
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 2010 con un risultato pari a - 1,750 milioni di €; a fronte di incremento dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a 19,276 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a 14,633 milioni di € (+ 2,1 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 17,161 milioni di € (+ 2,2%). Sull'incremento dei costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per acquisizione di servizi sanitari e per costo del personale dipendente.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE - 2007-2010

	2007	2008	2009	2010
Totale ricavi	719.998	759.370	794.000	813.276
Totale costi	715.282	750.594	788.018	805.180
Finanziamento regionale	651.535	683.537	712.744	727.377
Incremento finanziamento regionale	6,26	4,91	4,27	2,05

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

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

TABELLA 2 RISULTATO D'ESERCIZIO

2007	2008	2009	2010
- 5.807	-1.988	-3.698	-1.750

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

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

Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica

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

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

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

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

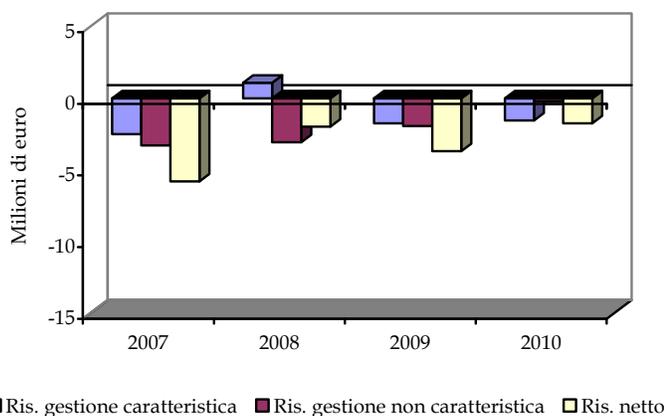
La tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2007-2010 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2007	2008	2009	2010
-1.686	1.085	-1.751	-1.542

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

FIGURA 1 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



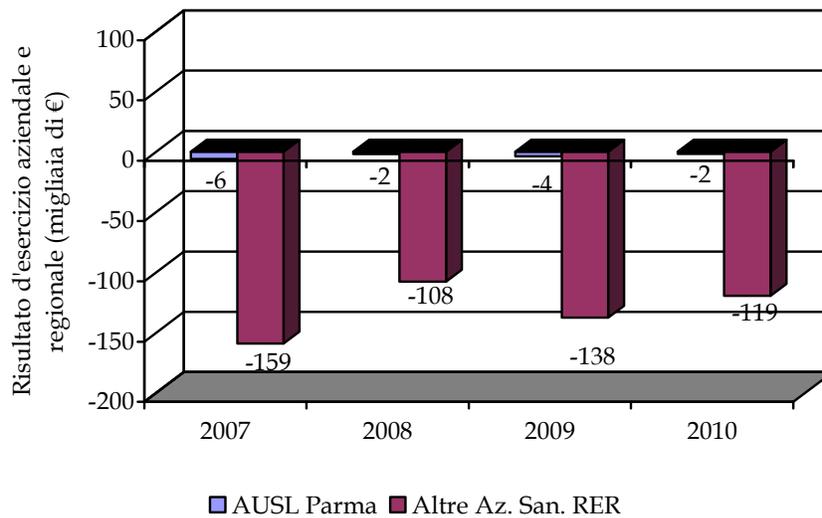
Fonte: Regione Emilia Romagna

Il valore negativo relativo alla gestione non caratteristica per gli anni deriva dall'incidenza degli interessi passivi corrisposti ai fornitori ed alla tesoreria e dal saldo fra sopravvenienze attive e passive.

Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

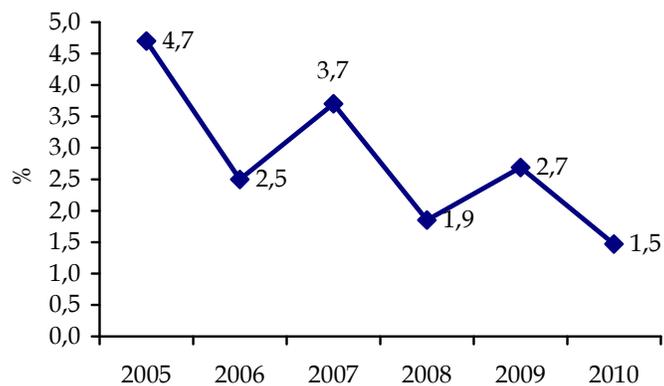
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale: per il 2010 il "peso" della performance aziendale su quella regionale è pari al 1,5% ,per gli anni 2007 e 2009 il "peso" si è mantenuto pari al 3%, mentre per il 2008 era pari al 2% circa.

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



Fonte: Regione Emilia Romagna

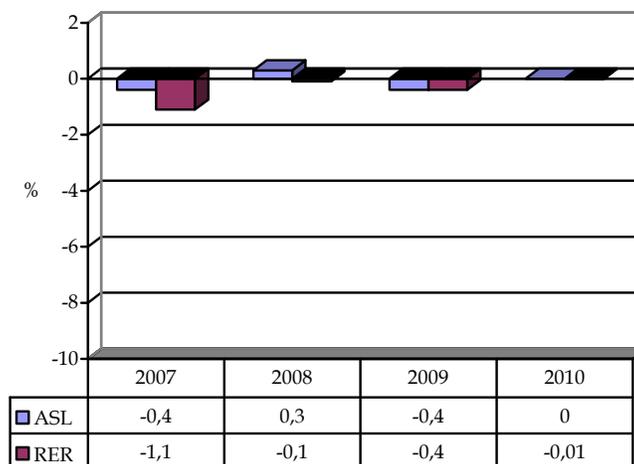
FIGURA 3 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



Trend della performance e della gestione caratteristica

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

FIGURA 4 INCIDENZA DELLA GESTIONE CARATTERISTICA SUI RICAVI DISPONIBILI



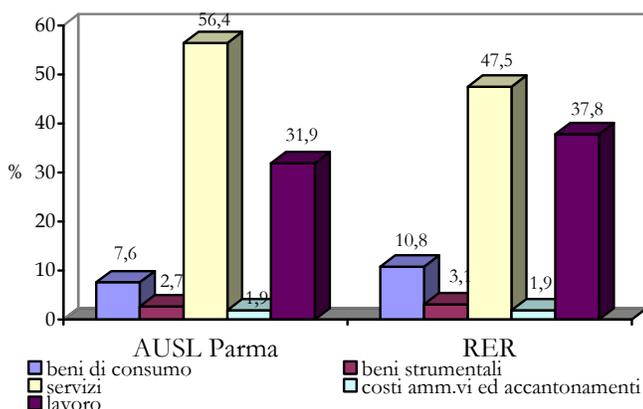
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2010 i ricavi disponibili coprono la gestione caratteristica, nel 2007 e nel 2009 i ricavi disponibili non coprono la gestione caratteristica, mentre per l'esercizio 2008 l'indicatore evidenzia l'equilibrio della gestione caratteristica, grazie ad un aumento dei ricavi più che proporzionale rispetto all'aumento dei costi. Da sottolineare la circostanza che nel triennio la performance Aziendale rappresentata da questo indicatore si è mantenuta al di sopra o al pari della media Regionale, calcolata come confronto tra le Aziende Sanitarie regionali sul cui territorio si trova l'Azienda Ospedaliera.

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 triennio disponibile forniti dalla Regione Emilia Romagna. Il confronto è stato effettuato con la media delle altre Aziende USL nel cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera. Anche se con valori diversi, per tutte le Aziende le voci a maggior incidenza sono rappresentate dal costo del lavoro, pari mediamente al 40% dei ricavi disponibili e dal costo dell'acquisizione di servizi sanitari con il 50%.

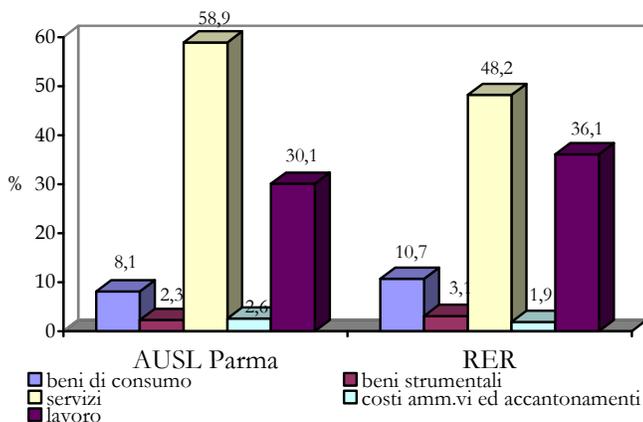
FIGURA 5 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2007



Fonte: Regione Emilia Romagna

Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale evidenzia per il 2007 uno scostamento, relativamente all'incidenza del costo dei servizi, tra Azienda USL e dato regionale di circa 8,9 punti. Di converso si riduce il divario relativamente al costo del personale, la cui incidenza a Parma è di 5,9 punti percentuali inferiore rispetto a quella media regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

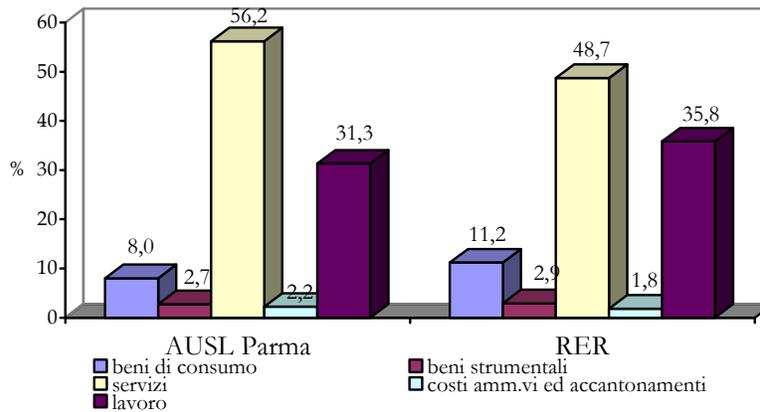
FIGURA 6 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2008



Fonte: Regione Emilia Romagna

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

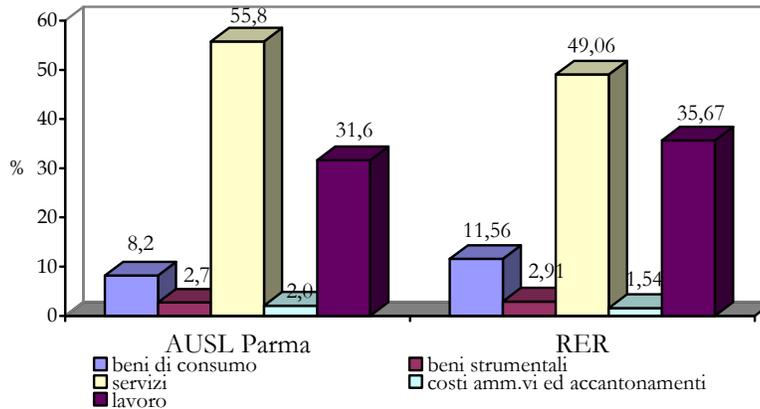
FIGURA 7 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2009



Fonte: Regione Emilia Romagna

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

FIGURA 8 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



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.

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

	2007	2008	2009	2010
Consumo beni	7,6%	8,0%	8,0%	8,2%
Servizi sanitari	50,1%	49,8%	50,0%	49,4%
Servizi non sanitari	4,5%	5,0%	4,8%	5%
Beni strumentali	2,7%	2,8%	2,6%	2,7%
Manutenzioni	1,3%	1,1%	1,1%	1,2%
Costi amministrativi	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%
Accantonamenti	0,7%	1,1%	1,2%	0,9%
Costo del lavoro	31,9%	31,0%	31,2%	31,5%

Fonte: Regione Emilia Romagna

Grado di attrazione delle strutture aziendali

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

TABELLA 5 MOBILITÀ ATTIVA E MOBILITÀ PASSIVA

	2007	2008	2009	2010
Mobilità attiva	32.006	33.176	35.023	36.454
Mobilità passiva	236.569	250.072	262.894	268.700
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,5	13,3	13,3	13,6

Fonte: Regione Emilia Romagna

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

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

TABELLA 6 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

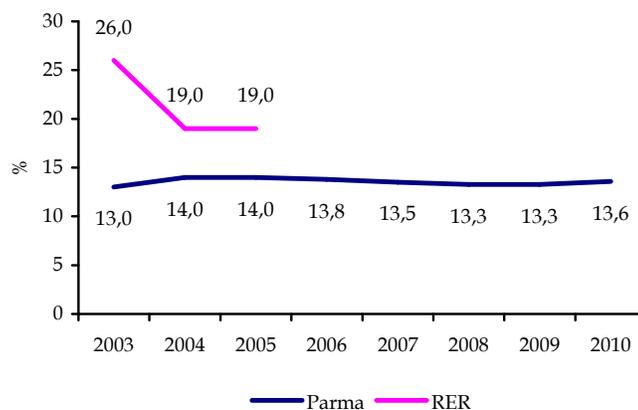
	2007	2008	2009	2010
Mobilità passiva totale	236.569	250.072	262.894	268.700
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	193.147	206.210	217.514	222.294
Mobilità passiva AOSP Parma/ mobilità passiva totale x 100	81,6	82,5	82,7	82,7

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

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

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

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



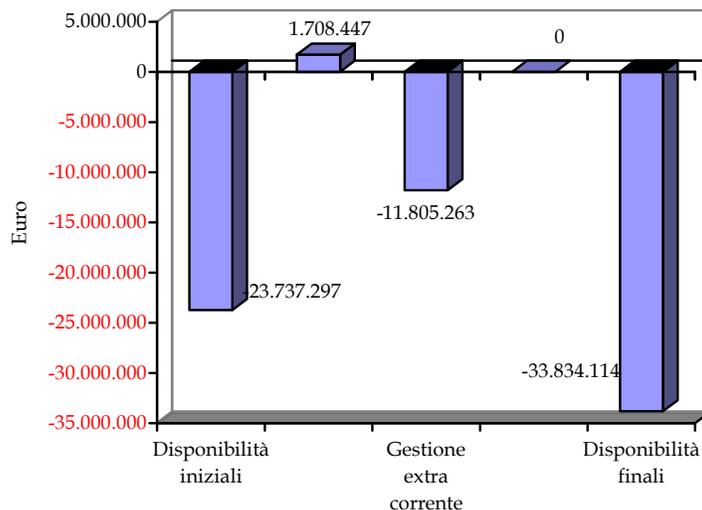
Sostenibilità finanziaria

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

Dinamica dei flussi monetari

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

FIGURA 10 RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITÀ (FONTI - IMPIEGHI CONDENSATO) - 2010



La gestione extracorrente ha aumentato il fabbisogno finanziario di circa 3 milioni di €.

Durata media dell'esposizione verso fornitori

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

Per l'Azienda USL di Parma la durata media di esposizione verso i fornitori per l'anno 2010 è stata di 145 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, migliorativa rispetto allo stesso dato del 2009, pari a 147 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
197.185.601	215.006.370	512.969.395

Fonte: Bilancio aziendale anno 2010

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 2010 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2010

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	45 %	84 %	Finanziamenti a breve
Scorte	2 %	2 %	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	53 %	14 %	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2009

La lettura dei grafici negli anni evidenzia come nell'ultimo esercizio siano aumentati gli investimenti a breve termine mentre si sono ridotti i crediti a lungo (dal 55% al 53%).

Le passività invece sono costituite in maniera assolutamente maggioritaria da finanziamenti di terzi piuttosto che dal patrimonio netto aziendale. Si tratta di debiti verso la Regione, aziende sanitarie, istituto tesoriere ma soprattutto di debiti verso fornitori di beni e servizi, con scadenze a breve termine.

FIGURA 11 STATO PATRIMONIALE 2007-2010 ATTIVITÀ

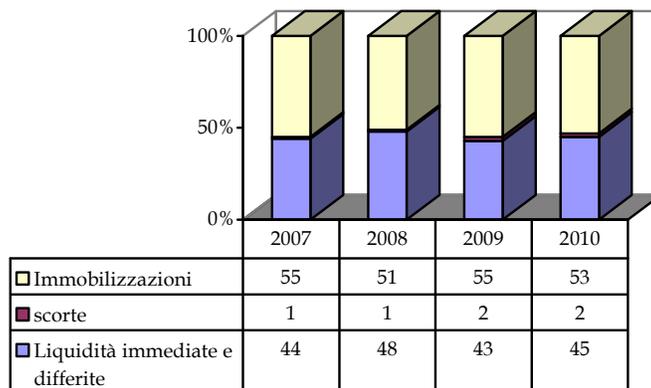
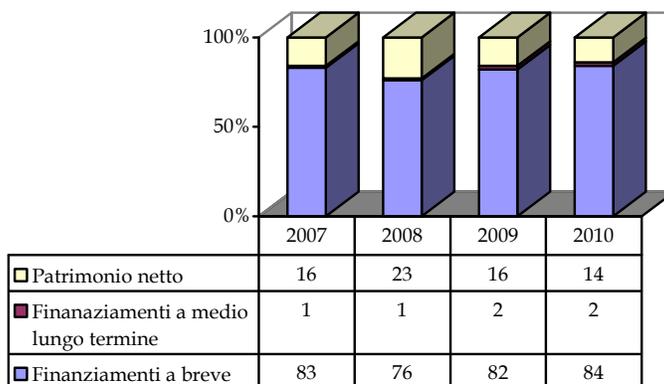


FIGURA 12 STATO PATRIMONIALE 2007-2010 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2007-2010 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2007	2008	2009	2010
Terreni	0	0	0	0
Fabbricati	6.016.869	8.599.191	2.404.209	4.730.523
Impianti e macchinari	35.696	37.274	0	36.000
Attrezzature sanitarie	1.547.265	2.211.219	1.450.873	4.954.822
Mobili e arredi	320.490	529.415	369.062	351.714
Automezzi	132.885	90.460	368.205	127.853
Altri beni	796.715	493.182	895.762	810.397
Totale	8.849.920	11.960.740	5.488.111	11.011.309

Fonte: Bilanci aziendali

Nel 2007 si sono conclusi i lavori per l'adeguamento degli Ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro al D.Legge 626/1994; è stato inoltre acquistato un edificio a Parma dove sorgerà il nuovo Polo Pediatrico. Nel 2008 gli interventi più significativi hanno riguardato la realizzazione della nuova sede del Sert per il Distretto di Parma, la riqualificazione dei Poliambulatori di Via Pintor, la realizzazione della nuova sede dei Poliambulatori di Fornovo e la realizzazione del Nido-Scuola Materna in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel 2009 è stato acquisito un immobile a Medesano da destinare ai poliambulatori. Nel 2010 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della residenza primo Maggio e del Centro Autismo, di adeguamento ex legge 626, i lavori di costruzione della centrale termica a cippato inoltre sono stati acquistati gli immobili destinati al Polo odontoiatrico di Medesano e al Poliambulatorio di Monchio delle Corti. L'Azienda ha inoltre acquistato grandi tecnologie per diverse sedi aziendali.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

Contributi	2007	2008	2009	2010
Totale	500.641	6.844.034	72.866	1.613.408

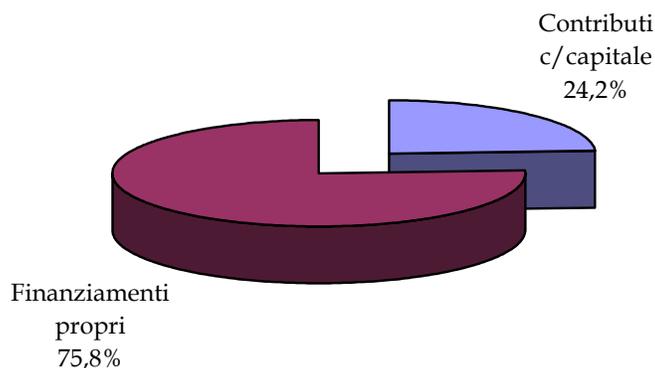
Fonte: Bilanci aziendali

I contributi dell'anno 2007 sono relativi ad innovazione tecnologia in odontoiatria (279.000) e plusvalenza per vendita di immobili aziendali non più destinati ad attività caratteristica (160.511). I contributi dell'anno 2008 sono relativi alla realizzazione d'elisuperficie e del parcheggio dell'Ospedale di Borgotaro, all'acquisizione di apparecchiature radiologiche e alla realizzazione del Polo Pediatrico di Parma (6.438.911). I contributi dell'anno 2009 sono relativi a diversi progetti vincolati.

I contributi anno 2010 sono relativi a donazioni vincolate ad investimenti, al contributo dalla Provincia di Parma per la realizzazione della caldaia a cippato e ai contributi per il trasferimento del patrimonio mobiliare degli Istituti Penitenziari.

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

FIGURA 13 FINANZIAMENTO IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI COMPLESSIVI NEL QUADRIENNIO



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio

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

TABELLA 11 INVESTIMENTI AZIENDALI NETTI

Investimenti	2007	2008	2009	2010
Immobilizzazioni immateriali	663.179	1.344.689	980.797	1.306.252
Fabbricati strumentali	5.918.368	8.006.551	2.290.241	4.532.870
Impianti e macchinari	35.696	37.274	0	36.000
Attrezzature sanitarie	1.547.265	2.211.219	1.450.873	4.954.822
Mobili e arredi	320.490	529.415	369.062	351.714
Altri beni	929.600	1.176.282	1.009.731	938.250
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	2.190.175	2.212.090	2.642.219	3.934.231
Totale	11.604.773	15.517.519	8.742.923	16.054.139

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.

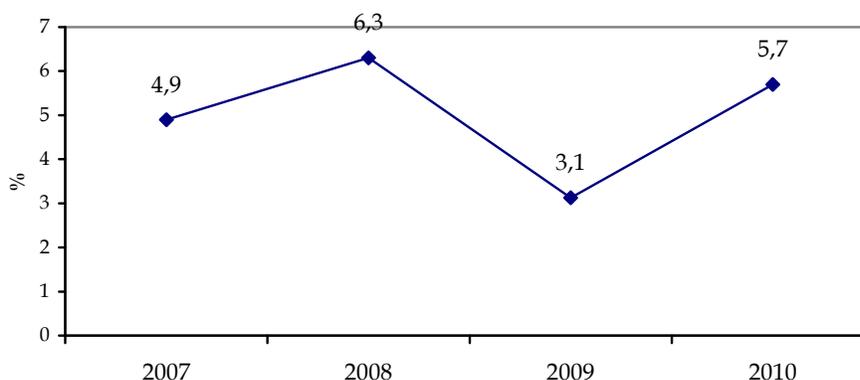
TABELLA 12 INVESTIMENTI E PATRIMONIO

	2007	2008	2009	2010
Investimenti	9.513.099	12.489.176	6.333.440	12.119.908
Totale immobilizzazioni	195.118.121	198.472.615	202.110.444	211.770.640
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	4,9	6,3	3,3	5,7

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso. Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

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



Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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

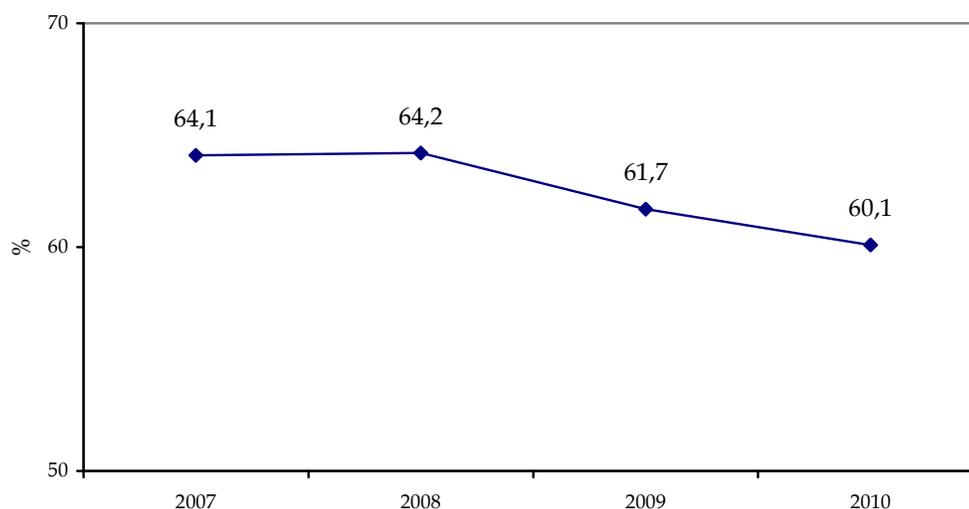
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2007	2008	2009	2010
Residuo da ammortizzare	125.096.772	127.493.287	124.747.221	127.257.835
Totale immobilizzazioni	195.118.121	198.472.615	202.110.444	211.770.640
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	64,1	64,2	61,7	60,1

Fonte: Bilanci aziendali

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

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



Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico

L'Azienda USL di Parma, anche grazie al numero rilevante di soggetti da essa direttamente occupati, produce un effetto economico significativo sul territorio della Provincia di Parma: con i suoi 2.596 dipendenti, pari all'1,3% della intera popolazione lavorativa provinciale, l'Azienda USL è anche una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti; un numero che è andato stabilmente crescendo negli ultimi ed è passato dai 2.305 del 2002 ai 2.596 del 2010 (+12,6 %).

