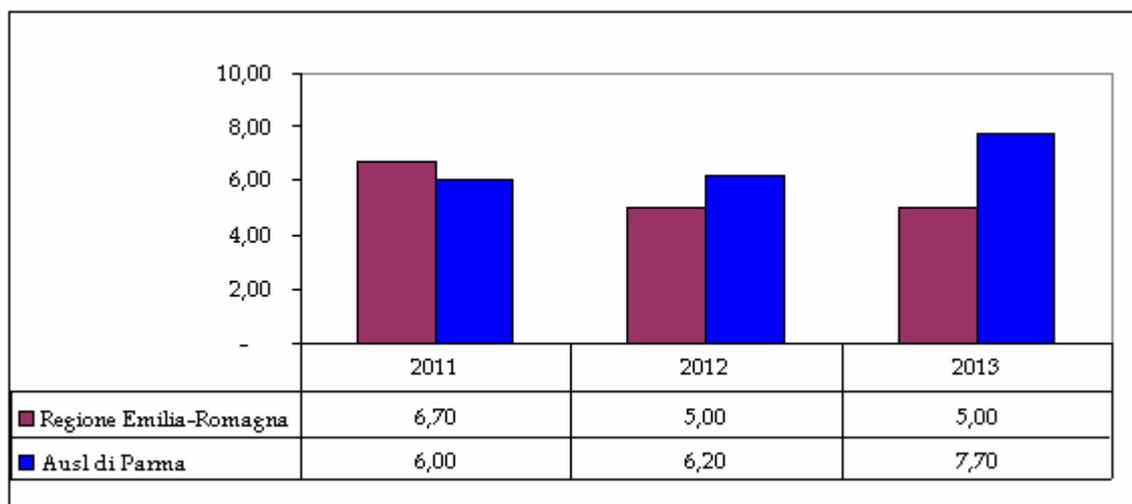
FIGURA 75 PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI, DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE PER AZIENDA DI RICOVERO



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

Nell'Azienda USL di Parma si segnala il superamento del valore medio regionale nell'ultimo anno del triennio 2011-2013.

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) risulta più elevata rispetto alla media regionale, negli ultimi due anni del triennio 2011-2013. 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.