L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (69,3%), mentre la restante quota si suddivide tra i ruoli tecnici ed amministrativi. Allo stesso tempo, nell'ambito del ruolo sanitario, il personale del comparto costituisce la maggior parte dei lavoratori (72,6%).

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

La somma dei dirigenti medici e sanitari dipendenti dall'Azienda e di quelli convenzionati con essa porta ad un totale di 1.104 pari a 2,5 medici per 1.000 residenti.

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

TABELLA 14 NUMERO DIPENDENTI TOTALE SUDDIVISI PER RUOLO

Ruolo	Contratto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sanitario	Medici e veterinari	396	397	406	416	430	430
Sanitario	Dirigenti sanitari	59	58	55	53	55	63
Professionale	Dirig. Professionale	7	7	8	8	8	8
Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	4	4	4	4
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	18	18	19	20	22	19
DIRIGENTI		484	484	492	501	519	524
Sanitario	Comparto sanitario	1.241	1.241	1.243	1.262	1.293	1.307
Tecnico	Comparto tecnico	331	356	376	387	399	420
Amministrativo	Comparto amministrativo	335	330	339	339	339	345
COMPARTO		1.907	1.927	1.958	1.988	2.031	2.072
TOTALE		2.391	2.411	2.450	2.489	2.550	2.596

TABELLA 15 NUMERO MMG, PLS E MEDICI AMBULATORIALI

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

TABELLA 16 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personale dipendente	102.076	109.621	110.695	116.642	121.507	125.632
Personale convenziona-	40.880	44.360	46.974	49.820	53.684	56.197
<i>MMG e pediatri</i>	33.260	36.701	39.085	41.945	45.439	48.126
<i>Specialisti interni</i>	4.503	4.436	4.699	4.619	4.801	4.847
<i>Guardia medica</i>	3.117	3.223	3.190	3.256	3.444	3.224
Totale	142.956	153.981	157.669	166.642	175.191	181.829

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

TABELLA 17 LASCITI E DONAZIONI DA CITTADINI E DA ALTRI

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Da cittadini	25.888,00	61.727,44	11.602,00	90.500,00	34.071,97	584.063,89
Da fondazioni bancarie	923.592,45	908.000,00	-	2.390.000,00	-	0
Da altri	355.637,00	658.743,92	409.282,02	190.000,00	228.429,09	772.627,70
Totale	1.305.117,45	1.628.471,36	420.884,02	2.670.500,00	262.501,06	1.356.691,59

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.

E' emersa di conseguenza la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti di salvaguardia dei patrimoni culturali delle Aziende sanitarie.

Attualmente il patrimonio storico artistico di questa Azienda è costituito principalmente da:

- **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. Chiusa nel 1810, riaperta e affidata ai Serventi dei poveri infermi nel 1833, successivamente agli Stigmatini (1876) e, nel 1897, alla Confraternita di S. Camillo de Lellis per l'assistenza agli infermi.

È di forma ottagonale con due cappelle, giunta posteriore dietro l'altare maggiore e cupola poligonale. Gli affreschi della tribuna e del coro, eseguiti da Giulio Orlandini nel 1628, rappresentano Samuele che unge Davide, nel mezzo; Davide che decapita Golia, a destra; il trionfo di Davide a sinistra.

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.

La copertura soprastante la cupola ha evidenziato fenomeni di dissesto e ammaloramenti, da cui sono derivate estese infiltrazioni di acqua piovana che hanno seriamente danneggiato anche gli affreschi sottostanti rendendo indispensabile l'esecuzione di interventi di restauro e recupero dell'immobile.

A tale scopo, 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 avente ad oggetto l'attività di ricerca necessaria per il rilievo architettonico e la valutazione della situazione statica e di degrado della Chiesa di S. Maria del Quartiere, in forza della quale

L'Università ha effettuato i rilievi e la valutazione statica dell'edificio, propedeutici alla progettazione esecutiva dei lavori di rifacimento.

Il progetto per l'esecuzione di tali interventi è in fase di redazione a cura di professionisti esterni incaricati.

Nel corso del 2010, è stata completata la redazione del progetto in argomento ed è stata espletata la procedura pubblica per l'affidamento degli interventi di consolidamento della cupola e di rifacimento della soprastante copertura.

I lavori sono iniziati il 19 gennaio 2011 e le lavorazioni proseguono con regolarità, in stretta collaborazione con i tecnici dell'Università di Parma e con i funzionari della Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici di Parma, e nel rispetto del cronoprogramma di cantiere. L'installazione del ponteggio, completata nello scorso mese di aprile, ha consentito di accedere ad elementi strutturali ed a porzioni di copertura diversamente non visibili e quindi non direttamente analizzabili in fase di progettazione da parte dei tecnici individuati dall'Università; è stato quindi possibile verificare le reali condizioni di stabilità degli elementi portanti nonché l'effettivo stato di conservazione sia delle coperture del monumento, sia dei vani sottostanti, parzialmente inaccessibili dall'interno, che si sono rivelate purtroppo peggiori di quanto fosse dato stimare in fase preventiva.

Di concerto con i tecnici dell'Università e sotto la supervisione dei funzionari della Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici di Parma, si è provveduto ad installare un sistema di monitoraggio, come richiesto dal Dipartimento di Ingegneria dell'Università di Parma, in collaborazione con il Laboratorio francese GINGER CEBTP, con sede in 12 Avenue Gay Lussac Zac La Clef Saint Pierre, 78990 - Elancourt (F) per la verifica in continuo delle eventuali deformazioni derivanti dalle sollecitazioni cui la cupola è sottoposta a seguito dei lavori di restauro. In occasione di tale installazione, si è provveduto a dotare la cupola degli allestimenti di sicurezza utili anche per le successive manutenzioni.

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

FIGURA 16 LA CUPOLA DELLA CHIESA DI SANTA MARIA DEL QUARTIERE



-
- **Ospedale Ugolino da Neviano:** fondato da Ugolino da Neviano poco dopo la sua morte avvenuta intorno al 1335. Il nucleo originario dell'Ospedale "Ugolino da Neviano" sorse in prossimità dell'isolato di Santa Cecilia, nell'attuale via Bixio, non lontano dal Ponte di Mezzo. Negli innumerevoli testi che trattano la storia di Parma, l'Ospedale è spesso citato soprattutto in relazione alle celebrazioni religiose legate alla festa del Corpus Domini. L'Istituto visse nella forma designata dal fondatore per alcuni secoli cambiando solamente il nome: fu chiamato "dei Quattro Mestieri"; di "S. Giacomo" quando fu aggregato all'Ospedale di S. Giacomo di Roma nel 1664. In principio vi erano ricoverati poveri, infermi di qualunque malattia, mentre dal 1598 fu destinato a malati incurabili, da cui il nome "Ospedalino degli Incurabili", rimasto 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.

Fra le proprietà dell'Azienda un dipinto su tela raffigurante "La Sacra Famiglia" di epoca settecentesca (attualmente allocata presso la chiesa del nuovo ospedale di Vaio), il Dipinto su tela "Monsignor Garimberti" e il dipinto su tela "Cornini" conservati a Fidenza ed infine il quadro raffigurante "L'edificazione dell'Ospedale di Fidenza" esposti tutti presso il Comune di Fidenza nel corso di una mostra dedicata all'inaugurazione del nuovo complesso ospedaliero di Vaio nel corso del 2004. E' stata fatta richiesta di possibilità di studio, con rilievi fotografici, della tela "La sacra famiglia"; il quadro, del pittore Carlo Angelo Dal Verme (Fidenza 1748 - 1823), rientra in un più ampio studio riguardante "L'Abate Zani e il suo tempo", promosso dall'Associazione culturale "Le vie del sale" patrocinato e sostenuto dal Comune di Fidenza.

Nel corso del 2006 si è concretizzato il percorso di donazione di 34 opere del pittore Mauro Saviola che ha voluto arricchire le due strutture di Vaio e San Secondo con dipinti per rendere sempre più "vivibile" per i degenti il percorso assistenziale. E' stata, quindi, allestita una mostra dei dipinti nelle sale d'ingresso dello stabilimento ospedaliero in concomitanza con le manifestazioni, organizzate dal Comune di Fidenza, per la "settimana fidentina" che si tengono in onore del Santo Patrono. I quadri, catalogati, sono stati successivamente posizionati nei due Ospedali.

Nel 2007, si è aggiunta anche la donazione di 6 opere del pittore Rino Sgavetta che ha così arricchito, contribuendo a rendere la struttura sanitaria ancora più accogliente, la collezione del Presidio ospedaliero di Fidenza.

Mobilità aziendale

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

La crescita incontrollata della mobilità privata determina maggiori costi economici per tutti: dalla monetizzazione del tempo perso in code estenuanti alle spese sanitarie per malattie e/o disturbi generati da inquinamento da traffico e dalla scarsa possibilità di svolgere attività fisica quotidiana, dai maggiori costi energetici a quelli per il disinquinamento delle aree urbane.

L'ambito sanitario è quello che desta più preoccupazione incidendo sul diritto alla salute delle persone ed in particolare su quelle più indifese, bambini e anziani.

Già con decreto 27/3/1998 il Ministero dell'Ambiente e Tutela del Territorio ha introdotto per le imprese e gli Enti Pubblici con più di 800 dipendenti la figura del Responsabile della Mobilità Aziendale (Mobility Manager). Il mobility-manager è la persona che in azienda si impegna ad incentivare la realizzazione di misure migliorative rispetto alla gestione della mobilità.

L'obiettivo del mobility manager è quello di ottimizzare gli spostamenti sistematici del personale, soprattutto puntando a ridurre l'uso dell'auto privata.

Strumento fondamentale è il Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL), che consiste nello sviluppo e nel controllo di misure che tengano conto delle esigenze (di mobilità) e dei comportamenti dei dipendenti e dell'attenzione politica verso i trasporti urbani. Tale Piano viene elaborato, armonizzato ed integrato con i servizi esistenti in accordo con l'Amministrazione Comunale.

La Regione Emilia-Romagna ha emanato con DGR n. 686/2007 le linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007. In tale atto sono state adottate specifiche determinazioni con le quali sono stati istituiti dei gruppi di lavoro tra i quali quello sulla mobilità sostenibile nell'ambito del programma regionale "Il sistema sanitario regionale per lo sviluppo sostenibile".

Successivamente con atto del Direttore Generale RER n. 15466/08 si è confermato che tra le attività necessarie per l'attuazione del Programma Regionale per uno sviluppo sostenibile vi siano ricomprese quelle relative alla mobilità.

L'intervento di management a livello aziendale si è sviluppato con l'approvazione e l'aggiornamento annuale del Piano spostamenti casa lavoro che ha consentito di ottenere i primi risultati concreti per i dipendenti quali abbonamenti al trasporto pubblico a tassi agevolati e permessi di sosta per le righe blu con forti sconti.

Nello stesso anno con deliberazione n. 368 del 31 maggio 2010 è stato sottoscritto da questa Azienda USL un protocollo d'intesa per promuovere con il Comune di Parma ed altri enti una nuova cultura della mobilità in città e con particolare attenzione ai percorsi casa-scuola.

Il Protocollo d'Intesa per una mobilità sicura, sostenibile e autonoma, ha l'obiettivo di coinvolgere diversi soggetti su un piano comune in cui siano condivisi le linee di azione, gli impegni ed i progetti che si andranno ad implementare.

Il protocollo si propone di responsabilizzare socialmente i soggetti istituzionali coinvolti; diffondere comportamenti sostenibili nei confronti dell'aria e dell'ambiente e della propria salute rafforzando, a partire dai più giovani, la consapevolezza che, anche iniziando da scelte e comportamenti individuali (stili di vita), è possibile migliorare l'ambiente e promuovere il benessere.

Alla fine dell'anno questa Azienda ha aderito al progetto ZEC acronimo di Zero Emission City lanciato dal Comune di Parma con Infomobility e IREN Ambiente e con la partecipazione di aziende pubbliche e private che riguarda la mobilità elettrica e affianca le buone pratiche adottate sia a livello normativo che progettuale dalla Regione Emilia-Romagna.

In pratica il progetto, che inizia dalla scelta dell'auto elettrica come strumento privilegiato di mobilità urbana, vuole far sperimentare nel contesto cittadino un programma concreto di mobilità sostenibile elettrica a livello locale che prevede anche l'introduzione di un modello di business elettrico.

Qui, in sintesi, i benefici che dipendenti e Azienda possono trarre:

TABELLA 18 BENEFICI DI UN PIANO DI SPOSTAMENTI CASA-LAVORO

	Per i dipendenti	Per L'Azienda
Economici	- Minori costi del trasporto - Possibilità di premi economici	- Accesso ai fondi ministeriali - Introiti dalla tassazione delle aree di parcheggio
Mobilità	- Riduzione dei tempi di spostamento - Diminuzione del rischio di incidenti - Maggiore regolarità nei tempi di trasporto	- Regolarità di arrivo dei propri dipendenti - Riduzione delle aree di parcheggio usufruibili per altre finalità - Aumento dell'accessibilità aziendale
Personalì	- Minore stress psicofisico da traffico	
Clima		- Possibilità di creare una condizione di maggiore socializzazione tra i dipendenti - Possibilità di offrire un servizio utile ai propri dipendenti, con eventuali vantaggi, seppure indiretti, in termini di dedizione al lavoro
Immagine aziendale		- Rafforzamento dell'immagine aziendale

Secondo le previsioni della delibera regionale l'Azienda USL di Parma ha partecipato tramite il proprio mobility manager alle attività del gruppo di lavoro regionale ed ha fornito i flussi informativi richiesti compreso l'aggiornamento del Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL), conseguendo gli obiettivi prefissati dalla regione. Il piano in argomento presentato da questa AUSL è stato dichiarato conforme alle disposizioni normative vigenti dall'Amministrazione Comunale di Parma con nota 60552 del 2 aprile 2008. Con deliberazione aziendale n. 579 del 11 settembre 2009 è stato successivamente approvato il protocollo d'intesa relativo agli accordi di Mobility Management tra questa Azienda USL e il Comune di Parma.

Sviluppo sostenibile

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

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

- USO RAZIONALE DELL'ENERGIA Interventi a costo zero che consentono una riduzione dei consumi a favore di una migliore organizzazione e utilizzo degli spazi fruibili. Oltre alle azioni svolte negli anni scorsi, è stato previsto lo spegnimento degli impianti di alcuni reparti dell'ospedale di Vaio nei fine settimana.
- RISPARMIO ENERGETICO: campagna di sensibilizzazione/informazione nei confronti dell'utente/dipendente con consigli tesi alla assunzione di comportamenti virtuosi, dallo spegnimento delle luci all'uscita dei locali, alla chiusura delle finestre con impianti di climatizzazione accesi, alla stampa fronte retro dei documenti, alla raccolta differenziata della carta. Nel corso del 2010 è stato effettuato il monitoraggio dei consumi energetici delle strutture aziendali ed è stata effettuata l'analisi qualitativa dei con-

sumi con conseguenti azioni mirate alla diminuzione degli stessi. Uno degli interventi è stato quello di sostituire i gruppi frigoriferi della strutture di via Pintor.

- FONTI RINNOVABILI: interventi di realizzazione di impianti solari per la produzione di acqua calda, di impianti fotovoltaici per la produzione di energia e di impianti termici alimentati da biomasse in alcune strutture dell'Azienda. In questo ambito, è stata realizzata la centrale a Biomasse (cippato) presso l'Ospedale di Borgataro con potenzialità di 700 kW. Tale intervento, dal costo complessivo di € 500.000,00, ha beneficiato di un finanziamento a fondo perduto della Provincia di Parma pari a € 350.000,00. Inoltre sempre a Borgataro è stato realizzato contestualmente alla costruzione dei parcheggi un impianto fotovoltaico di tipo integrato con una potenza di picco di 16 kW.
- DIAGNOSI ENERGETICHE: Al fine di riqualificare dal punto di vista energetico gli edifici di proprietà dell'Azienda USL, è stata bandita la gara per il Servizio Energia con relativa aggiudicazione e che prevede per tutti gli edifici con fornitura di combustibile la redazione di un attestato di certificazione della prestazione energetica, redatto secondo le modalità previste dal Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 192, dal D. Lgs. n. 311/06 e dalla Delibera della Regione Emilia Romagna 156/2008 "Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici".

Livelli essenziali di assistenza

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

Costi e finanziamento

Per quanto concerne l'analisi dei costi si ricorda come questi siano la reificazione delle risorse impiegate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione; centrale nell'analisi dei costi 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 in tabella si conferma per tutti gli anni considerati, dall'anno 2005 all'anno 2009, una spesa procapite dell'Azienda di Parma sensibilmente al di sotto di quella regionale; osservando la serie storica nell'anno 2009 questo differenziale negativo si attesta 4,49%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 19,6% e del costo per assistito pari al 15,2%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,8%. Le variazioni nel tempo delle variabili in oggetto sono in linea con quelle registrate a livello regionale, che però ha conosciuto un aumento più marcato della popolazione di riferimento.

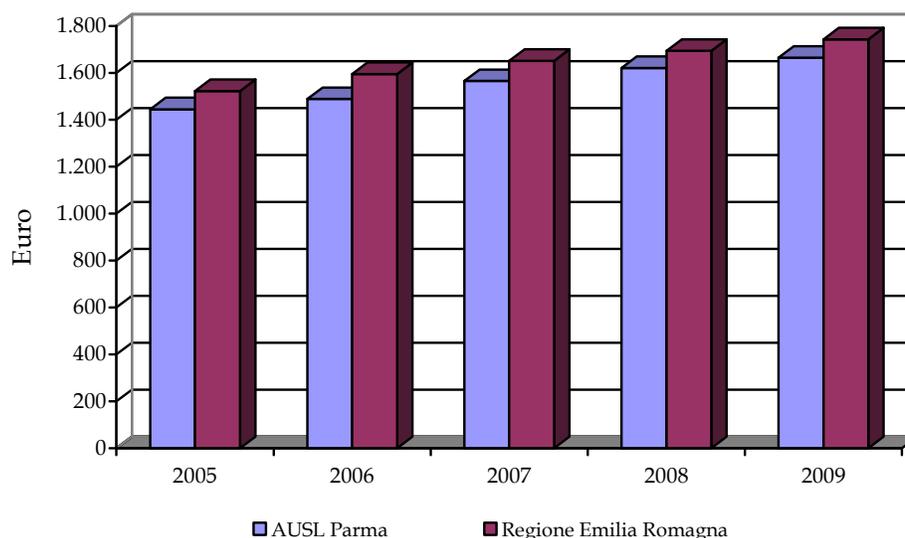
TABELLA 19 COSTI PER ASSISTITO – ANNI 2005–2009

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione ^o	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite		
2005	612.390	423.991	1.444,35	6.320.685	4.151.335	1.522,57	-5,14	-78,22
2006	634.444	426.140	1.488,82	6.680.245	4.187.544	1.595,27	-6,67	-106,45
2007	671.918	429.256	1.565,31	6.972.808	4.223.585	1.650,92	-5,19	-85,62
2008	702.766	433.687	1.620,44	7.242.534	4.275.843	1.693,83	-4,33	-73,38
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,31
Scostamento%								
A. 2005-2009	19,60%	3,78 %	15,24 %	19,61 %	4,50 %	14,46 %		

^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 2005–2009



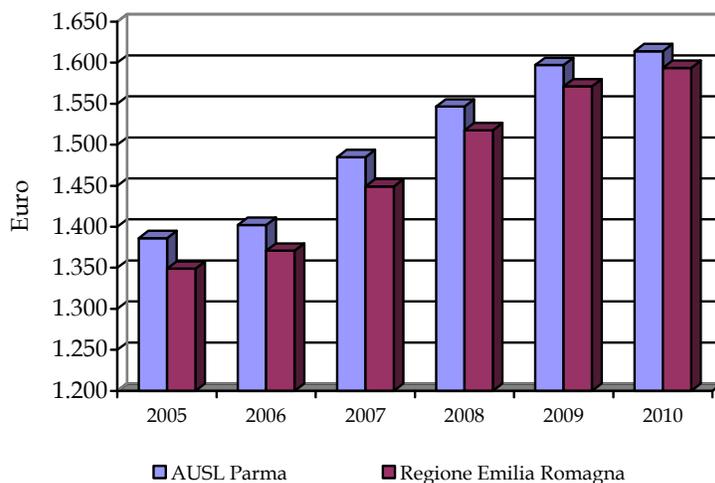
Sul versante del finanziamento dei livelli di assistenza, si rileva come nel periodo di riferimento (per quanto concerne i finanziamenti, a differenza dei costi, si è già in possesso dei dati relativi all'anno 2010) per l'Azienda USL di Parma esso sia aumentato del 23,2%, crescita leggermente inferiore a quella regionale, pari al 25,1%. Il finanziamento per assistito (indicatore ottenuto dal rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma e la popolazione aziendale di riferimento) è aumentato negli anni considerati del 16,4%, misura sensibilmente inferiore a quanto registrato a livello regionale (18,1%).

TABELLA 20 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO – ANNI 2005–2010

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2005	572.732.863	413.182	1.386,15	5.600.000.000	4.151.335	1.348,96	2,76%	37,19
2006	584.532.663	416.832	1.402,32	5.740.000.000	4.187.544	1.370,73	2,30%	31,59
2007	623.731.672	420.056	1.484,88	6.120.820.000	4.223.585	1.449,20	2,46%	35,68
2008	658.347.119	425.690	1.546,54	6.489.089.856	4.275.843	1.517,62	1,91%	28,92
2009	691.717.416	433.096	1.597,15	6.816.420.639	4.337.966	1.571,34	1,64%	25,81
2010	705.866.508	437.308	1.614,12	7.005.511.324	4.395.606	1.593,75	1,28%	20,36
Scostamento % 2005-2010	23,25	5,84	16,45	25,10	5,88	18,15		

Sempre attraverso la lettura della tabella si rimarca come su base annua il confronto tra il livello pro capite di finanziamento Aziendale con quello della media regionale mostri una differenza positiva che tende a decrescere nel corso del tempo, raggiungendo il suo minimo, sia in termini assoluti che relativi, nell'anno 2010. La figura successiva pone l'enfasi sulle differenze in termini assoluti nei livelli di finanziamento pro capite aziendale e regionale.

FIGURA 18 FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2005–2009



Declinando l'analisi dei costi pro capite nelle Aree dei livelli di assistenza, si evidenzia come nel corso degli anni esaminati siano aumentati in tutte le Aree: l'aumento più consistente è rintracciabile nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 18,6%, seguita dall'assistenza ospedaliera che aumenta del 12,3% e, infine, dalla sanità pubblica, che mostra un incremento del 4,1%. Confrontando queste variazioni con quelle Regionali, si osserva il minor aumento del costo pro capite Aziendale nel livello della sanità pubblica (4,1% contro 14,7%); tale costo, partendo da un livello significativamente più alto di quello regionale, è stato da questo superato nel corso del periodo di osservazione. Le variazioni nel livello di assistenza distrettuale sono assai simili tra Azienda USL e media regionale, ma in questo caso il livello regionale partiva da un valore sensibilmente più elevato e rimane tale nel corso del tempo; maggiore di quella della media regionale è, invece, la variazione nell'assistenza ospedaliera: in questo caso il costo pro capite aziendale si avviava da un livello leggermente inferiore posizionandosi, alla data ultima di osservazione, ad una quota leggermente superiore.

TABELLA 21 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2005–2009

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2005	54,15	51,03	771,21	843,29	619,67	628,25
2006	57,38	57,35	807,54	884,57	625,27	653,45
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62
2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,40	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
Scostamento % 2005-2010	4,08	14,74	18,62	18,23	12,33	9,38

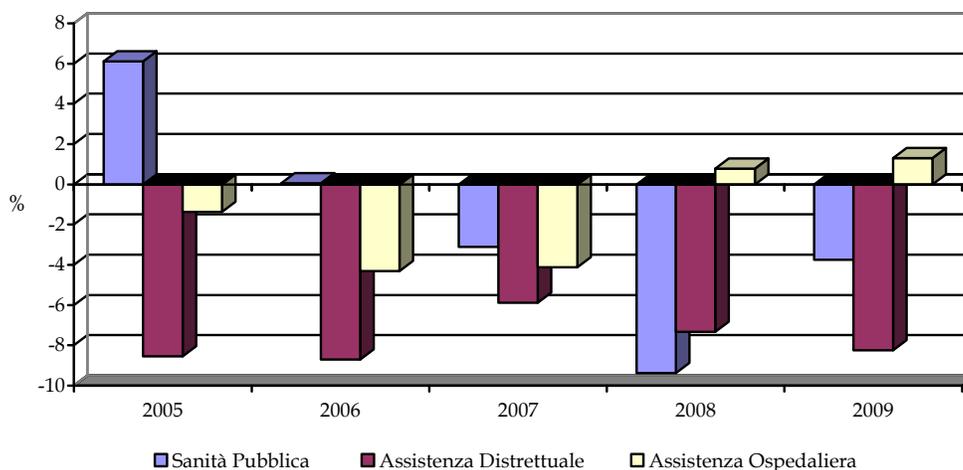
I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale, tabella 4, fanno risaltare come, anche disarticolando la variabile *costo pro capite* per livello di assistenza, i costi pro capite aziendali si mantengono al di sotto della media regionale, con le eccezioni della sanità pubblica per l'anno 2005 e dell'Assistenza Ospedaliera per gli anni 2008 e 2009.

TABELLA 22 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2005-2009

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
2004	0,04%	0,02	-7,27%	-58,10	-1,43%	-8,70
2005	6,11%	3,12	-8,55%	-72,08	-1,37%	-8,58
2006	0,05%	0,03	-8,71%	-77,03	-4,31%	-28,18
2007	-3,11%	-1,82	-5,88%	-54,14	-4,12%	-27,64
2008	-9,38%	-5,74	-7,33%	-70,26	0,78%	5,28
2009	-3,74%	-2,19	-8,25%	-82,22	1,30%	8,93

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

FIGURA 19 – SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA – AUSL – RER – ANNI 2005-2009



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 che oscilla tra il 3,75% e il 3,38%, l'Assistenza Distrettuale tra il 53,37% e il 54,87% e l'Assistenza Ospedaliera tra il 42,88% e il 41,75%. Nella distribuzione nel tempo della composizione percentuale del costo pro capite per livelli di assistenza per l'Azienda USL di Parma non è possibile individuare un trend univoco, laddove, invece, per il livello complessivo regionale si riscontra un aumento del peso nel livello distrettuale a discapito di quello ospedaliero.

TABELLA 23 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA, AUSL RER, ANNI 2005-2009

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2005	3,75	3,35	53,37	55,39	42,88	41,26
2006	3,85	3,59	54,19	55,45	41,96	40,96
2007	3,62	3,55	55,29	55,77	41,09	40,68
2008	3,42	3,61	54,73	56,59	41,86	39,80
2009	3,38	3,36	54,87	57,21	41,75	39,43

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening

I tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono alcuni dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. In particolare, il tumore della mammella è responsabile di circa un quarto 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: inoltre, dal 2010 è stata allargata la fascia di età per lo screening mammografico, con l'offerta annuale alle donne di età compresa fra 45 e 49 anni e biennale da 70 a 74 anni.

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.

Quantitativamente, l'offerta interessa più del 45% della popolazione provinciale, sia residente che domiciliata, pari a quasi 200.000 persone.

Caratteristiche screening				
	Popolazione interessata	Cadenza	Tipo di test	Popolazione interessata
Mammella	Donne 50/74 anni 45/49 anni	Biennale Annuale	Mammografia a doppia proiezione	83.548
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap -test	122.258
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	104.971

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi al periodo 2007-2009.

FIGURA 20 SCREENING MAMMOGRAFICO – ADESIONE NEL PERIODO 2007–2009

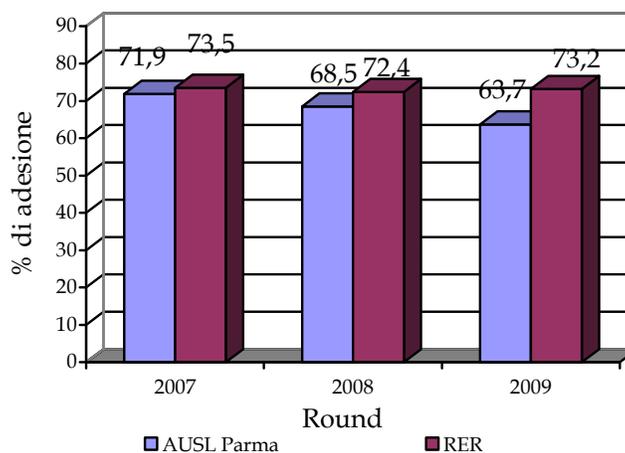


FIGURA 21 SCREENING DEL CARCINOMA UTERINO – ADESIONE NEL PERIODO 2007–2009

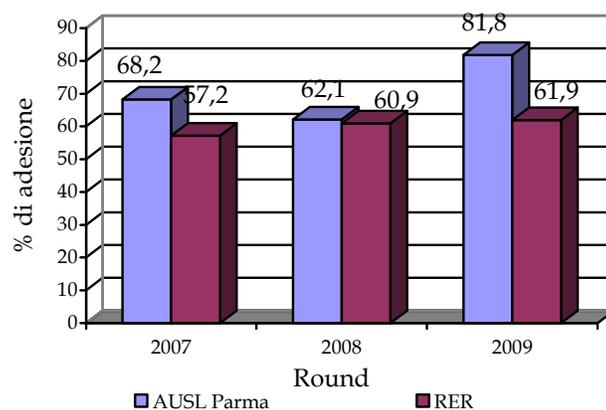
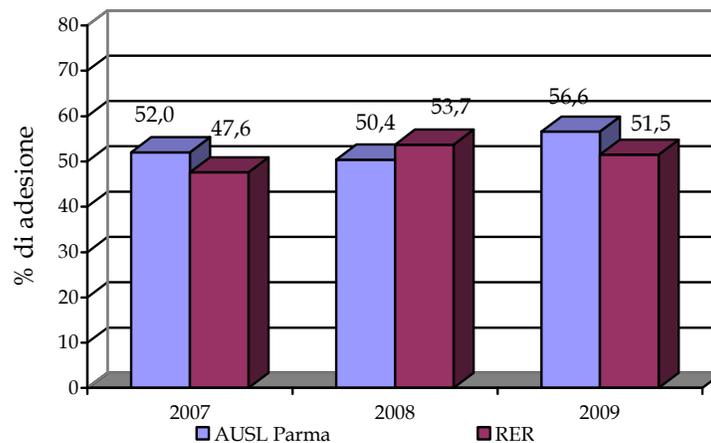


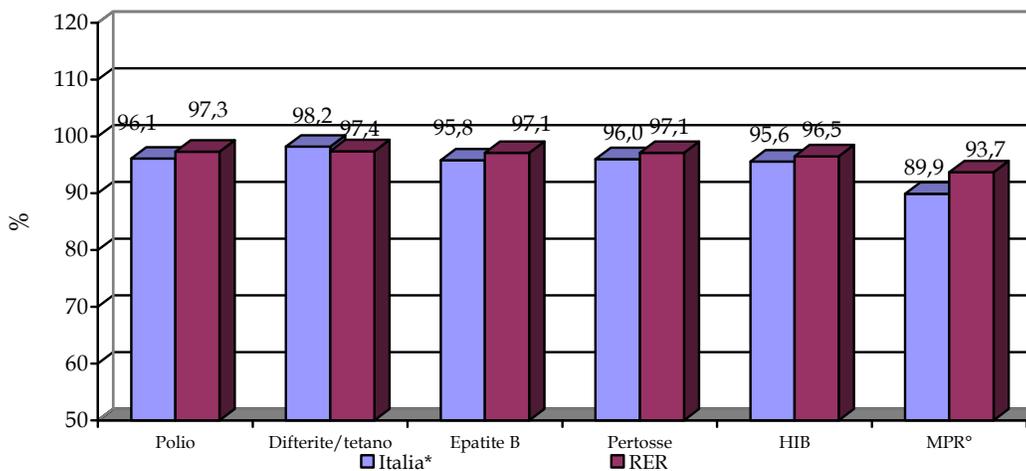
FIGURA 22 SCREENING DEL COLON-RETTO – ADESIONE NEL PERIODO 2007–2009



Copertura vaccinale nei bambini

Le vaccinazioni rappresentano ancora oggi uno dei più efficaci strumenti di prevenzione: raggiungere e mantenere elevati livelli di copertura significa eliminare o ridurre drasticamente l'incidenza di molte malattie infettive. In Emilia Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte d'Italia; più in particolare, per le vaccinazioni obbligatorie la copertura raggiunta nel 2009 è del 97,4% a 12 mesi di età e del 97,1% a 24 mesi.

FIGURA 23 COPERTURA VACCINALE A 24 MESI IN ITALIA ED EMILIA – ROMAGNA – ANNO 2009



Fonte: "Copertura vaccinale nell'infanzia" Anno 2009 - Regione Emilia- Romagna.

*Ministero della Salute. Dati 2009 aggiornati al 8/11/2010.

°vaccinazione con vaccino monovalente (M) o trivalente MPR: morbillo, parotite, rosolia.

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

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	98,4	97,1
HiB 24° mese	98,1	96,5
Morbillo 24° mese	94,4	93,7
Rosolia 13 anni (M+F)	95,7	94,2

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

FIGURA 24 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI

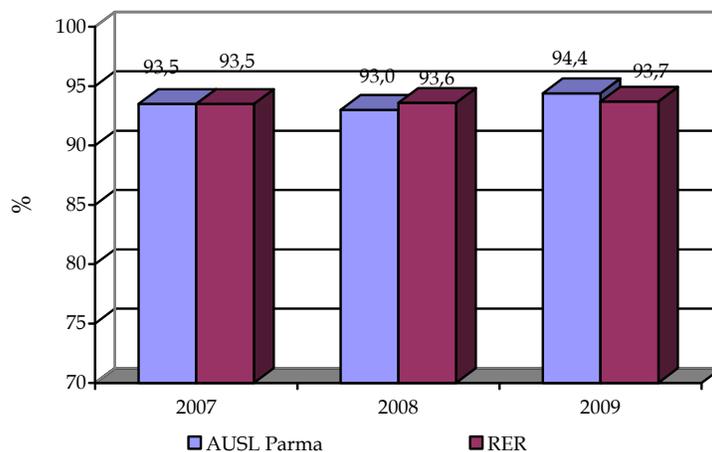


TABELLA 24 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.065	1.919	92,9
Fidenza	943	907	96,2
Valli Taro e Ceno	426	416	97,7
Sud Est	702	663	94,4
AUSL PR	4.136	3.905	94,4

Continua l'azione di recupero dei suscettibili, come previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia.

In relazione agli indicatori distrettuali selezionati dalla Regione ai fini del Bilancio di Missione riferiti all'anno 2009, per ciò che concerne il tasso di copertura vaccinale contro il morbillo, si evidenzia una buona percentuale di bambini vaccinati nei vari distretti con valori al di sopra della media regionale ad eccezione del Distretto di Parma che presenta valori inferiori: d'altro canto, a partire dal 2009, proprio in tale contesto si nota un miglioramento nella percentuale dei vaccinati.

L'impegno va comunque mantenuto e rafforzato, dal momento che la malattia è ancora presente, come dimostrato dall'epidemia di morbillo che ha interessato l'Europa nel 2008.

FIGURA 25 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE

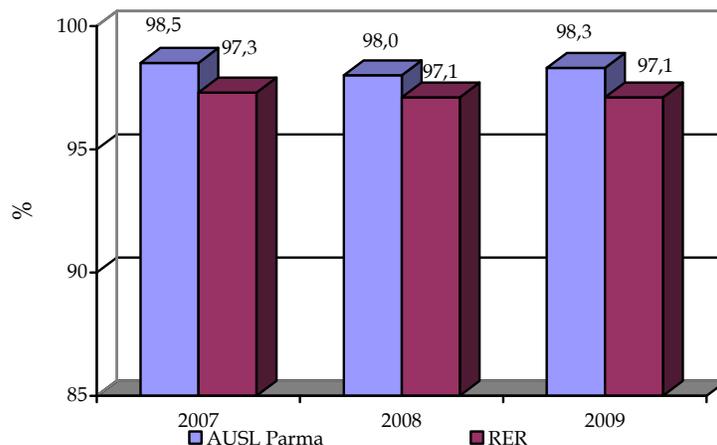
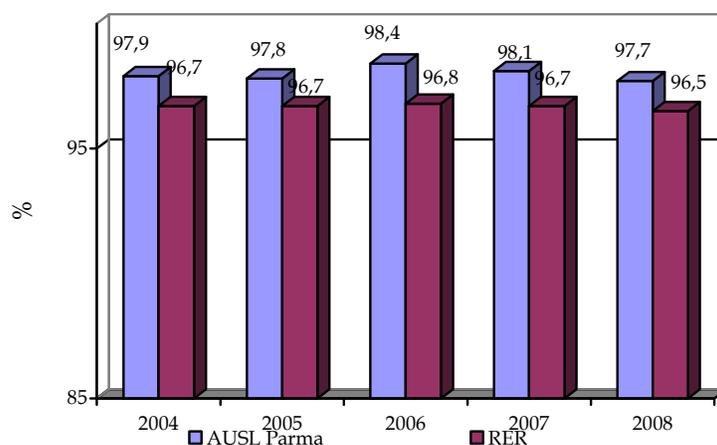


TABELLA 25 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.065	2.026	98,1
Fidenza	943	932	98,8
Valli Taro e Ceno	426	420	98,6
Sud Est	702	689	98,1
AUSL PR	4.136	4.067	98,3

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

FIGURA 106 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI



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

TABELLA 26 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.065	2.019	97,8
Fidenza	943	928	98,4
Valli Taro e Ceno	426	420	98,6
Sud Est	702	689	98,1
AUSL PR	4.136	4.056	98,1

Poliomielite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 98,1% per la vaccinazione anti poliomielite a 24 mesi, contro una media regionale di 97,4%

FIGURA 27 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI

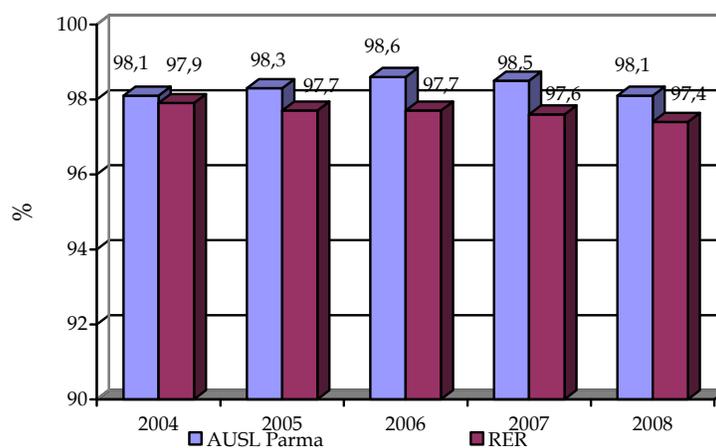


TABELLA 27 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.065	2.030	98,3
Fidenza	943	933	98,9
Valli Taro e Ceno	426	420	98,6
Sud Est	702	689	98,1
TOTALE	4.136	4.072	98,5

Rosolia

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

TABELLA 28 COPERTURA VACCINALE ROSOLIA A 13 ANNI, MASCHI E FEMMINE PER DISTRETTO – 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.636	1.529	93,5
Fidenza	818	801	97,9
Valli Taro e Ceno	346	343	99,1
Sud Est	572	553	96,7
AUSL PR	3.372	3.226	95,8

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

Pneumococco

Dal 2006 è iniziata l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro lo pneumococco ai nuovi nati. Le coperture raggiunte nel 2009 sono decisamente buone: 95,7% della popolazione residente regionale.

TABELLA 29 COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO – 2009

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.026	1.950	96,2
Fidenza	954	937	98,2
Valli Taro e Ceno	404	400	99,0
Sud Est	755	736	97,5
Totale	4.139	4.023	97,2

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

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno si mantiene a livello regionale intorno all'1%, anche se si è mostrato un costante aumento dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 1,0%), con particolare interessamento nella zona romagnola, dove si arriva a superare anche il 4%. A Parma nel 2009 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 66 al 24° mese, 34 dei quali residenti nel Distretto di Parma. Da segnalare che coloro che si sono dichiarati "obiettori" sono solo 37.

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Il confronto dei dati dal 2000 al 2010 permette di evidenziare una quota di soggetti vaccinati più che raddoppiata: si passa infatti dai 43.703 della campagna 2000/01 ai 92.382 del 2009/2010, aumento tra i più alti a livello regionale. La provincia di Parma, pur restando agli ultimi posti in regione, ha compiuto notevoli progressi, passando dal 48% di soggetti vaccinati ultra sessantacinquenni nel 2000/01 al 68,3% del 2009/2010, con un aumento oltre 20 punti percentuali.

TABELLA 30 TASSO DI COPERTURA VACCINALE PER INFLUENZA NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI

Anni	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/2010
Parma	62,3	69,0	68,3	66,5	66,0	68,3
Regione	70,8	74,2	74,4	73,1	73,1	73,0

FIGURA 28 TASSO DI COPERTURA VACCINALE – 2000–2009

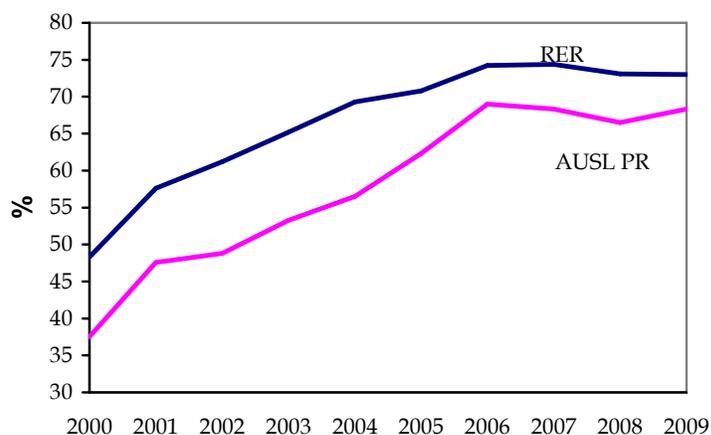


TABELLA 31 PROPORZIONE SOGGETTI VACCINATI ULTRASessantacinquenni

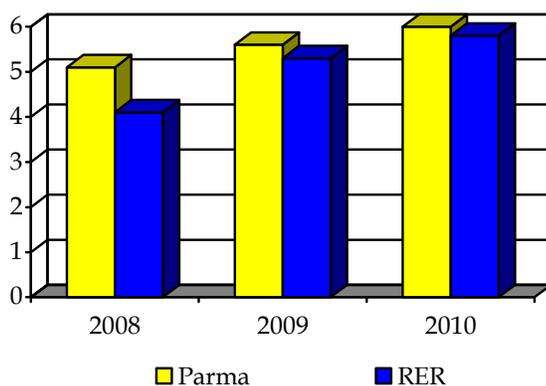
Campagna vaccinale	2006/2007	2007/2008	2008/09
Soggetti vaccinati	91.221	88.231	91.117
Ultrasessantacinquenni	66.491	65.140	64.836
% Ultrasessantacinquenni sul totale	72,9	73,8	71,1

Controllo sugli ambienti di lavoro

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

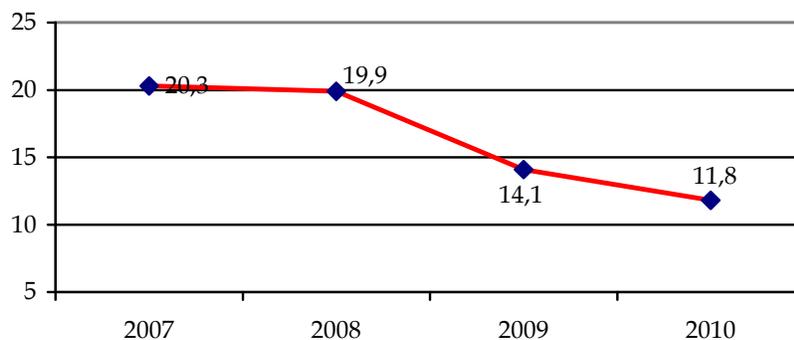
Nel 2010 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro hanno controllato il 6,0% delle Aziende del territorio, collocandosi al di sopra della media regionale 5,8%.

FIGURA 29 PERCENTUALE DI AZIENDE CONTROLLATE SUL TOTALE DELLE AZIENDE ESISTENTI NEL TERRITORIO – CONFRONTO DATO REGIONALE



Nelle aziende oggetto di controllo nel 2010 sono stati emanati 271 provvedimenti prescrittivi che hanno portato ad un indice di violazione pari a 11,8 a fronte del dato regionale di 17,3. Nella figura sottostante è riportato l'andamento dell'indice di violazione nel periodo 2006/2010; si può notare una diminuzione costante negli ultimi anni.

FIGURA 30 ANDAMENTO DELL'INDICE DI VIOLAZIONE NEL PERIODO 2007/2010



Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

Dal 2002 è stato istituito il SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), che, pur non avendo ancora assunto un assetto definitivo, ha sviluppato rapporti di fattiva collaborazione con i servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica, in particolare col Servizio Veterinario, attuando diverse iniziative di miglioramento della qualità.

TABELLA 32 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

Anni	Parma	Regione
2007	31,9	31,3
2008	32,9	29,5
2009	33,4	30,4

Il controllo ufficiale sulle strutture di trasformazione alimenti ha subito un calo rispetto all'anno precedente: oltre ad un fattore di tipo gestionale, il dato va fatto risalire all'approfondimento dell'attività ispettiva mediante l'utilizzo di check-list e la valutazione in loco degli elementi essenziali dell'autocontrollo, che ha determinato ispezioni più "pesanti". Tale modifica è stata resa possibile dalla grande attività degli anni precedenti tesa a portare tutte le aziende ad un manuale di autocontrollo veridico ed utile, anche attraverso l'attività prescrittiva che rappresenta la sanzione più utilizzata. Contestualmente e logicamente, la percentuale di aziende con infrazioni tende a stabilizzarsi, dopo un'iniziale riduzione.

TABELLA 33 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	46,6	28,0
2008	52,3	31,8
2009	63,2	31,9

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

TABELLA 34 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI 2007-2009

Anno	Parma	RER
2007	25,6	32,0
2008	20,2	30,8
2009	15,6	27,7

TABELLA 35 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	47,8	28,6
2008	56,4	32,8
2009	64,1	17,5

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

TABELLA 36 NUMERO MEDIO DI SOPRALLUOGHI PER ALLEVAMENTO. ANNI 2004-2008

Anno	Parma	RER
2007	6,34	4,70
2008	6,09	4,33
2009	6,08	4,34

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

Assistenza distrettuale

Assetto organizzativo

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

In provincia sono infine presenti 132 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 33 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD-EST

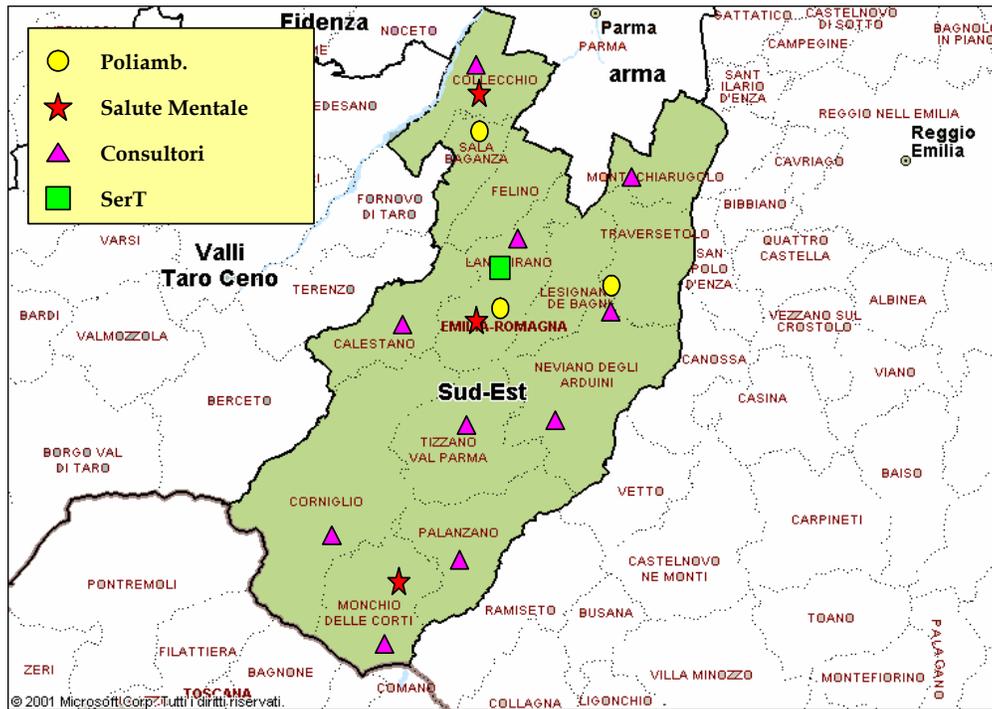
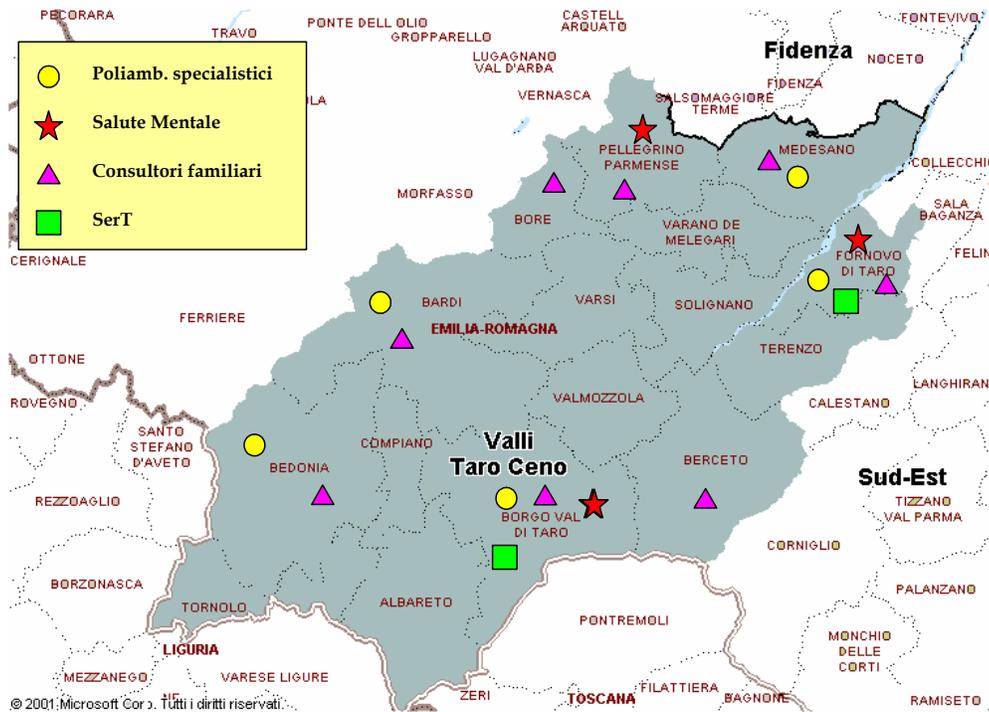


FIGURA 34 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anziani

Dopo il consistente incremento dei posti residenziali convenzionati, realizzato con l'avvio del FRNA nel Distretto di Parma e in misura minore nel Distretto Sud-Est, nell'anno 2010 l'offerta residenziale accreditata/convenzionata è stata ulteriormente potenziata nel Distretto di Parma, per un totale di 12 posti aggiuntivi, mentre negli altri tre Distretti il numero dei posti letto è rimasto immutato rispetto agli anni precedenti.

Se a livello provinciale si mantiene il parametro definito a suo tempo dalla CTSS, pari a 33,2 posti letto per 1000 abitanti > 75 anni, tale valore non è distribuito in modo omogeneo nei Distretti, con una percentuale minima nel Distretto Sud-Est ed una massima nel Distretto Valli Taro e Ceno.

Nel 2010 nel territorio provinciale sono presenti 43 Case Protette e 4 RSA convenzionate, distribuite in 32 Comuni con un indice di diffusione pari al 66%.

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

Distretti	2008			2009			2010		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	761	23.213	32,7	761	23.296	32,6	773	23.581	32,8
Fidenza	397	11.977	33,1	397	12.074	32,9	397	12.141	32,7
Sud-Est	268	8.262	32,4	268	8.346	32,1	268	8.421	31,8
Valli T.e C.	251	6.816	36,8	251	6.792	37,0	251	6.778	37,0
AUSL	1.677	50.268	33,3	1.677	50.508	33,2	1.689	50.921	33,2
RER	15.205	488.469	31,1	15.440	496.034	31,1	nd	nd	nd

Progetti assistenziali individualizzati c/o Appartamenti Protetti e Comunità Alloggio

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

Nell'ambito dunque degli indirizzi per la ripartizione e gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza si è mantenuto l'obiettivo programmatico della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di sostenere nel territorio l'esperienza degli appartamenti protetti anche attraverso il riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario. In tale direzione sono stati mantenuti 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.

TABELLA 38 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2010

Distretti	Popolazione => 75 anni 01/01/2010	Progetti al 31.12.2010 con rimborso FRNA
Parma	23.581	
Fidenza	12.141	10
Sud-Est	8.421	34
Valli Taro e Ceno	6.778	10
TOTALE	50.921	54

L'assistenza semiresidenziale

Analogamente a quanto osservato per i posti letto residenziali a partire dall'anno 2007, nell'ambito degli obiettivi di sviluppo della rete dei servizi a sostegno della domiciliarità, è stata potenziata in misura significativa l'offerta di posti presso i centri diurni passati da 417 nel 2006 a 520 nel 2010, con un aumento del 25% ed un parametro raggiunto decisamente superiore a quello medio regionale. Nel corso del 2010 il lieve sviluppo dell'offerta ha riguardato i Distretti di Parma e Sud-Est per un totale di 3 posti a livello provinciale.

In tutto il territorio, ad eccezione dell'alta valle del Distretto Valli Taro e Ceno, la cui conformazione geografica rende poco agevole l'utilizzo dei servizi semiresidenziali, si mantiene una buona occupazione dei posti convenzionati, caratterizzata dall'aumento di progetti personalizzati con caratteristiche di flessibilità e adeguamento alle esigenze degli anziani e dei *caregiver*.

Nella realtà provinciale sono presenti 40 centri Diurni, distribuiti in 30 Comuni, con un indice di diffusione del 64%.

TABELLA 39 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2008			2009			2010		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	229	23.213	9,9	232	23.296	10,0	233	23.581	9,9
Fidenza	133	11.977	11,1	140	12.074	11,6	140	12.141	11,5
Sud-Est	78	8.262	9,4	83	8.346	9,9	85	8.421	10,1
Valli T.e C.	62	6.816	9,1	62	6.792	9,1	62	6.778	9,1
AUSL	502	50.268	10,0	517	50.508	10,2	520	50.921	10,1
RER	2.903	488.469	5,9	2.967	496.034	5,9	nd	nd	nd

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

Per ciò che riguarda gli indicatori regionali, riferiti al 2009, nel contesto della provincia di Parma si evidenziano valori superiori al 3% di offerta posti letto residenziali e superiori al 1% di offerta di posti semiresidenziali.

FIGURA 35 POSTI LETTO RESIDENZIALI PER PROVINCIA

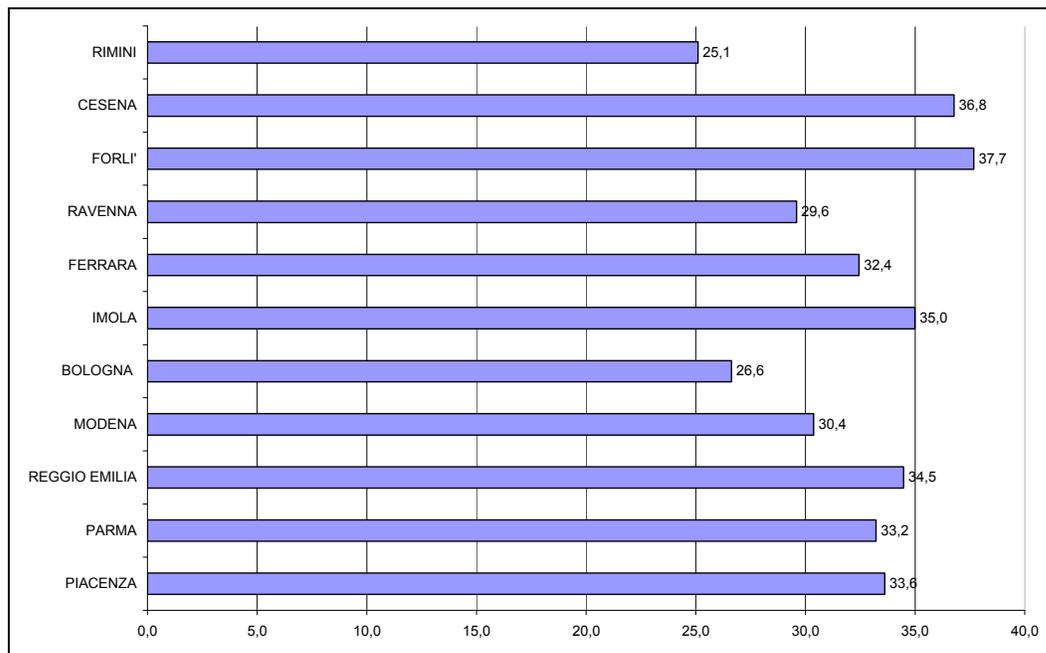
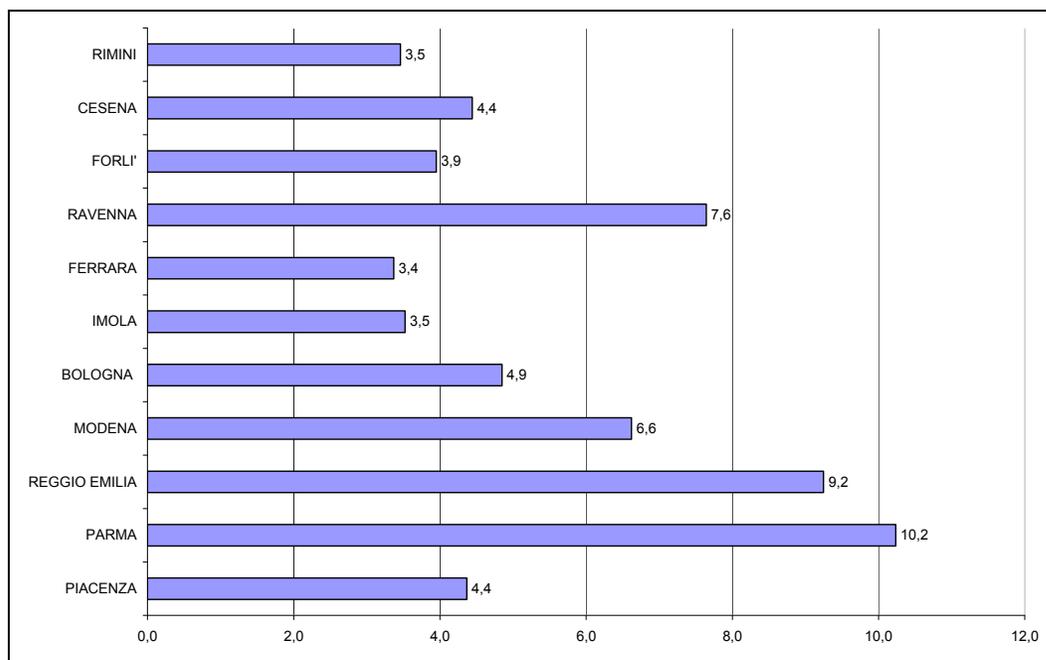


FIGURA 36 POSTI SEMIRESIDENZIALI PER PROVINCIA



Assistenza domiciliare

Il servizio di assistenza domiciliare ha lo scopo di permettere alle persone anziane con limitazioni di autosufficienza, di rimanere al proprio domicilio, nell'ambito familiare e sociale di appartenenza. Il servizio fornisce alla persona anziana, in particolare, assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione del menù quotidiano, per l'integrazione sociale, per le attività di segretariato sociale, con l'obiettivo del mantenimento e del ripristino delle capacità funzionali e della vita di relazione. Il servizio è garantito dai Comuni in base ai propri regolamenti.

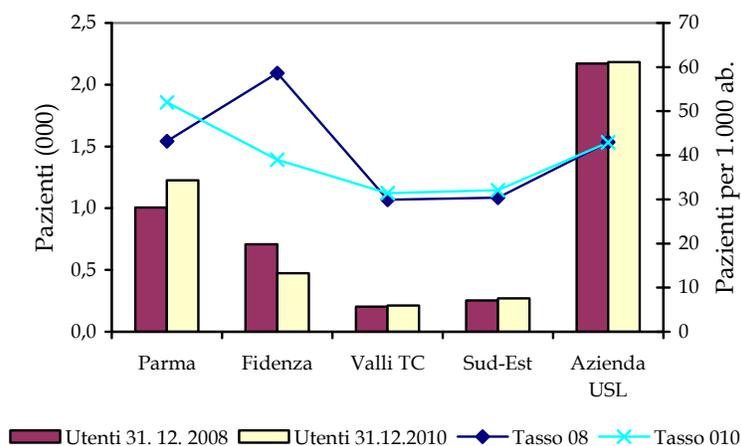
Dal 2008, primo anno di reale sperimentazione delle innovazioni introdotte dalla Direttiva regionale attuativa del FRNA, si è avviato in tutti i territori un processo di cambiamento nella rete socio sanitaria in termini di consolidamento, ampliamento, articolazione e flessibilizzazione dei servizi e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

In tutti i Distretti sono stati potenziati in modo rilevante gli interventi di assistenza a domicilio, sostenuti dal FRNA, nell'ambito dei progetti di vita e di cure che introducono una nuova logica di progettualità rivolta non solo alla cura della persona, ma anche alla sua vita relazionale, al sostegno della famiglia e all'assistente familiare. Tali progetti possono prevedere inoltre il rimborso di servizi accessori quali il pasto, i trasporti ed i servizi di teleassistenza.

Nell'anno 2010 nel territorio provinciale gli anziani destinatari di progetti di vita e di cure a domicilio con rimborso degli oneri a rilievo sanitario da parte del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, erano complessivamente 2.184, con un lieve incremento, rispetto all'anno 2008.

L'offerta del servizio è distribuita in maniera non uniforme nel territorio con una presenza massima nel Distretto di Parma, con particolare riferimento al Comune capoluogo, ed una minima nel Distretto Valli Taro e Ceno dove l'assistenza domiciliare ha potuto svilupparsi solo negli ultimi anni, in conseguenza dell'istituzione del FRNA.

FIGURA 37 UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI - 2008-2010



Sono ora convenzionati con l'AUSL 46 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2010 sono stati ulteriormente potenziati in tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto di Fidenza, gli interventi di accoglienza temporanea di sollievo, innovazione introdotta dalla DGR 1206/07 quale sostegno indiretto alla domiciliarità.

In tutti i Distretti si è scelto di non adibire posti residenziali a tale esclusiva destinazione, ma di occupare posti non accreditati/convenzionati messi a disposizione dalle case protette del territorio. Tale scelta ha permesso di offrire risposte flessibili, consentendo agli anziani ed alle loro famiglie di poter accedere alla struttura vicina alla propria residenza o a strutture ubicate in zone climatiche. Nello stesso tempo si è garantito l'utilizzo ottimale dei posti accreditati/convenzionati, evitando il rischio, per le strutture, di parziale copertura dei posti letto.

TABELLA 40 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2008-2010

Distretto	2008	2009	2010	Variatz. % '10-'09
Parma	70	170	195	14,7
Fidenza	66	67	57	-14,9
Sud Est	83	104	127	22,1
Valli Taro e Ceno	41	60	71	18,3
TOTALE	260	401	450	12,2

Il finanziamento del FRNA a questa tipologia di intervento ha consentito di dare risposta ad un bisogno già noto e pressante nei territori. E' una domanda in costante crescita in quanto si riferisce alle esigenze di supporto delle famiglie impegnate in modo gravoso nell'assistenza al proprio congiunto, consentendo un periodo di vacanza al caregiver, momenti di sollievo per i familiari di anziani affetti da demenza con problemi comportamentali, ma anche di sopperire all'assenza dell'assistente familiare o di permettere dopo una dimissione ospedaliera la predisposizione degli interventi necessari a domicilio.

Assegno di cura

In linea con l'obiettivo prioritario di favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, l'assegno di cura, di importo variabile tra i 13 € ed i 22 € giornalieri a seconda della gravità della persona, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza. Nell'ambito della progettualità esplicitata e condivisa con i caregiver per la cura dell'anziano, il contributo economico rappresenta di fatto una concreta presa in carico all'interno della rete dei servizi oltre a costituire un sostegno economico alla famiglia che spesso deve fronteggiare spese assistenziali onerose.

Nell'anno 2010, in tutti i Distretti, ad eccezione del Sud-Est, si è registrata una diminuzione dei destinatari di assegno di cura determinata dal decremento del budget assegnato.

Il lieve aumento delle risorse complessive del FRNA assegnate nel 2010 rispetto all'anno 2009, non ha consentito di mantenere lo stesso trend d'offerta degli interventi più flessibili, dovendo assicurare il mantenimento, a costi incrementati dei servizi residenziali e semiresidenziali. 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 2008-2010

Distretto	2008	2009	2010	Variatz. % '010-'09
Parma	1.084	1.276	1.179	-7,6
Fidenza	597	494	441	-10,7
Sud Est	339	370	411	11,1
Valli Taro e Ceno	484	576	264	-54,2
TOTALE	2.504	2.716	2.295	-15,5

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

Contributo integrativo per assistenti familiari

Con l'avvio del FRNA, nell'anno 2007 sono stati attivati i contributi integrativi (€ 160 mensili) previsti dalla DGR 1206/07, a favore degli anziani titolari di assegno di cura, che si avvalgono di assistenti domiciliari con regolare contratto di lavoro e con un ISEE non superiore a 15.000 €. L'intervento ha l'obiettivo di supportare le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

TABELLA 42 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2008 - 2010

Distretti	Persone 2008	Persone 2009	Persone 2010	Var. % ' 10-'09
Parma	211	367	435	18,5
Fidenza	71	47	65	38,3
Sud-Est	67	111	165	48,6
Valli T. e C.	25	42	33	-21,4
Azienda	374	567	698	23,1

Nell'anno 2010, rispetto all'anno precedente, si è registrato un ulteriore incremento di tale intervento in tutti i Distretti, ad eccezione delle Valli Taro e Ceno. Si è scelto, infatti, in coerenza con quanto sopra esposto, di sostenere l'impegno delle famiglie nelle situazioni di cura più gravose ed onerose anche dal punto di vista economico. Il contributo economico complessivo, infatti, (assegno di cura e contributo integrativo) rappresenta una effettiva integrazione alle spese sostenute e quindi un reale supporto al mantenimento a domicilio della persona gravemente non autosufficiente.

Gravi disabilità acquisite in età adulta

Con le delibere regionali n. 2068/2004 e n. 840/2008 la Regione ha dato il via ad un processo di sviluppo e di qualificazione dei servizi sanitari e sociali territoriali con l'obiettivo di garantire la continuità del percorso assistenziale ed offrire nuove opportunità domiciliari e residenziali a coloro che vivono una condizione di gravissima disabilità acquisita (Gra.D.A.).

Le tipologie di *deficit* che rimandano alla diagnosi di grave disabilità acquisita, come indicato nella delibera regionale n. 2068/2004, sono le gravissime cerebrolesioni (che rientrano da un punto di vista epidemiologico nella rete Gracer regionale), le gravissime mielolesioni ed i gravissimi esiti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata, dalle quali deriva una permanente o totale dipendenza, intesa come necessità di assistenza quotidiana nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore. Obiettivo principale a livello regionale è garantire la continuità assistenziale e l'adeguatezza degli interventi a livello domiciliare per coloro che scelgono la strada del proprio domicilio, grazie ad una forte integrazione a livello operativo tra l'Azienda U.S.L. ed i Comuni (titolari della funzione socio assistenziale della disabilità).

Occorre anche considerare che non tutti i pazienti sono in grado di rimanere al proprio domicilio non solo per motivazioni di carattere sanitario, ma anche di carattere sociale/assistenziale che impediscono un adeguato intervento domiciliare in loro favore.

Partendo da questi presupposti, nel corso del 2010 l'Azienda U.S.L. ha lavorato per consolidare alcuni percorsi già avviati nel corso dell'anno precedente, in particolare:

- si è ulteriormente rafforzata l'integrazione tra le Commissioni distrettuali Gra.D.A. dei quattro Distretti di cui si compone l'Azienda U.S.L. di Parma dando così vita ad una rete completa e capillare;

- sono stati organizzati momenti mirati di confronto con gli operatori sociali e sanitari del settore sia dell'Azienda U.S.L. che dei Comuni con la finalità di rendere sempre più omogenei, su tutto il territorio aziendale, criteri di accesso e modalità di gestione dei singoli casi;
- nel rispetto del dettato della delibera regionale n. 2068/2004 è stata ricostituita la Commissione aziendale Gra.D.A. (delibera Azienda U.S.L. 29/03/2010 n. 176), in *staff* dalla Direzione Attività Socio Sanitarie, che ha ricevuto da quest'ultima il mandato di elaborare un regolamento aziendale per la formulazione della graduatoria per l'inserimento in strutture residenziali di pazienti affetti da grave disabilità acquisita;
- è ormai completamente a regime, su indicazione specifica della Regione, il flusso informativo dedicato GRAD, denominato Mercurio, da cui è possibile attingere dati completi relativi ai singoli pazienti ed all'universo in parola.

TABELLA 43 PAZIENTI IN CARICO PER TIPOLOGIA DI DEFICIT E PER DISTRETTO. ANNI 2009- 2010

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						Totale Pazienti		Di cui DECEDUTI durante l'anno	
	GRAVISSIMA CEREBROLESIONE		GRAVISSIMA MIELOLESIONE		PATOLOGIA NEUROLOGICA					
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti	
Parma	37	40	3	4	20	25	60	69	12	10
Fidenza	20	18	2	3	10	9	32	30	3	2
Valli T.Ceno	8	7			9	10	17	17	5	5
Sud-Est	16	9	2	7	17	17	35	33	8	7
Tot. AUSL	81	74	7	14	56	61	144	149	28	24
Tot. RER	628	643	87	96	449	499	1.164	1.238	173	162

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad.

Nel 2010 il numero dei pazienti coinvolti nel programma risulta essere di 149 casi, con un aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente (+ 5 casi).

La gravissima cerebrolesione rappresenta sempre la tipologia di *deficit* predominante (49% nel 2010 e 56,3% nel 2009), seguita dalla patologia neurologica (40,4%) e dalla gravissima mielolesione (10,6%).

I dati aziendali rispecchiano la realtà regionale: è stato infatti registrato un aumento del numero di pazienti dal 2009 al 2010 (+74) e la "categoria" di *deficit* maggiormente rappresentata è quella delle gravissime cerebrolesioni seguita dalle patologie neurologiche.

TABELLA 44 PAZIENTI IN CARICO PER CLASSI DI ETÀ E PER DISTRETTO. ANNI 2009- 2010

Distretto di presa in carico	Classi d'Età										Totale Pazienti	
	0 - 17		18 - 44		45 - 64		65 - 74		75 +			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Parma			11	15	12	19	20	20	17	15	60	69
Fidenza	1	1	9	11	13	13	7	4	2	1	32	30
Valli T.Ceno	2	2	3	3	6	5	3	2	3	5	17	17
Sud-Est	1		4	4	17	20	7	5	6	4	35	33
Tot. AUSL	4	3	27	33	48	57	37	31	28	25	144	149
Tot. RER	25	52	259	273	463	499	256	258	161	156	1.164	1.238

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad.

La classe di età più rappresentata è la "45-64 anni", a seguire la "18-44" e "65-74 anni".

Sia nel 2009 che nel 2010 sono stati seguiti dai servizi pazienti con età inferiore ai 18 anni, nel rispetto della D.G.R. 840/2008.

A livello regionale dal 2009 al 2010 si è registrato un incremento di pazienti nelle fasce di età 0-74 anni, con un incremento considerevole nella classe 0-17 anni (+27).

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per quanto attiene alle gravi disabilità acquisite in età adulta il F.R.N.A. ha trovato attuazione da un punto di vista normativo con la delibera di G. R. 1206/2007 allegato 6 che, in sintesi, prevede interventi di carattere residenziale e l'erogazione di un assegno di cura giornaliero per i pazienti seguiti a domicilio.

La delibera regionale 840/2008 ha ampliato "l'utenza" ai minori di anni 18 chiarendo che gli interventi da essa previsti debbano essere assicurati anche in:

- presenza di *deficit* e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR 2068/04 insorti anche prima del diciottesimo anno di età, quali ad esempio mielolesioni, gravi cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative;
- limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi *deficit* presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi;

Come negli anni precedenti, l'Azienda U.S.L. nel corso del 2010 ha contribuito a supportare la pianificazione del F.R.N.A. (con particolare riguardo alla ripartizione tra i Distretti) per lo sviluppo dei piani per la non autosufficienza, nonché il monitoraggio delle attività e delle risorse del F.R.N.A.

Per l'anno 2010 la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto alla Provincia di Parma la quota di F.R.N.A. pari a Euro 1.415.567,00 (uguale al 2009).

TABELLA 45 RIPARTO ANNUALITÀ 2010 F.R.N.A. GRA.D.A. SUDDIVISA PER DISTRETTI

Distretti	Quota Gra.D.A. Residenzialità	Assegni di Cura	Totale
Parma	491.243	166.980	658.223
Fidenza	245.708	138.667	384.375
Sud-Est	184.573	72.496	257.069
Valli Taro e Ceno	48.740	67.160	115.900
Totale	970.264	445.303	1.415.567

Fonte: Decisione n. 4/2010 della CTSS.

La quota di Fondo Regionale per la Non Autosufficienza assegnata dalla Regione non è stata sufficiente a coprire il 45% della spesa complessiva per l'assistenza residenziale per le gravissime disabilità acquisite (percentuale a carico del F.R.N.A. prevista dalla delibera regionale 1206/2007 allegato 6). La differenza, pari a Euro 2.126.721,76, è stata sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale all'interno della propria programmazione il che porta la percentuale del Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.) al 69,20%.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

La delibera regionale n. 2068/2004 ha in più parti sottolineato l'importanza di favorire il rientro presso il proprio domicilio dei pazienti con grave disabilità acquisita una volta terminato il percorso riabilitativo. Vi sono però situazioni particolari (e sempre più numerose) in cui la mancanza di opportune condizioni (sanitarie, familiari, sociali ed ambientali) impone di perseguire la strada della lunga assistenza alternativa al domicilio.

TABELLA 46 PAZIENTI GRA.D.A. RICOVERATI IN STRUTTURE RESIDENZIALI. ANNI 2009-2010

Distretto di presa in carico	Tipologia di Struttura Residenziale										Totale Pazienti Assistiti	
	STRUTTURA RESIDENZIALE DEDICATA		NUCLEO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		NUCLEO DEDICATO c/o CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE		POSTO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		ALTRO			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010		
Parma	15	9	7	8	3	3			9	18	29	29
Fidenza	9	9	2	2				1	9	8	15	14
Valli Taro e Ceno		2							8	7	8	7
Sud-Est	16	10	2	2	2	1	1		2	2	18	12
Totale Azienda U.S.L.	40	30	11	12	5	4	1	1	28	35	70	62
Totale Regione	114	98	125	144	71	65	92	104	107	119	467	466

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD.

A livello aziendale il numero dei pazienti ricoverati in strutture residenziali nel 2010 (62) si riduce del 3% circa rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda la tipologia delle strutture utilizzate per l'assistenza residenziale, secondo la terminologia del flusso informativo regionale, si sono verificati 12 ricoveri in "nucleo dedicato c/o Casa protetta/RSA", 1 in "posto dedicato c/o Casa protetta/RSA", 4 in "posto dedicato c/o Centro Socio Riabilitativo Residenziale", 30 in "struttura residenziale dedicata" e 35 in "struttura ospedaliera o altra tipologia".

TABELLA 47 PAZIENTI GRA.D.A. RICOVERATI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA RESIDENZIALE. ANNI 2009 - 2010

Distretto di presa in carico	Tipologia di assistenza residenziale				Totale Pazienti Assistiti	
	ASSISTENZA ASSISTENZIALE A LUNGO TERMINE		ASSISTENZA RESIDENZIALE DI SOLLIEVO E/O CON FINALITA' EDUCATIVE DI ADDESTRAMENTO			
	2009	2010	2009	2010		
Parma	32	36	2	2	34	38
Fidenza	14	12	6	8	20	20
Valli Taro e Ceno	7	9	1	0	8	9
Sud-Est	18	9	5	6	23	15
Totale AUSL	71	66	14	16	85	82
Totale Regione	474	477	35	53	509	530

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD.

A livello provinciale, l'80,5% dei ricoveri è stato del tipo "residenziale a lungo termine come da D.G.R. n. 2068/2004. il restante del tipo "assistenza residenziale di sollievo temporaneo e/o con finalità educative di addestramento": tale tipologia di ricoveri è finalizzata sia a dare un aiuto concreto ai familiari che quotidianamente seguono a livello domiciliare i propri congiunti, sia per "addestrare" i familiari e/o il personale assistenziale affinché sia possibile il rientro a domicilio di pazienti ricoverati.

Assegno di cura

Con la delibera n. 2068/2004 la Regione ha approvato la concessione dell'assegno di cura dell'importo giornaliero di Euro 23,00 finalizzato a facilitare la permanenza di persone con disabilità gravissime o in stato vegetativo e/o di minima coscienza assistite al domicilio, in situazione di dipendenza totale.

I requisiti per poter usufruire dell'erogazione dell'assegno di cura sono principalmente due:

- il riconoscimento della condizione di grave disabilità acquisita che viene "misurata" attraverso scale di valutazione indicate dalla Regione;
- il valore I.S.E.E. del nucleo familiare del soggetto beneficiario che non deve essere superiore a Euro 34.000,00 annui.

Il numero dei pazienti che nel corso del 2010 ha beneficiato dell'assegno di cura ha registrato una leggera flessione positiva(+ 2 unità).

Il numero di contratti attivati durante l'anno può non corrispondere al numero di pazienti, in quanto una persona può risultare nel corso dell'anno beneficiaria di più di un contratto a seguito, ad esempio, di ricovero (ospedaliero o presso una struttura residenziale) per un periodo superiore ai 30 giorni: in questo caso il contratto che legittima l'erogazione dell'assegno di cura viene chiuso e può essere riattivato, con un nuovo documento, una volta che la persona è rientrata al proprio domicilio.

TABELLA 48 ASSEGNI DI CURA GRA.D.A. PER FASCE I.S.E.E. ANNI 2009-2010

Distretto di presa in carico	Pazienti		Contratti attivati	
	2009	2010	2009	2010
PARMA	24	29	24	30
FIDENZA	17	15	17	15
VALLI TARO E CENO	9	8	9	8
SUD EST	11	11	13	11
TOTALE A.U.S.L.	61	63	63	64
TOTALE REGIONE	524	560	538	606

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD.

TABELLA 49 ASSEGNI DI CURA GRA.D.A. PER FASCE I.S.E.E. ANNI 2009-2010

Distretto di presa in carico	Classi di reddito								Totale Pazienti	
	Meno di Euro 10.000		Tra Euro 10.000 e Euro 20.000		Tra Euro 20.000 e Euro 35.000		Oltre Euro 35.000			
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Parma	8	11	5	7	11	11		1	24	29
Fidenza	4	4	9	8	4	3			17	15
Valli Taro e Ceno	3	2	4	3	2	3			9	8
Sud-Est	3	3	4	4	5	4	1		11	11
Totale Azienda U.S.L.	18	20	22	22	22	21	1	1	61	63
Totale Regione	175	281	204	183	154	137	5	5	524	560

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca dati GRAD

Le persone/familiari che percepiscono l'assegno di cura si attestano sulle fasce di valore I.S.E.E. intermedio come era facilmente prevedibile, considerato che la delibera regionale non consente l'estrapolazione della situazione economica/patrimoniale del solo beneficiario.

Dalla tabella precedente risulta un aumento, seppur minimo, di persone con valore I.S.E.E. inferiore a Euro 10.000,00: questo valore è più evidente osservando il dato regionale.

Assistenza domiciliare

I pazienti che dopo il percorso di ospedalizzazione successivo all'evento morboso rientrano al proprio domicilio possono usufruire di interventi domiciliari che si distinguono in base al progetto di vita e di cure che viene elaborato dal responsabile del caso.

TABELLA 50 PAZIENTI IN CARICO CON ASSISTENZA DOMICILIARE. ANNI 2009– 2010

AUSL di presa in carico	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Sociale/Volontariato		TOTALE PAZIENTI		TOTALE EPISODI DI CURA	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Parma	16	14	16	13	0	0	32	27	49	35
Fidenza	10	5	9	8	1	0	20	13	32	19
Valli Taro e Ceno	7	2	0	2	0	0	7	4	12	5
Sud-Est	8	7	10	5	0	0	18	12	28	14
Totale Azienda U.S.L.	42	30	36	28	1	0	79	58	130	81
Totale Regione	424	383	201	162	8	7	633	552	906	831

Nota regionale: Ricerca effettuata nella Banca dati regionale ADI

Fonte: Banche dati GRAD e ADI, Regione Emilia Romagna

La tabella indica, sia a livello aziendale che regionale, una contrazione del numero totale di pazienti assistiti a livello domiciliare e, conseguentemente, un minore numero di episodi di cura.

Le motivazioni, di varia natura, potrebbero includere:

- un peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti a seguito delle quali viene richiesto l'accesso in strutture dedicate;
- la scelta della famiglia di avvalersi di assistenti familiari che coprano l'intero arco della giornata e non richiedere l'intervento del servizio pubblico;
- il decesso dei pazienti.

Area Handicap

Con la delibera n. 1230/2008 la Regione ha proseguito il percorso di inserimento dei servizi e degli interventi per disabili nel F.R.N.A. cercando di raggiungere i seguenti obiettivi:

- assegnazione completa nel 2009 e nel 2010 delle risorse in modo equo a livello di ambito territoriale di ciascuna Azienda U.S.L.;
- omogeneizzazione sul territorio regionale dei criteri di integrazione socio-sanitaria e di applicazione dei LEA;
- definizione quanto più uniforme possibile in ambito territoriale degli interventi e dei LEA anche attraverso il contributo del F.R.N.A. "specifico" per l'area della disabilità.

Nel corso del 2010 a livello aziendale è stato proseguito quanto avviato negli anni precedenti:

- le indicazioni regionali hanno trovato piena applicazione, in particolare per quanto riguarda l'elaborazione dei piani attuativi di zona per la cui realizzazione l'Azienda U.S.L. ha svolto un ruolo di

- supporto costante, partecipando attraverso i propri professionisti sia al tavolo dell'Ufficio di Piano sia al tavolo tematico dell'area della disabilità;
- è continuata la qualificazione della propria capacità di governo delle tematiche connesse all'assistenza alle persone diversamente abili, con particolare riferimento alla definizione, monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati di assistenza (funzione di committenza mirata);
 - sono proseguiti gli incontri con i referenti dell'area disabilità sia dell'Azienda U.S.L. che degli Enti che gestiscono questa funzione per favorire la realizzazione di percorsi comuni nell'accesso dei servizi per disabili;
 - è stato costituito un gruppo di lavoro con i professionisti che operano in questo settore (sanità e sociale) per la realizzazione di un sistema informativo per la gestione dei servizi rivolti alla popolazione disabile. Il programma informatico, realizzato in seno alla Direzione Attività Socio Sanitarie, è stato condiviso con i professionisti di cui sopra in tutte le sue parti: l'applicativo consentirà di reperire informazioni dettagliate, ad esempio, in merito al numero di utenti in carico, alla tipologia dei servizi erogati nonché agli enti erogatori;
 - la Direzione Attività Socio Sanitarie ha partecipato all'avvio del progetto di Area Vasta AVEN "La presa in carico sociosanitaria nell'arco della disabilità. Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord" finalizzato a rilevare ed analizzare il percorso di accesso, valutazione e presa in carico, nella rete integrata socio sanitaria degli utenti disabili della fascia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
 - è stata rafforzata a livello distrettuale l'attività delle commissioni U.V.M. in cui sono compresenti professionisti dell'Azienda U.S.L. e del settore sociale;
 - in seguito all'approvazione di direttive regionali in materia di accreditamento di servizi socio assistenziali, l'Azienda U.S.L. ha presentato domanda di accreditamento per i centri socio riabilitativi residenziali e diurni nei termini temporali indicati dalla Regione.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2010 la Regione ha riconosciuto all'Azienda U.S.L. di Parma il "trasferimento" di Euro 9.398.319,00 quale F.R.N.A. per l'area della disabilità rivolta alla popolazione 15-64 anni. L'Azienda U.S.L., coerentemente con quanto previsto dal sistema di *governance* regionale, ha svolto un'azione di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

TABELLA 51 RIPARTO ANNUALITÀ 2010 F.R.N.A. DISABILI SUDDIVISA PER DISTRETTI

Distretti	Riparto F.R.N.A. Area Disabili
Parma	4.765.270
Fidenza	2.244.238
Sud-Est	1.477.762
Valli T. Ceno	911.049
Totale	9.398.319

Fonte: Decisioni n. 5/2010 della CTSS.

Le tipologie di intervento il cui costo è imputabile sul F.R.N.A. sono interventi residenziali, semiresidenziali e domiciliari (fra questi si intendono anche gli assegni di cura ed i ricoveri di sollievo quale sostegno alla domiciliarità).

Assistenza residenziale e semiresidenziale

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali presenti nell'ambito dell'Azienda U.S.L. è diversificata e comprende:

- centri residenziali:
 - o centri socio-riabilitativi residenziali;
 - o comunità alloggio, gruppi appartamento, appartamenti protetti;
- centri semi residenziali:
 - o centri socio-riabilitativi diurni;
 - o centri/laboratori socio-occupazionali.

L'Azienda U.S.L. coordina direttamente, attraverso proprio personale qualificato, le seguenti strutture:

- o Distretto di Parma: due centri residenziali e tre centri semiresidenziali;
- o Distretto di Fidenza: un centro residenziale, un centro semiresidenziale ed un laboratorio occupazione;
- o Distretto Sud-Est: un centro residenziale ed un centro semiresidenziale;
- o Distretto Valli Taro e Ceno: un centro semiresidenziale.

In ambito provinciale, inoltre, sono presenti centri residenziali, semiresidenziali socio assistenziali e socio-occupazionali gestiti direttamente da cooperative sociali/associazioni che operano in regime convenzionale con l'Azienda U.S.L.

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

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.
2006	137	420.056	0,33	1.665	4.223.585	0,39
2007	144	425.690	0,34	1.792	4.275.843	0,42
2009	153	437.308	0,35	1.915	4.377.473	0,44

Fonte: Sistema Informativo Politiche Sociali – Rilevazione ISTAT Presidi residenziali socio-assistenziali. Dati provvisori al 31-12-2009.¹

Nel biennio 2007-2009 si è registrato a livello aziendale un aumento, seppur minimo, dei posti letto in strutture residenziali per disabili: tale aumento è in linea con i dati regionali. A livello regionale, al contrario, è registrato un costante aumento dei posti letto.

TABELLA 53 POSTI SEMIRESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.
2006	218	420.056	0,52	3.606	4.223.585	0,85
2007	252	425.690	0,59	3.753	4.275.843	0,88
2009	314	437308	0,72	3.885	4.377.473	0,89

Fonte: Sistema Informativo Politiche Sociali – Rilevazione ISTAT Presidi residenziali socio-assistenziali. Dati provvisori al 31-12-2009.²

Per quanto attiene alle strutture semiresidenziali, a livello aziendale nel periodo 2007-2009 si è registrato un aumento dei posti di “centro diurno” (+ 62 posti). Tale aumento è stato registrato anche a livello regionale, come evidenziato dalla tabella.

¹ Manca il dato relativo all'anno 2008 perché l'ISTAT ha sospeso la rilevazione dei Presidi per quell'anno.

² Ibidem.

Assegno di cura

L'assegno di cura è uno strumento di intervento che integra e non sostituisce gli altri servizi territoriali domiciliari e semi-residenziali della rete dei servizi.

L'entità del contributo è da prevedersi in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza e non autonomia della persona disabile, alle sue necessità assistenziali ed alle attività di assistenza garantite direttamente dalla famiglia. Il contributo giornaliero è fissato in euro 15,49 giornaliero (alta intensità assistenziale) o Euro 10,33 (media intensità assistenziale o fruizione di altri servizi o interventi presenti nella rete). La valutazione dell'I.S.E.E. viene effettuata sull'intero nucleo familiare.

La banca dati che raccoglie le informazioni relative agli assegni di cura è denominata SMAC ed è gestita direttamente dalla Regione.³

La tabella seguente evidenzia a livello aziendale una contrazione del numero di beneficiari nel biennio 2009-2010 (-26). Sempre in ambito provinciale è maggiore il numero di assegni di cura per il livello assistenziale medio, mentre a livello regionale si è registrato il fenomeno contrario.

TABELLA 54 ASSEGNI DI CURA. BENEFICIARI PER LIVELLO ASSISTENZIALE. ANNI 2009 – 2010

	Livello assistenziale			Livello assistenziale		
	Alto	Medio	Totale	Alto	Medio	Totale
	2009			2010		
PARMA	46	28	74	46	36	82
FIDENZA	3	80	83	0	63	63
VALLI TARO E CENO	15	23	38	5	38	43
SUD EST	20	19	39	9	11	20
TOTALE A.U.S.L.	84	150	234	60	148	208
TOTALE REGIONE	949	822	1.771	916	847	1.763

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna.

Assistenza domiciliare

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

Fra gli interventi a sostegno della domiciliarità, oltre all'assegno di cura, sono contemplati anche i ricoveri di sollievo, ossia periodi limitati di ricovero in centri adeguati finalizzati a consentire alla famiglia di usufruire di momenti di riposo. E' un bisogno sempre più presente, tenuto conto che la maggior parte dei disabili inseriti nei centri semiresidenziali e in assistenza domiciliare hanno genitori anziani che a fatica provvedono al loro accudimento.

³ Per l'anno 2009 risultano mancanti i dati dell'Azienda U.S.L. di Imola.

Psichiatria

L'offerta residenziale del DAISM DP di Parma si conferma notevolmente superiore, per numero di posti, alla media regionale, mantenendo peraltro un'ampia diversificazione di tipologie, prevedendo sia strutture a Trattamento Intensivo, a Trattamento Protratto, Socio Riabilitativo e Socio Residenziali come previsto dalla normativa vigente.

Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono diverse tipologie di risposte residenziali (come i 57 posti disponibili in appartamenti assistiti) allo scopo di fornire all'utenza una vastissima gamma di possibilità in base ai bisogni espressi e alle esigenze di cura.

TABELLA 55 POSTI RESIDENZIALI

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Parma	221	224	222	213	227	227
Regione	1.688	1.679	1.673	1.810	1.852	N.D.

TABELLA 56 DETTAGLIO OFFERTA RESIDENZIALE

	Gestione diretta	In convenzione	Totale
Posti in Residenze sanitarie a trattamento intensivo	40	-	40
Posti in Residenze Sanitarie a Trattamento Protratto	13	28	41
Posti in Residenze sanitarie a trattamento Socio Riabilitativo	16	20	36
Posti in Comunità e Gruppi Appartamento	12	98	110
Totale	81	146	227

Per ciò che riguarda l'offerta semiresidenziale, attualmente i posti accreditati sono 55 (25 presso il Centro diurno Santi e 30 presso il Centro diurno "le Viole") ai quali si aggiungono mediamente n° 6 posti di frequenza diurna presso la Residenza a Trattamento Intensivo "PRP" di Fidenza e 2 posti presso lo SPOI a direzione universitaria. E' in atto una trasformazione del Centro Diurno "Le Viole" tesa a sviluppare percorsi riabilitativi individualizzati forti, realizzati prevalentemente nel territorio, mirati al mantenimento/ recupero delle abilità degli utenti nelle fasi iniziali della malattia.

TABELLA 57 POSTI SEMIRESIDENZIALI

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Parma	57	67	61	61	63	63
Regione	983	1.008	992	1.030	1.030	N.D.

La rete delle cure palliative ADI e Hospice

Assistenza Domiciliare

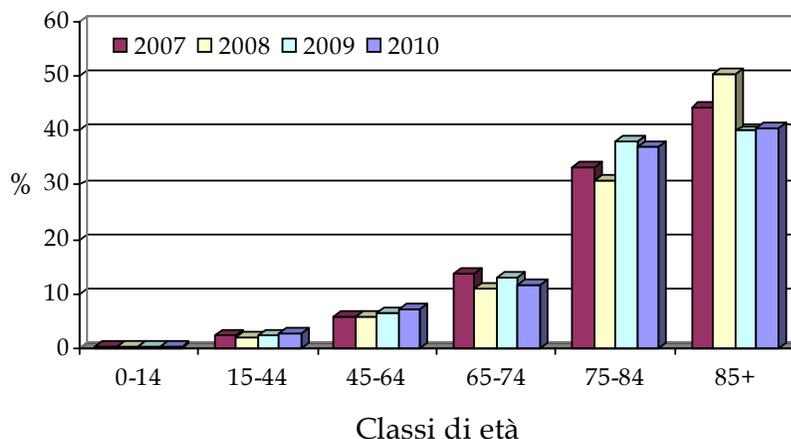
L'assistenza a domicilio è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. E' rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto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

L'assistenza si differenzia in tre livelli:

- **assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria (I livello)** caratterizzata da una prevalenza di bisogni cui tendenzialmente si dà risposta tramite interventi socioassistenziali che sono principalmente erogati dalle équipes infermieristiche e dagli assistenti sociali con un ruolo di verifica e controllo da parte del MMG che rimane, anche negli altri livelli di intensità, il responsabile terapeutico del caso;
- **assistenza domiciliare a media intensità sanitaria (II livello)** in questo caso i bisogni degli utenti hanno una caratterizzazione più 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 équipes infermieristiche;
- **assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria (III livello):** il bisogno degli utenti è rappresentato dalla cura di eventi patologici particolarmente intensi ma comunque tali da poter essere ancora gestiti a domicilio o da situazioni nelle quali si debba far fronte alle problematiche della terminalità anche non neoplastica tramite molteplici interventi di équipes domiciliari e pluriprofessionali che rappresentano il valore aggiunto del percorso assistenziale.

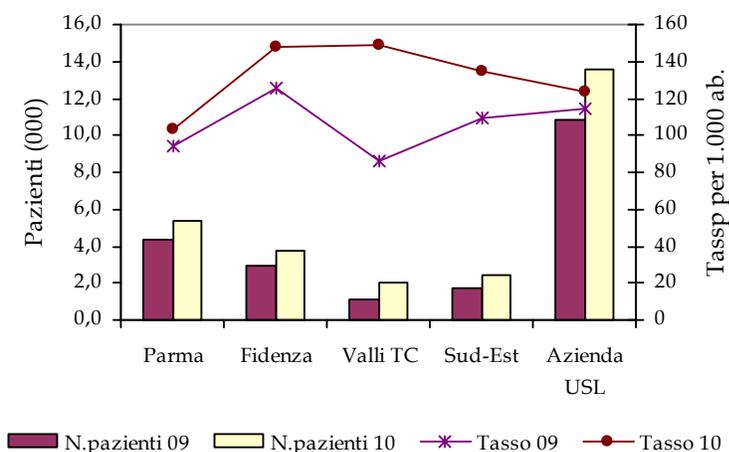
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2010 evidenzia che sono ormai stabili nella distribuzione per età i numeri di pazienti seguiti e che le variazioni registrate non sono significative di modifiche nelle strategie aziendali di gestione del servizio di assistenza domiciliare. Gli aumenti verificabili in valori assoluti sono imputabili al costante incremento della qualità e capillarità della rilevazione. Il numero dei casi subisce aumenti rispetto all'anno precedente proprio per questa ragione: si conferma, dunque, la capillarità del servizio che mantiene livelli estremamente soddisfacenti (anche in confronto al dato regionale).

FIGURA 38 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA – 2007-2010



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

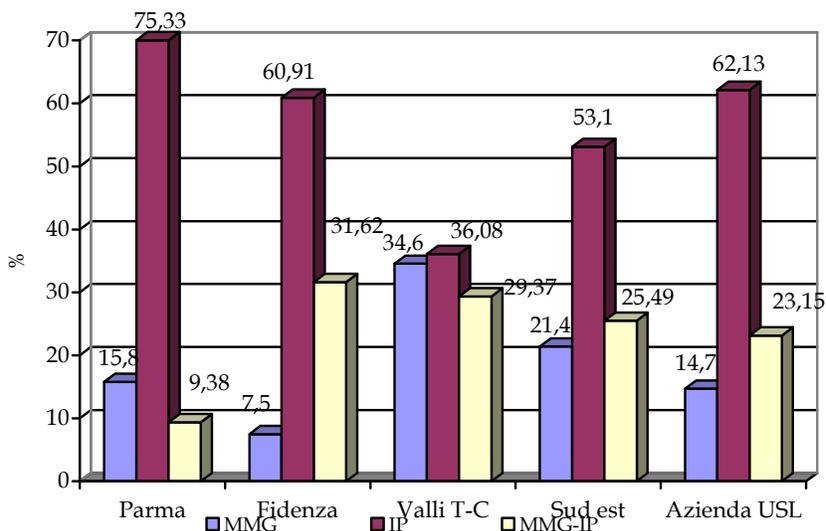
FIGURA 39 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2009-2010 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni. Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari a 124 per 1.000 residenti.

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

FIGURA 40 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - ANNO 2010



La figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, in questo caso, un consolidamento delle metodologie che, come negli anni scorsi, differenziano lievemente le modalità assistenziali nei vari territori provinciali e che spesso dipendono dalle caratteristiche geografiche del territorio stesso. Da sottolineare, ad esempio, il diverso assetto organizzativo per il Distretto Valli Taro e Ceno dove sembra esserci una distribuzione pressoché uniforme tra le tre modalità di presa in carico a differenza degli altri territori dove le équipe infermieristiche appaiono nettamente più “autonome” nella gestione dei pazienti: ciò rappresenta la necessaria risposta dell’organizzazione alle difficoltà logistiche e alle disagiate condizioni orografiche.

Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2010, continuato il proprio sviluppo nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali mirate a rimodulare l'articolazione dei servizi per rispondere alle mutate esigenze dei pazienti, in particolare sul versante del controllo del dolore e della qualità dell'assistenza residenziale.

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

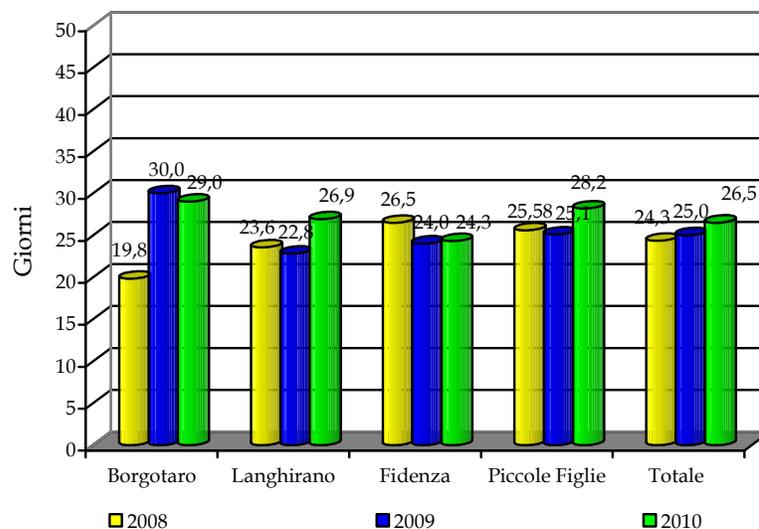
Come noto, gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e la scarsa invasività, in quanto la componente clinica è di minore intensità rispetto a quella assistenziale, caratterizzata da un'assistenza infermieristica di base continuativa. Questa ha reso possibile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

TABELLA 58 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	08	09	10	08	09	10	08	09	10
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	174	171	191	85	84	83	102	110	112
Giornate di degenza	4.609	4.104	4.650	1.685	2.516	2.408	2.402	2.512	3.011
	Parma			Totale					
	08	09	10	08	09	10			
Posti letto	8	8	8	41	41	41			
Pazienti	72	112	108	433	477	494			
Giornate di degenza	1.842	2.816	3.045	10.538	11.948	13.114			

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

FIGURA 41 HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA - 2008-2009-2010



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

Le patologie prevalenti sono quelle neoplastiche (83,4%) rappresentate soprattutto dalle neoplasie polmonari (10,7%), dalle neoplasie del colon-retto (9,2%), a seguire poi le neoplasie di pancreas, stomaco e mammella. Un'analisi degli indicatori di attività rileva come l'utilizzo di queste strutture sia andato consolidandosi nel tempo. Trattandosi di strutture innovative rispetto a quelle abituali, un periodo di latenza per raggiungere l'efficienza operativa è fisiologico.

Si può osservare come pressoché tutte le strutture nel primo anno di attività si attestino su performance non ottimali per quanto riguarda il tasso di occupazione e durata media della degenza che nel tempo sono migliorate, a testimonianza di un miglioramento nella gestione operativa e di un buon livello di funzionamento della rete dei servizi.

FIGURA 42 HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA - 2008-2009-2010

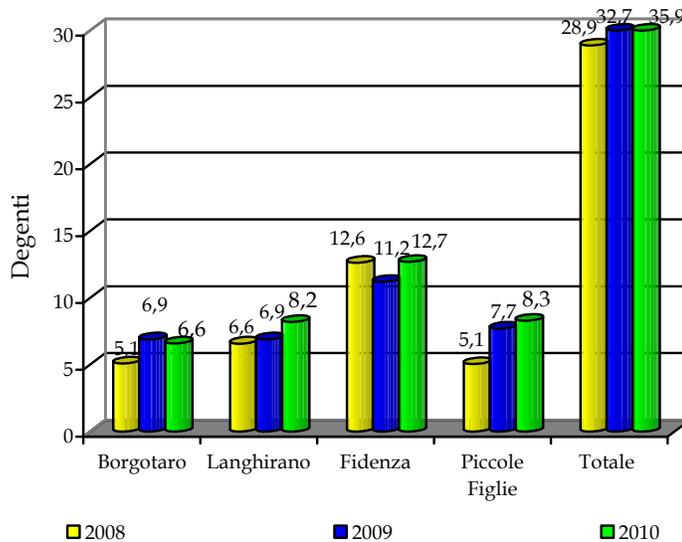
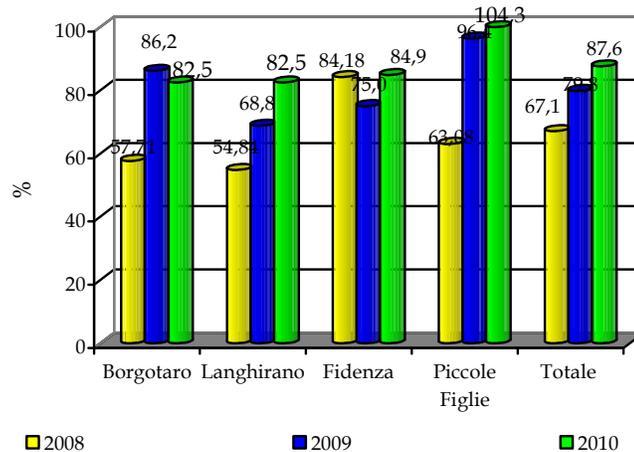


FIGURA 43 HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE - 2008-2009-2010



Consultori familiari

I consultori familiari si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia ed hanno raggiunto, sul versante della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, diversi importanti obiettivi adeguando la propria attività alle caratteristiche ed ai bisogni della popolazione. Negli ultimi anni sono state progettate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori con particolare riferimento al percorso nascita, alla prevenzione del disagio giovanile, ma anche a quello dello screening e dei consultori per la popolazione immigrata.

Nell'ambito della programmazione e organizzazione socio-sanitaria i servizi per la maternità e l'infanzia sono considerati come facenti parte di un'area omogenea e integrata che hanno bisogno di risposte specifiche e dedicate.

Un esempio di questa attenzione sono le numerose leggi nazionali e regionali in cui è sottolineata la finalità dei Consultori Familiari a promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, coppia e famiglia attraverso interventi integrati anche con le istituzioni locali, gli enti e le associazioni di volontariato.

In questa ottica è proseguita l'attività mettendo l'accento su due importanti aree della programmazione: quella giovanile e dell'immigrazione con l'obiettivo di promuovere la salute, riconoscendo e valorizzando le differenze culturali.

Per quanto riguarda l'area giovanile è proseguita l'attività dello Spazio Giovani nelle aree tematiche che le sono proprie: consulenze sui temi dell'affettività, rapporti con i genitori/gruppi dei pari, consulenze sui problemi dell'alimentazione, consulenze psicologiche e visite ginecologiche, ma anche interventi di promozione alla salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche o in ambito extra-scolastico.

Nel 2010 i ragazzi che si sono rivolti al consultorio per adolescenti sono stati 1.168 tra cui 177 ragazzi immigrati. Gli interventi di promozione al benessere hanno coinvolto circa 5.500 ragazzi. Lo Spazio Giovani, a questa funzione "storica", affianca quella di punto di accesso/accoglienza per tutti i Servizi Aziendali rivolti a questa fascia d'età: operatori, opportunamente formati, fatta una prima valutazione forniscono informazioni, orientano e, quando necessario, inviano/ accompagnano l'utente al professionista o al Servizio Aziendale competente. Questo agevola, semplificandolo, l'accesso dell'utenza giovanile ai servizi dedicati. Gli accessi all'accoglienza sono stati di 455 utenti, di cui 410 femmine e 66 maschi; di questi circa l'80% degli accessi ha proseguito il rapporto con il Servizio nei percorsi interni (ginecologo, psicologo, andrologo, nutrizionista, ecc.), mentre i restanti sono stati inviati ad altre strutture. Nei consultori aziendali le presenze di utenti provenienti da paesi al di fuori della Comunità Europea è stata nel 2010 pari a 4.242 (25,12%). L'utenza straniera è negli ultimi anni progressivamente aumentata in tutte le sedi consultoriali a conferma della capacità dei consultori di dare risposte adeguate a popolazioni di culture diverse.

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

Percorso nascita

Nell'anno 2009 è proseguita la linea d'intervento adottata negli anni precedenti, anche in adempimento al DGR 533/08, tesa a favorire un'omogenea assistenza alla gravidanza, con interventi di preparazione alla nascita, di assistenza al parto, al puerperio e sostegno all'allattamento al seno.

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

Nel 2009 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1.550, di cui 735 donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (47,4% del totale), confermando l'impegno nella promozione di una genitorialità consapevole.

Mentre è proseguito il progetto interaziendale "Parto a domicilio", primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna, con il progetto "Assistenza alla gravidanza fisiologica" si sono valorizzate le donne in

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

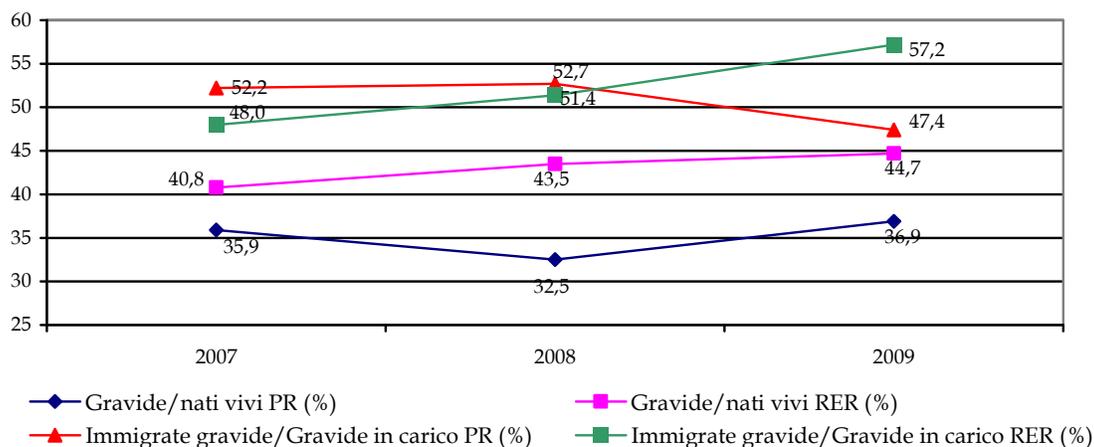
Il progetto Dimissione Appropriata della madre e del neonato sano, iniziato negli anni precedenti, ha garantito alle neo-mamme l'assistenza domiciliare e ambulatoriale da parte dell'ostetrica e del Pediatra di Libera scelta. Con i Pediatri di libera scelta poi, si è ampliato l'accordo per l'assistenza ai neonati dimessi dopo ricovero in Neonatologia per fornire ai genitori in difficoltà il sostegno necessario.

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

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

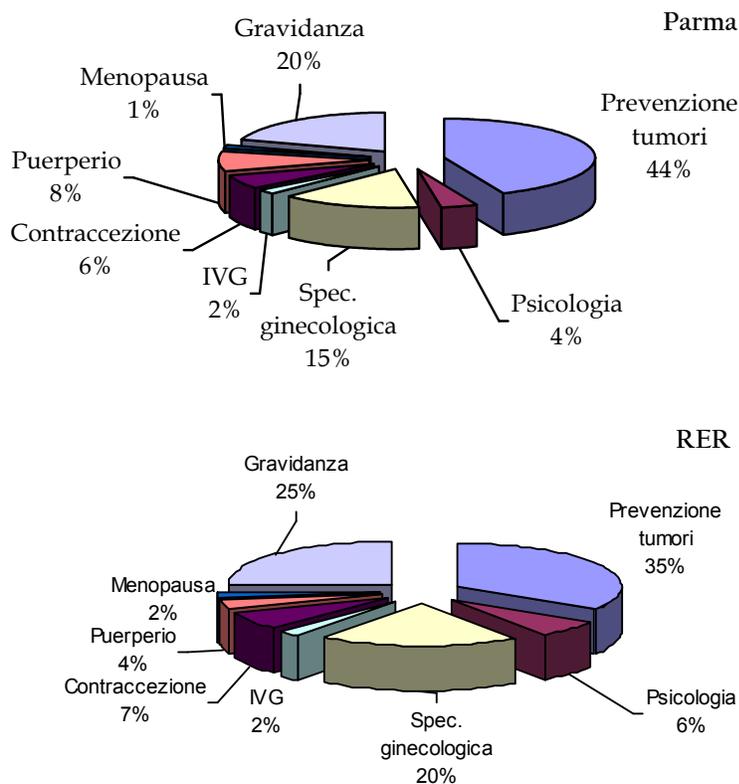
Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza alla gravidanza, nel 2009, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è pari a 36,9 in aumento rispetto all'anno precedente, mentre la percentuale di donne gravide provenienti da paesi sottosviluppati è il 47,4% del totale.

FIGURA 44 PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE SU NATI VIVI



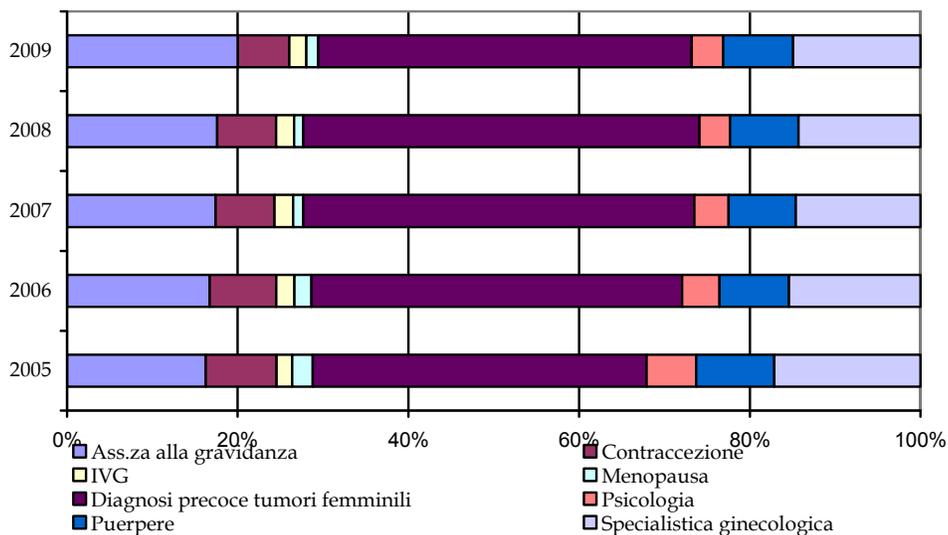
L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2009, a Parma, il 43,7% delle attività consultoriale riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili (in diminuzione), il 14,9% ad attività ginecologica (lieve aumento), il 20% alla gravidanza (aumento), l'8,2% al puerperio (stabile), il 6 % alla contraccezione (diminuzione), il 3,7% all'attività psicologica (stabile), l'1,4% alla menopausa (stabile) e all'interruzione volontaria di gravidanza il 2 % (stabile).

FIGURA 45 ATTIVITÀ CONSULTORIALE – AUSL PARMA E RER – 2009



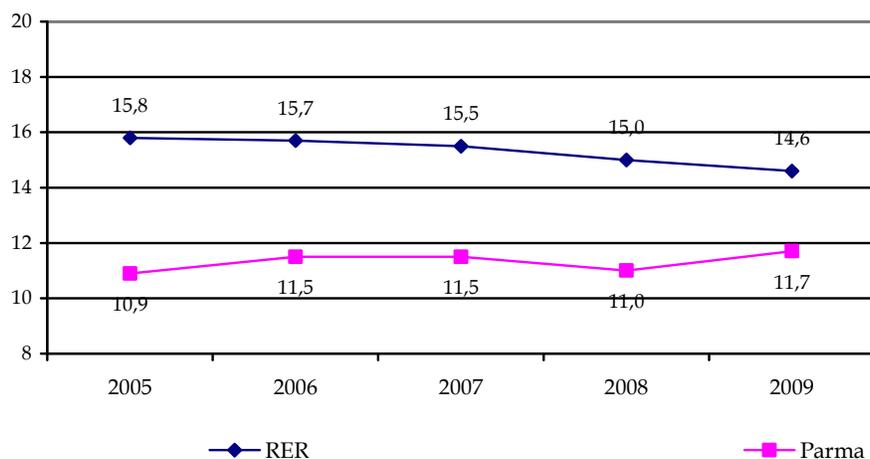
Il confronto con i dati regionali evidenzia, da parte dei consultori di Parma, una percentuale di attività maggiore nella prevenzione dei tumori femminili nonché nel puerperio; al contrario, i consultori di Parma presentano percentuali di attività minori, rispetto ai valori regionali, nell'attività di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

FIGURA 46 DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI – 2005-2009



La percentuale di utenti a cui sono state erogate prestazioni di ostetricia e ginecologia a livello aziendale (11,7%) è in crescita rispetto al 2005, confermando la stabilità del dato negli ultimi anni mentre, a livello regionale, il valore è in diminuzione (14,6%).

FIGURA 47 PERCENTUALE DI UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (PRESTAZIONI DI OSTETRICIA/GINECOLOGIA) – ANNI 2005–2009



Infanzia e Adolescenza

TABELLA 59 ISTRUTTORIE PER LE ADOZIONI – 2009

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Adozioni nazionali	5	5	3	1	14
Adozioni internazionali	0	2	1	0	3
Entrambe le adozioni	14	2	6	2	24
Ex art. 44 adozione nominale	2	0	1	0	3
TOTALE	21	9	11	3	44

Negli ultimi cinque anni (2004 – 2009) oltre circa 650 coppie si sono rivolte ai Servizi Adozioni della provincia di Parma per richiedere informazioni.

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

I dati riferiti alle istruttorie avviate evidenziano un aumento dal 2003 al 2005, mentre dal 2006 si assiste a un calo, ancora più accentuato nel 2008 e che prosegue nel 2009.

Per quanto riguarda la tipologia di richieste adottive nel corso del 2009, rispecchiando il trend degli anni precedenti, la maggior parte delle coppie sceglie di avviare l'istruttoria sia per l'adozione nazionale che internazionale, seguita dall'adozione solo nazionale, mentre l'istruttoria per la sola adozione internazionale continua a calare.

A tali scelte corrispondono i numeri delle effettive adozioni realizzate: nel 2009 quelle nazionali sono decisamente inferiori a quelle internazionali, sebbene il gap diminuisca.

TABELLA 60 – ADOZIONI – 2009

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Abbinamenti complessivi	7	5	4	1	17
Adozioni nazionali	11	3	3	2	19
Adozioni internazionali	18	8	7	3	36

Nel 2009 le adozioni effettuate in provincia sono state 36 di cui la metà realizzate nel Distretto di Parma, seguito da Fidenza e Sud Est, all'incirca in ugual misura, ed infine dal Distretto Valli Taro e Ceno.

Da segnalare come nel 2009 siano aumentate le adozioni nazionali, dopo il calo registrato nel 2008, dove rappresentavano solo il 28% delle adozioni totali.

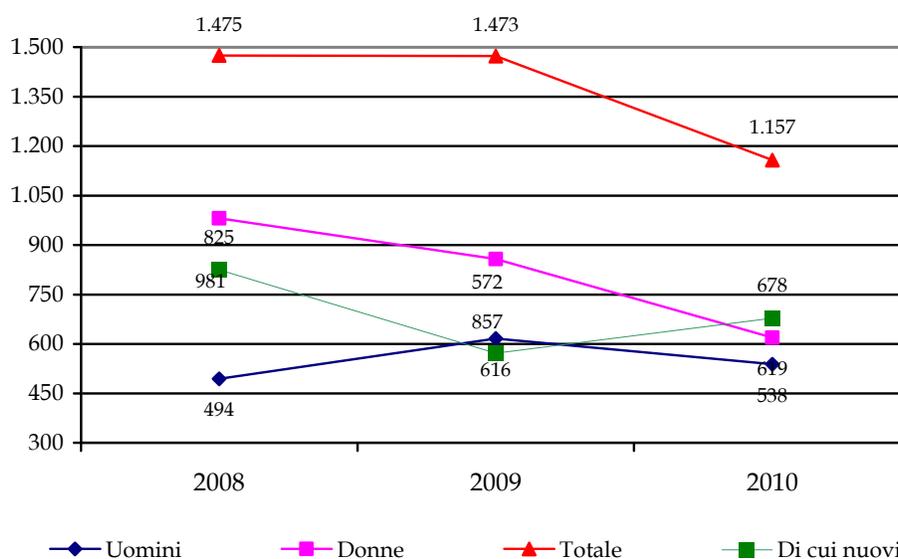
In linea con gli anni precedenti nel 2009 si riscontra una bassa fascia di età dei bambini adottati nel territorio: nell'adozione internazionale tornano ad essere compresi quasi esclusivamente nella fascia di età 0-2 anni, mentre nell'adozione nazionale la prevalenza si attesta nella fascia 8-10 anni.

I Paesi di provenienza risultano afferenti in prevalenza all'area dell'Est Europa , Asia e Sud America.

Spazio immigrati

Come si evince dal grafico sottostante, l'utenza del 2010 è in calo rispetto all'anno 2009 anche se il numero di nuovi utenti è in crescita (572 nel 2009 e 678 nel 2010); il trend in calo dell'utenza è da ricondurre, per quanto riguarda l'utenza femminile, ai recenti provvedimenti che hanno portato alla regolarizzazione di un cospicuo numero di cittadine di nazionalità straniera (decreto flusso e Badanti) e quindi iscrivibili al SSN. Inoltre, grazie al miglioramento dell'orientamento dell'utenza, si è favorita l'accessibilità dell'utenza femminile all'Area Salute Donna.

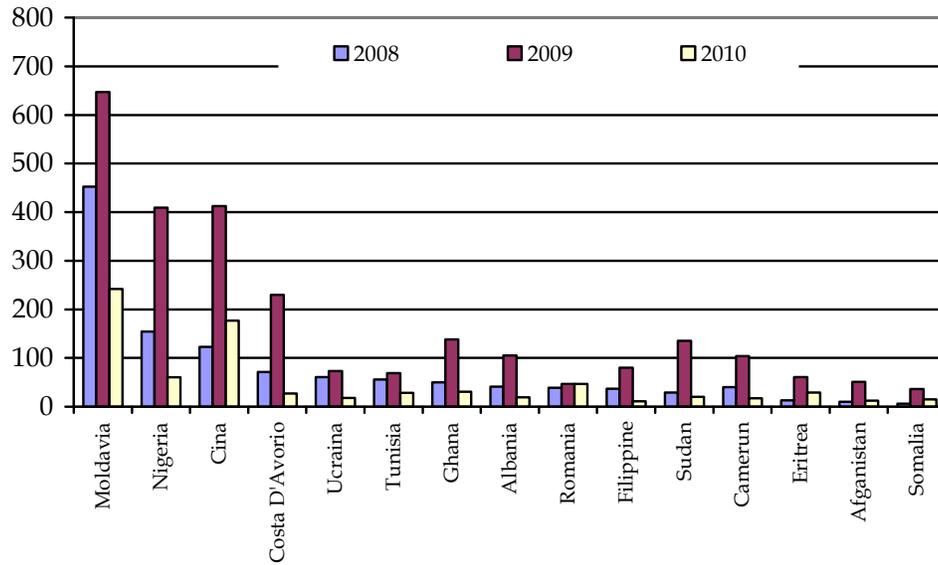
FIGURA 48 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA - 2008-2010



I soggetti in carico per nazionalità

Considerando i dieci gruppi nazionali maggiormente rappresentati, pur osservando un calo dell'utenza rispetto all'anno precedente, continuano ad essere maggiormente rappresentate nella casistica i cittadini Moldavi, Nigeriani e Cinesi. Sono ancora ben rappresentati i pazienti provenienti dall'Africa e dall'Asia rispetto ai sud americani.

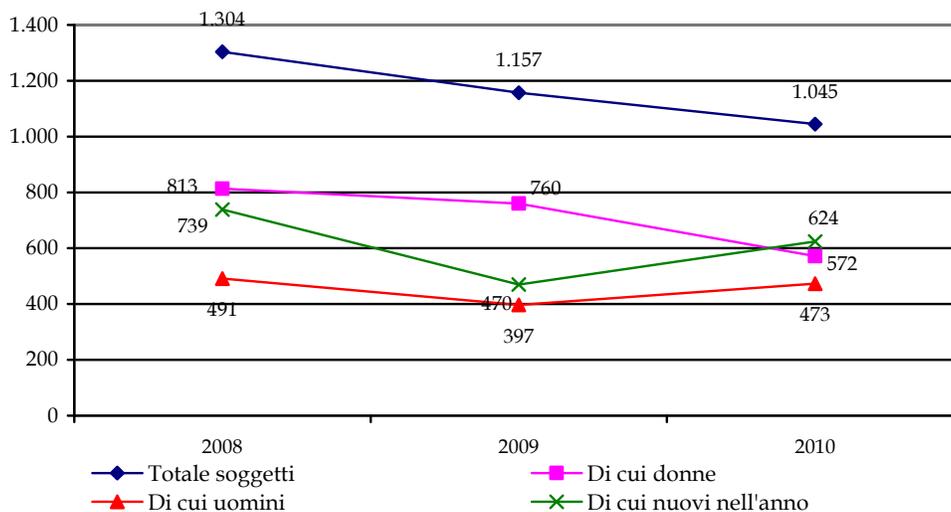
FIGURA 49 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ - 2008-2010



Se si osservano le prime quindici nazionalità tra i residenti in provincia di Parma emerge una graduatoria completamente diversa che vede in ordine: Albania, Moldavia, Romania, Marocco, Tunisia, India, Filippine, Ucraina, Senegal, Ghana, Costa d'Avorio, Nigeria, Cina popolare, Ecuador, Polonia.

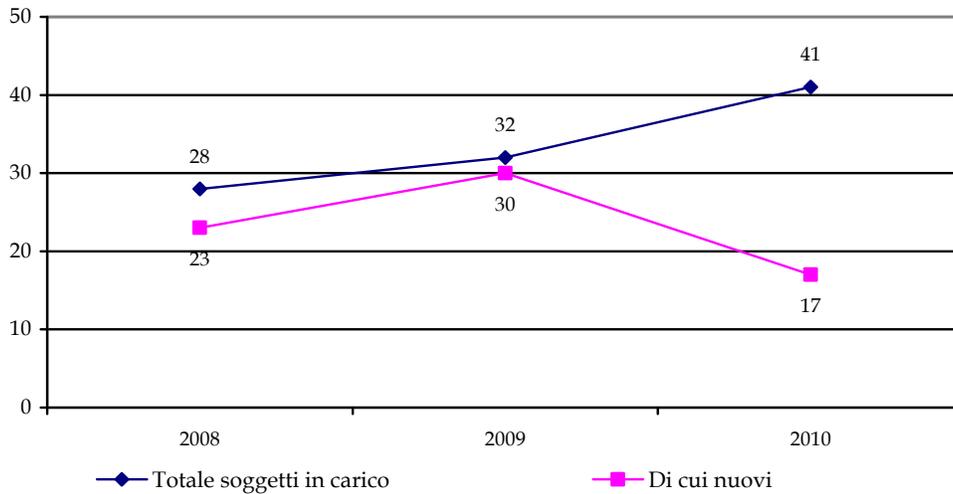
I soggetti in carico e le prestazioni nelle Aree di attività

FIGURA 50 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE - 2008-2010



L'area di Medicina generale evidenzia un calo di utenza rispetto agli anni precedenti (1.045 nel 2010 rispetto ai 1.157 del 2009); questo calo è più evidente nell'utenza femminile e sembra essere dovuto alla migliore conoscenza dei servizi offerti (psicologia, orientamento, educazione sanitaria o prestazioni infermieristiche specifiche) da parte dell'utenza, ma anche alle dimissioni dai servizi ed affidamenti ai MMG dopo l'avvenuta iscrizione al SSN in seguito alle regolarizzazioni delle posizioni giuridiche. Sono invece in aumento gli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria) o psicologiche.

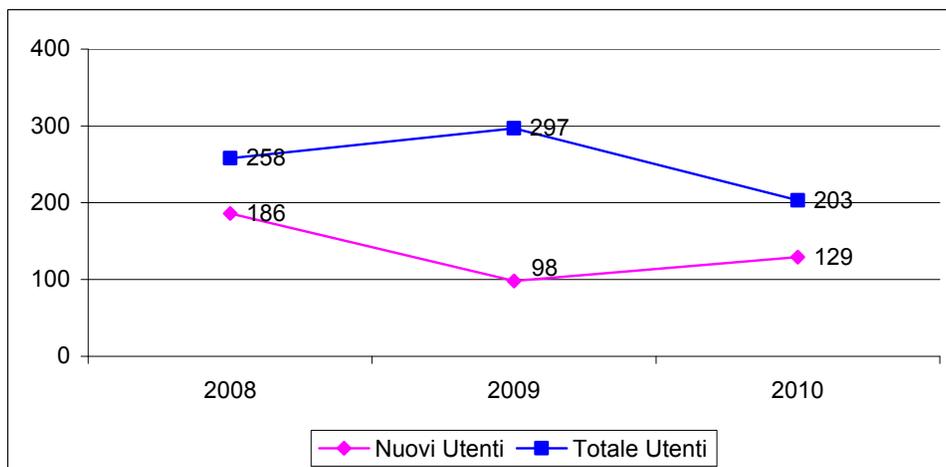
FIGURA 51 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA PSICOLOGIA- 2008-2010



Il servizio spazio immigrati viene utilizzato sempre più per attività di sostegno psicologico (counseling, psicoterapia breve, colloqui motivazionali ecc...). In alcuni casi lo specialista psicologo è stato coinvolto nella presa in carico di soggetti rifugiati vittime di tortura.

Pediatria

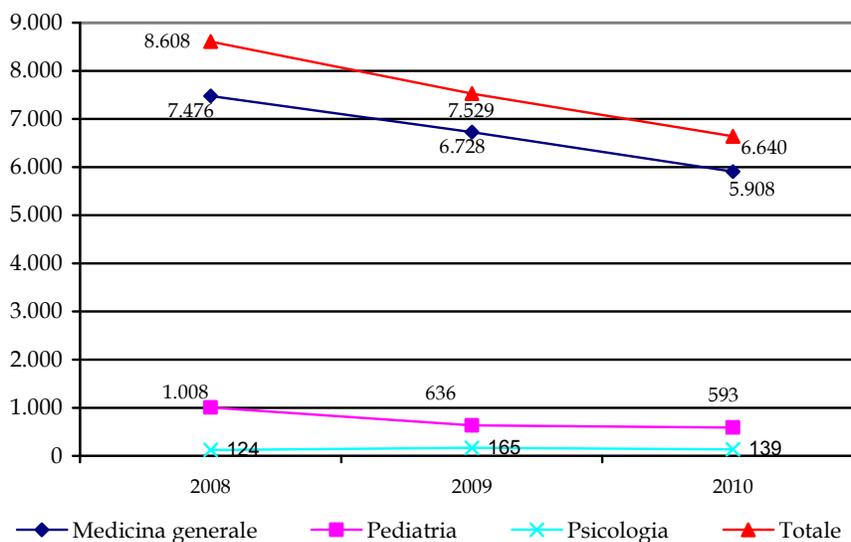
FIGURA 52 SOGGETTI NELL'AREA PEDIATRICA



Rispetto all'anno 2009, la pediatria ha evidenziato un lieve calo dell'utenza complessivamente in carico (legato anche alle regolarizzazioni delle madri e di conseguenza dei figli minori) nonostante un lieve incremento di nuovi utenti (98 nel 2009 e 129 nel 2010). L'incremento di nuovi utenti sembra sia legato ai ricongiungimenti familiari.

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

FIGURA 53 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ – 2008–2010



Rispetto all'anno precedente il calo delle prestazioni, in linea con il calo dell'utenza totale, è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e pediatria di comunità, ad un uso appropriato da parte dell'utenza del servizio (tempi di visita e richiesta appropriata) ed a una migliore integrazione con la specialistica territoriale (vaccinazione, Igiene pubblica, salute donna, diabetologia, cardiologia, pneumologia, psichiatria, servizio tossicodipendenza ed odontoiatria).

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

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

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

Nel 2010 lo spazio salute immigrati ha preso in carico 125 rifugiati di cui 17 vittime di tortura (2 dei quali di sesso femminile).

Inoltre, in collaborazione con varie strutture di accoglienza, è in aumento la presa in carico di soggetti vittime di tratta.

Dal Dicembre 2010, presso lo Spazio salute Immigrati, si effettuano visite e certificazioni (in accordo con la Commissione di accertamento e valutazione degli stati di disabilità del Distretto di Parma) per esenzione di test linguistici al fine del rilascio del permesso di soggiorno Ce per soggiornanti di lungo periodo (DM 4 giugno 2010).

Tutto ciò sta ad indicare che la dinamicità del processo migratorio, il profilo sanitario spesso mutevole degli utenti e le implicazioni sociali della migrazione, richiedono servizi dinamici ed in continuo riorganizzazione con alti livelli di integrazione socio sanitaria territoriale, in grado di fornire assistenza ed orientamento, percorsi di educazione e programmi di sorveglianza, di screening e di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), con l'obiettivo di aumentare la compliance, prevenire l'uso inadeguato della terapia e le complicanze delle patologie e migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi aziendali da parte dell'utenza immigrata (oltre il 12% della popolazione provinciale).

In effetti, il quadro sintetico dell'attività dello Spazio Immigrati evidenzia come questo Servizio dedicato, dopo anni dalla sua apertura, svolga ancora una funzione significativa nell'orientamento e nella tutela della salute di una fascia di popolazione esposta a maggiori fattori di rischio (condizione giuridica, condizione abitativa e socio economica, ecc.) e con esigenze sempre più complesse legate anche alla difficoltà ad utilizzare i servizi e le opportunità di cura e di prevenzione nella loro diversa articolazione.

Salute Mentale

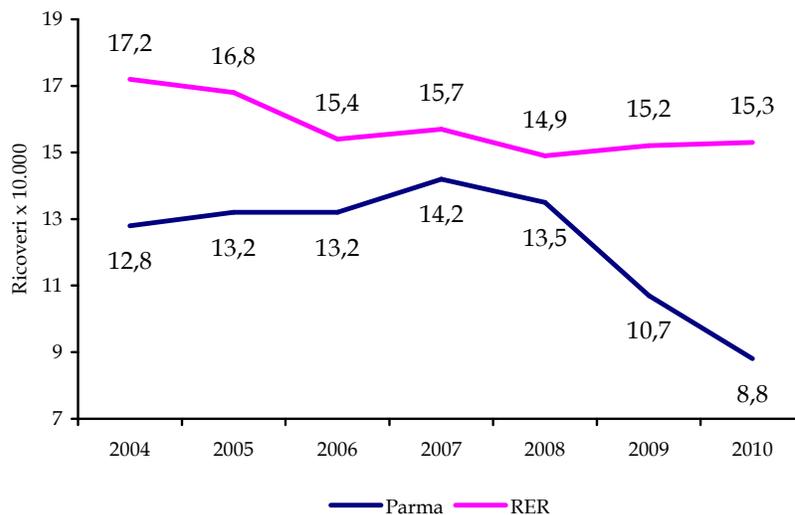
Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI/SMDP) è una struttura volta alla tutela della salute mentale attraverso l'erogazione di prestazioni specifiche relativamente alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

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.

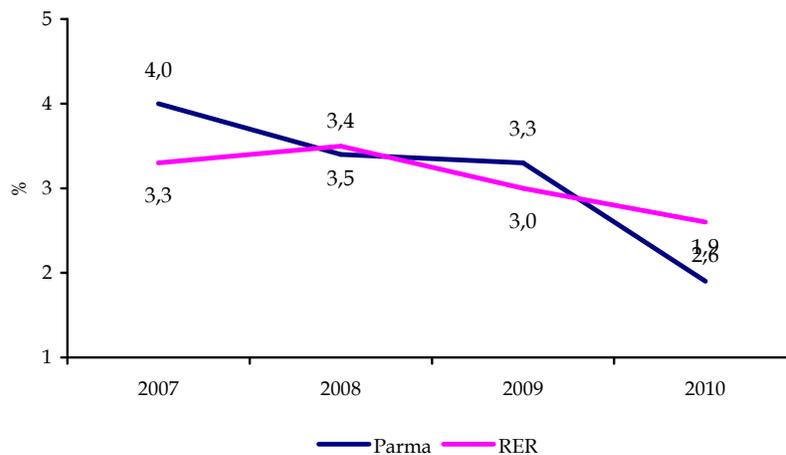
L'attività del DAI/SMDP è stata analizzata mediante il tasso di ospedalizzazione presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, il ricorso a Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi e al numero di utenti trattati presso i Centri di Salute Mentale.

FIGURA 54 SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. – ANNI 2004–2010



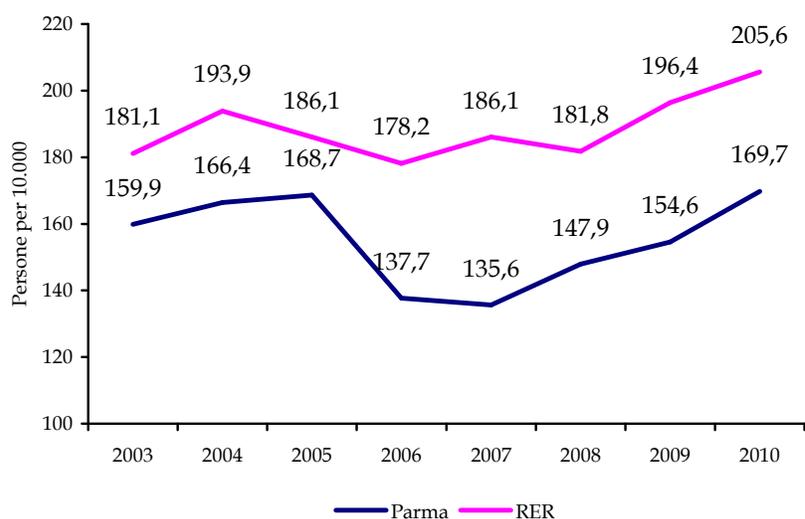
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mostra un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno spostamento verso il basso, discostandosi dal dato medio regionale. La riduzione significativa rilevata in questi anni, deve però essere contestualizzata con il contemporaneo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

FIGURA 55 TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ANNI 2007–2010



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata ai 10,000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2010 si mostra in linea con le medie regionali evidenziando una positiva tendenza alla diminuzione.

FIGURA 56 CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – ANNI 2002–2010



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2010 ha trattato 6.737 persone con una percentuale di 169,7 per 10.000 abitanti.

Con la messa a regime del nuovo sistema informativo viene a delinearsi un trend in costante aumento dell'utenza seguita a livello territoriale.

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

TABELLA 61 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2009	Utenti 2010
Distretto Parma	2.464	2.648
Distretto Fidenza	1.275	1.414
Distretto Sud Est	971	1.162
Distretto Valli Taro e Ceno	765	797
Attività ambulatoriali SPOI a direzione universitaria	215	461
Extradistrettuali	193	255
TOTALE	5.833	6.737

Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a direzione Universitaria

Nel 2010 sono stati effettuati n. 343 ricoveri. Di questi, 103 erano trasferimenti dall'SPDC; dei 125 restanti, 44 erano ricoveri urgenti (provenienti dunque dal PS o dalla UO di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria; in alcuni casi anche urgenze dei Servizi Psichiatrici Territoriali, concordate con l'inviante ed il medico dell'SPDC); 186 erano ricoveri programmati non urgenti, e 10 ricoveri programmati con preospedalizzazione.

Indicatori di Movimento

Giornate di presenza	5.710
Degenza Media	16,4
Presenza media giornaliera	16,0
Occupazione letto	114,3

FIGURA 57 PROVENIENZA RICOVERI IN REPARTO- SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2010)

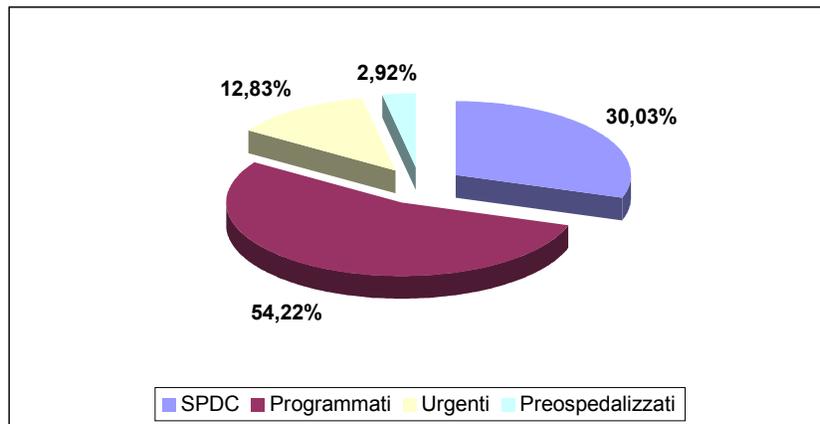
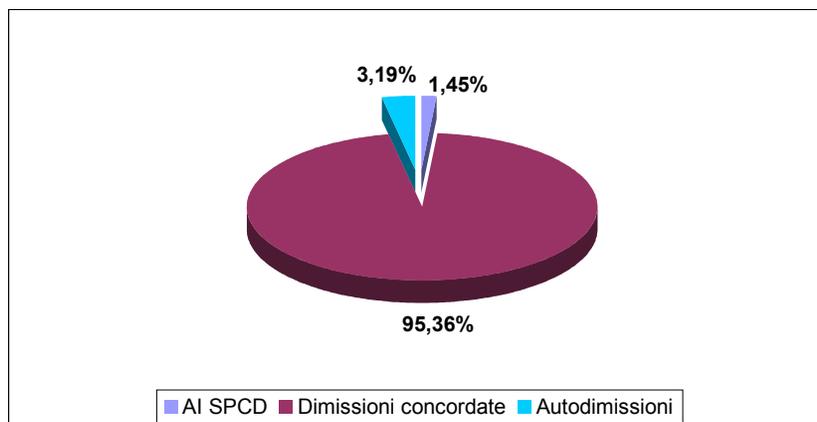


FIGURA 58 MODALITÀ DI DIMISSIONE DAL REPARTO SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2010)



Dei 345 pazienti dimessi al 31/12/2010, 5 sono stati trasferiti al Diagnosi e Cura; 329 i pazienti dimessi (riaffidati ai servizi territoriali, a domicilio, presso strutture psichiatriche extraospedaliere); 11 le autodimissioni.

Day Hospital Clinica Psichiatrica

Presso l'Unità Operativa SPOI a direzione universitaria è attivo un Day Hospital 5 giorni alla settimana dalle ore 8 alle ore 13. Nel periodo in esame sono stati effettuati 144 ricoveri; i giorni di apertura sono stati 244. Dei 144 utenti dimessi, 128 sono state le dimissioni ordinarie; 8 i trasferimenti e 8 le dimissioni volontarie.

Indicatori di Movimento	
Presenza media giornaliera	6,7
Totale accessi	1.642
Giorni disattesi	37
Capacità di tattenimento	5

Servizio Ambulatoriale SPOI a direzione universitaria

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

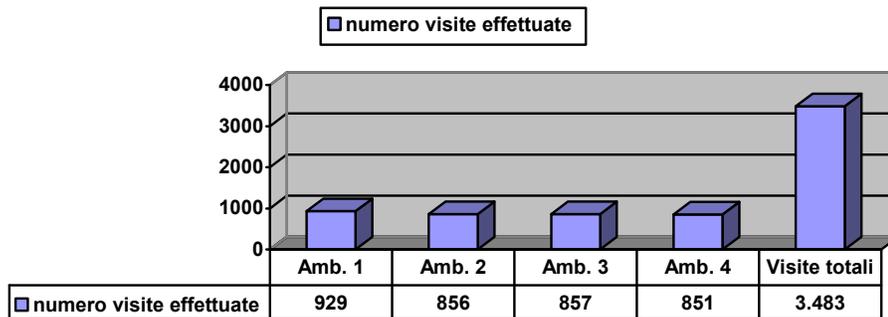
Dati Ambulatorio prime visite

Nel periodo in esame le prime visite effettuate sono state 461.

Ambulatori di controllo

Il servizio eroga 24 visite psichiatriche di controllo programmate (6 visite per ogni ambulatorio) su 4 giorni settimanali. Offre inoltre possibilità per accessi non programmati in urgenza per utenti già in carico. Il numero di visite effettuate nel periodo (alle quali si aggiungono 207 prelievi ematici) può essere così riassunto:

FIGURA 59 VISITE EFFETTUATE (ANNO 2010)



Servizio di Consulenza

Sono state effettuate in totale 882 consulenze presso i reparti della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. A tale attività è adibito un medico durante la settimana ed i medici specialisti reperibili nel week-end e durante la notte (in caso di consulenze richieste in urgenza).

Dipendenze Patologiche

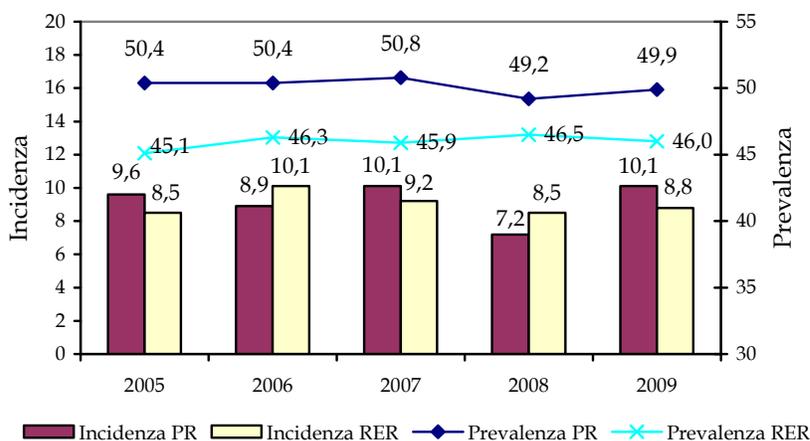
Il Programma Dipendenze Patologiche opera all'interno del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISM DP) con "l'obiettivo di migliorare la qualità e facilitare l'accesso dei cittadini portatori di bisogno ai programmi ed ai servizi di prevenzione del consumo/abuso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

I Servizi per le Dipendenze Patologiche sono costituiti da équipe multiprofessionali integrate volte a progettare percorsi diagnostici e/o terapeutici individualizzati a carattere psico-socio-educativo e sanitario, attraverso l'offerta di molteplici prestazioni (percorsi di accoglienza, osservazione e diagnosi, interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi, attività riabilitative residenziali e semiresidenziali, consulenze specialistiche).

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

Nel corso del 2009 complessivamente i Ser.T. di Parma e provincia hanno registrato un incremento della prevalenza e dell'incidenza dell'utenza alcoldipendente e tossicodipendente in carico, in rapporto all'anno precedente. Nonostante le variazioni periodiche dei tassi di prevalenza e incidenza, determinate da numerose variabili, tali fluttuazioni sembrano indicare, in generale, una certa stabilità dei fenomeni qui esposti.

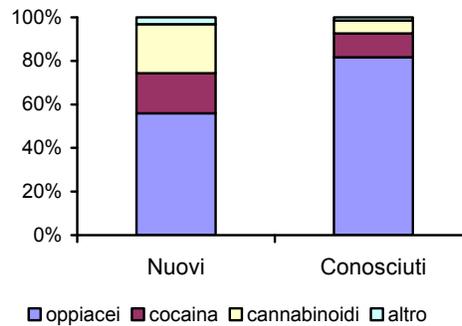
FIGURA 60 TOSSICODIPENDENTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI - 2005-2009



Il tasso di prevalenza degli utenti tossicodipendenti in carico nel 2009 (49,9/10000) nell'Ausl di Parma, evidenzia un aumento rispetto all'anno precedente, attestandosi su un valore più alto rispetto al dato regionale, mentre il tasso d'incidenza (10,1/10000), dopo la flessione registrata nel 2008 torna a crescere nel 2009, superando anch'esso il valore di riferimento. La stabilità dei dati riguardanti la prevalenza dell'utenza in carico testimonia una buona capacità di ritenzione in trattamento dei Servizi e indirettamente della qualità degli stessi, essendo la "ritenzione" uno dei fattori in maggior misura associati, dalla letteratura scientifica, a esiti più favorevoli.

Dall'analisi dei dati non emergono cambiamenti rilevanti per quanto riguarda le variabili età e sesso delle persone che iniziano un programma per problematiche inerenti la tossicodipendenza. Il rapporto di genere che emerge è di 6:1 in favore del sesso maschile, mentre l'età media risulta essere complessivamente di 34,6 anni, con una discreta differenza tra i due sessi (32,9 per le femmine e 34,9 per i maschi).

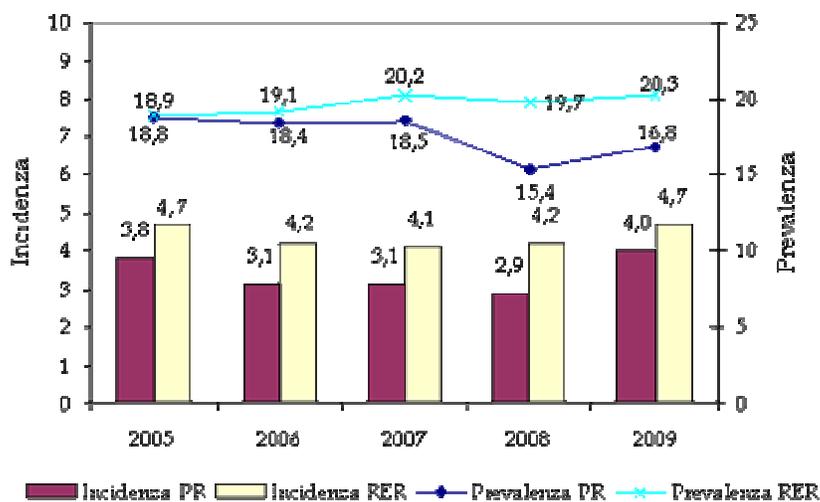
FIGURA 61 TOSSICODIPENDENTI: SOSTANZA PRIMARIA UTENTI NUOVI E CONOSCIUTI - 2009



I dati riguardanti la sostanza d'abuso primaria rivelano che gli oppiacei (77,6%) rimangono le sostanze responsabili della maggior parte dei trattamenti presso i Servizi per le Dipendenze, mentre la cocaina è la sostanza d'abuso primaria per il 12,1% degli utenti in carico nel 2009. Tuttavia sussistono alcune differenze, rispetto alla sostanza d'abuso primaria, se si confrontano gli utenti già conosciuti con quelli che iniziano per la prima volta un programma di trattamento, infatti tra quest'ultimi vi è una percentuale maggiore di consumatori di cocaina (17,9% vs. 11,0%) e di cannabinoidi (22,6% vs. 5,9%).

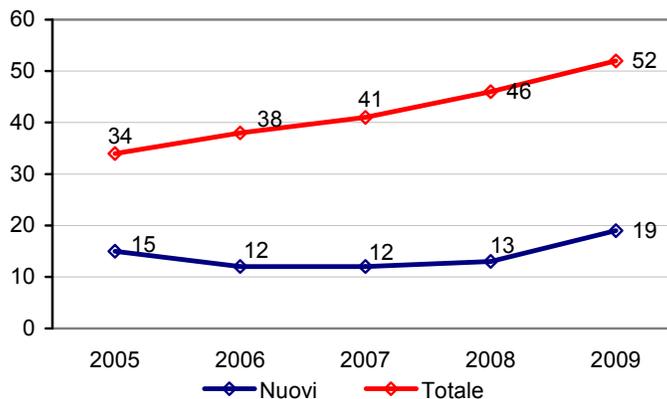
La prevalenza degli utenti in carico per problematiche alcolcorrelate (20,3/10000), torna anch'essa a crescere dopo la diminuzione osservata nel 2008. Ugualmente aumenta l'incidenza che registra uno dei valori più alti degli ultimi anni (4,0/10000), sebbene rimanga inferiore al valore regionale (4,7/10000).

FIGURA 62 ALCOLISTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI - 2005-2009



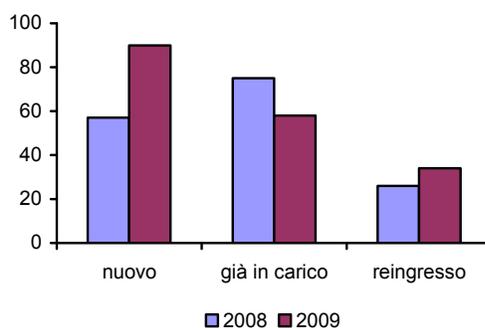
Particolare rilevanza assume il dato sulla presa in carico degli utenti alcolisti stranieri. Se nel 2008 si osservava un andamento stabile dei nuovi accessi, nel 2009 è possibile evidenziare un aumento significativo di nuovi alcolisti stranieri presso i Ser.T. della provincia di Parma, con particolare riferimento al Centro Alcolologico presso il Ser.T. del capoluogo. Si riscontra un trend in crescita degli stranieri alcolisti complessivamente in carico (+20.9%), che nel 2009 ammontano all'11.5% di tutti gli alcolisti in trattamento. Un dato che mette in luce l'importanza di quei meccanismi di organizzazione e di strutturazione dei Servizi che facilitano la fruibilità e l'accesso a tutte le fasce di popolazione, tenendo così conto dei cambiamenti sociali-economici-culturali che già da alcuni anni hanno mutato la scena della domanda e della tipologia di consumatori.

FIGURA 63 ALCOLISTI: UTENTI STRANIERI IN CARICO - 2005-2009 (v.A)



All'interno della Casa Circondariale di Parma, che conta circa 600 detenuti, opera l'Equipe Carcere, nel 2009 afferente alla Sanità Penitenziaria, con funzioni di diagnosi, certificazione e trattamento dei detenuti con problematiche di dipendenza. I tossicodipendenti presi in carico dal team multidisciplinare nel periodo in considerazione ammontano a 173, con un aumento percentuale rispetto al 2008 del 18.5% mentre gli alcolisti sono 9 (-25% rispetto al 2008). In calo del 20.4% rispetto all'anno precedente gli stranieri presi in carico nel 2009, che ammontano complessivamente a 39. Risulta in diminuzione l'utenza in carico dagli anni precedenti, nel 2009 si assiste ad un aumento dei nuovi utenti (+57.9% rispetto al 2008) e dei reingressi (+30.8%), come dimostra il grafico sotto riportato. L'attività dell'Equipe Carcere è articolata in modo da garantire la stessa tipologia di trattamenti offerti dai Ser.T. territoriali, con l'obiettivo di favorire la continuità assistenziale per le persone che afferiscono alla rete dei Servizi per le dipendenze e offrire l'opportunità ai nuovi giunti di interrompere il circolo vizioso tra consumo di droga e criminalità, attraverso la presa in carico e i programmi terapeutici.

FIGURA 64 UTENTI EQUIPE CARCERE – ANNI 2008–2009 (v.A)



La tutela della salute negli Istituti Penitenziari

Con l'entrata in vigore del DPCM 1/4/08 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" l'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari è stata trasferita nelle competenze del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel contesto di Parma l'Unità operativa équipe dedicata ai detenuti alcol-tossicodipendenti, che da molti anni opera all'interno degli Istituti Penitenziari, è alle dipendenze del Dipartimento di Cure Primarie del Distretto di Parma e si relaziona con la Direzione del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Nel corso dell'anno 2010, in riferimento al trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si sono consolidate le funzioni trasferite e si è meglio delineata l'architettura organizzativa.

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

Equipe Carcere è stata rinominata NART (Nucleo Assistenza Riabilitazione Tossicodipendenti) e collocata all'interno del Programma Dipendenze Patologiche del DAISM/DP.

Il contesto

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

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

TABELLA 62 DETENUTI (ANNO 2010)

	N° soggetti	%	Nuovi entrati
Italiani	584	61,6	298
Stranieri	364	38,4	227
Totale	948	100,0	525

TABELLA 63 DETENUTI ALCOL-TOSSICODIPENDENTI^o (ANNO 2010)

Tipologia Detenuti	Già in carico	Nuovi	Totale
Tossicodip.	92	53	145
Alcoldip.	3	0	3
Totale	95	53	148

^o già ricompresi nelle tabelle precedenti

Le prestazioni sanitarie

L'analisi delle prestazioni erogate a favore della popolazione detenuta confermano un elevato livello di complessità dell'attività sia per quanto riguarda la Medicina Generale sia per quanto riguarda l'assistenza specialistica nonché la diagnostica strumentale, di laboratorio e la riabilitazione. Per migliorare la qualità delle prestazioni e per meglio monitorarne l'efficacia, è in corso di elaborazione un moderno strumento di cartella elettronica che sarà adottata a livello regionale, costituendo uno strumento per un sistema informativo uniforme. Si conferma la necessità di una riorganizzazione complessiva dell'attività di medicina generale, al fine

di aumentare l'efficacia degli interventi. Ciò richiede che tale obiettivo sia incluso nella più ampia programmazione aziendale, con l'attribuzione di adeguate risorse. Per quanto riguarda la medicina specialistica, e in generale gli interventi terapeutici, la riorganizzazione persegue l'obiettivo della appropriatezza degli stessi, attraverso un miglior coordinamento ed integrazione con la medicina di base.

Assistenza Odontoiatrica

Il Programma di Assistenza Odontoiatrica di cui alle DGR 2678/2004 e 374/2008, definendo la tipologia delle prestazioni e dei servizi da garantire ai cittadini della Regione Emilia Romagna nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa, è stato avviato con la finalità di assicurare in modo uniforme ed omogeneo le cure odontoiatriche su tutto il territorio regionale, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 che, tra i Livelli Essenziali di Assistenza, contempla i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

L'introduzione della DGR 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sociale e di vulnerabilità sanitaria, nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino a 22.500 € e, per quanto riguarda le vulnerabilità sanitarie, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie ed è stata ampliata la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche ai disabili (VS12). È stato altresì istituito un percorso che consente la certificazione della grave disabilità psico-fisica da parte delle commissioni invalidi aziendali.

Il percorso di rilascio delle certificazioni da parte delle Commissioni Invalidi Distrettuali è ormai consolidato, semestralmente le commissioni forniscono il dato relativo alle certificazioni rilasciate, complessivamente nei 4 Distretti, nell'anno 2010 sono stati rilasciati 342 certificati. Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti disabili, è garantita in tutti gli ambulatori della provincia ma, per la presa in carico dei pazienti più complessi, sono stati strutturati due punti specifici di riferimento a livello provinciale. Uno è l'ambulatorio protetto per pazienti disabili, attivo presso il Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro, che ha consolidato e specializzato l'attività rivolta a pazienti con handicap che necessitano di particolari attenzioni. Si tratta, per lo più, di soggetti in carico ai servizi assistenziali ed il percorso di avvio alle cure è gestito direttamente dal personale di assistenza che provvede a contattare il personale di supporto all'ambulatorio per le prenotazioni. L'Unità Operativa di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria ha negli anni specializzato la sua esperienza nel settore ed è riferimento per un bacino di utenza sovraprovinciale.

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

Le attività realizzate nei primi tre anni di vita del Programma di Assistenza Odontoiatrica, hanno portato ad importanti risultati, con la standardizzazione dell'offerta di cure odontoiatriche, che si presentava storicamente disomogenea, sia in termini di strutture erogatrici che di attività erogata (tipologia e volumi).

Con il monitoraggio dei dati di attività rilevabili dal flusso ASA, dal confronto con l'attività dell'anno 2009 si evidenzia un incremento di attività relativamente agli assistiti in condizioni di vulnerabilità sociale n° 5949 nell'anno 2010, n° 4591 nell'anno 2009 ma anche in condizioni di vulnerabilità sanitaria n° 1095 nell'anno 2010, n° 916 nell'anno 2009. Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2010 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

TABELLA 64 VOLUMI DI ATTIVITÀ EROGATA NELL'ANNO 2010 (FONTE BANCA DATI ASA)

Tipologia di Cure	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	2.720	870	172	1445	922	6.129
Ortodonzia	170	122	n.e.	10	88	390
Protesica	616	357	95	416	38	1.522
Solo visite	5.744	1.397	369	1.312	4.583	13.405
TOTALE	9.250	2.746	636	3.183	5.631	21.446
Solo urgenze	422	101	1	29	2.579	3.132
Altre prestazioni programma	221	332	110	435	1.835	2.933
TOTALE COMPLESSIVO	9.893	3.179	747	3.647	10.045	27.511

Cert. ISEE	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 <u>reddito ≤ 8.000</u>	1932	455	79	578	342	3386
ISEE2 <u>> 8.000 e ≤ 12.500</u>	444	156	48	132	67	847
ISEE3 <u>> 12.500 e ≤ 15.000</u>	144	60	18	67	39	328
ISEE 4 <u>> 15.000 e ≤ 20.000</u>	171	55	18	80	31	355
ISEE 5 <u>> 20.001 e ≤ 22.500</u>	76	24	2	15	916	1033
TOTALE	2.767	750	165	872	1.395	5.949

Condizione di vulnerabilità	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Vulnerabilità Sanitaria	300	64	18	66	647	1.095

Assistenza protesica

Attraverso le Aziende USL il Servizio sanitario regionale fornisce ausili (ad esempio la carrozzina, il deambulatore, le sponde, il materasso antidecubito, i pannoloni per l'incontinenza) e protesi (ad esempio le protesi acustiche e quelle ortopediche) a chi ne abbia necessità a causa di una menomazione o di una disabilità.

Le prestazioni di assistenza protesica sono individuate e definite nelle modalità di erogazione dal Decreto Ministeriale n. 322 del 27 agosto 1999 e sono rappresentate da:

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

Le voci che compongono la spesa per l'Assistenza Protesica ed Integrativa sono state prese in considerazione per macrocategorie, le quali, ad esclusione della spesa per assorbenti per incontinenti, al loro interno risultano così composte:

Protesica da autorizzazioni:

- apparecchi acustici e accessori
- ausili personalizzati non riciclabili (protesi d'arto, ausili ottici, ecc.)
- ausili personalizzati riciclabili (biciclette, carrozzine, ecc.)
- standard riciclabile (montascale, letti, ecc.)
- altro (ausili per stomie, vestiti e calzature, cateteri, ecc.)

Materiali per diabetici

- strisce automonitoraggio domiciliare della glicemia
- microinfusori programmabili di insulina

Prodotti dietetici

- Prodotti alimentari per persone affette da celiachia.

Spesa aziendale per macrocategorie

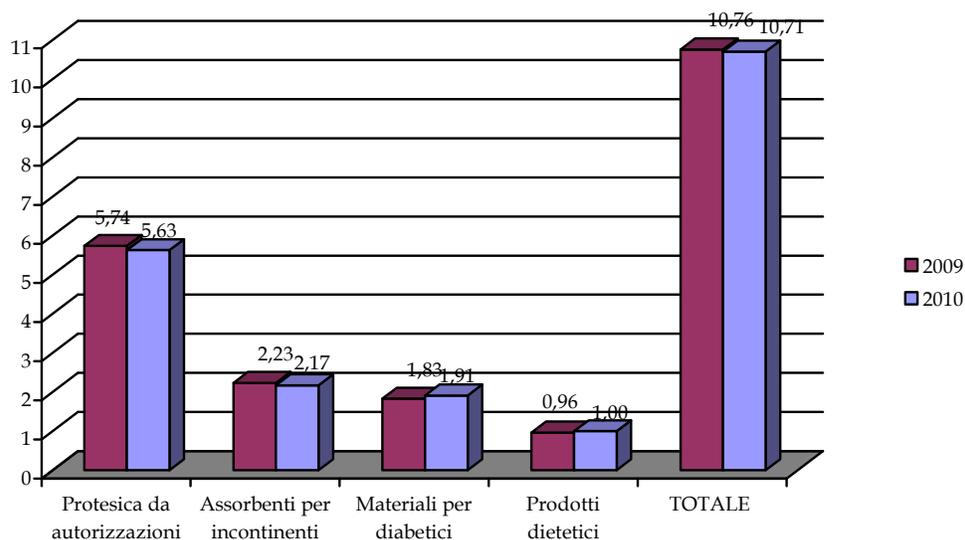
Come si può osservare dai grafici seguenti, a livello aziendale si registra un decremento di spesa pari al 0,5%, passando da 10.764.560 € a 10.710.485 €; la variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso. La voce relativa alla protesica da autorizzazioni diminuisce del 1,85%, quella degli assorbenti per incontinenti del 2,81 mentre aumentano del 4,27% quella per i materiali per diabetici e del 3,79% quella per i prodotti dietetici.

TABELLA 65: SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA - ANNI 2009-2010

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2009 %	Anno 2010 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	5.736.892,66	5.630.952,20	53,29	52,57	-105.940,46	-1,85
Assorbenti per incontinenti	2.233.610	2.170.789	20,75	20,27	-62.820,27	-2,81
Materiali per diabetici	1.831.408	1.909.601	17,01	17,83	78.193,02	4,27
Prodotti dietetici	962.650,00	999.142,52	8,94	9,33	36.492,52	3,79
TOTALE	10.764.560	10.710.485	100,00	100,00	-54.075,19	-0,50

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 52,57%, gli *assorbenti per incontinenti* al 20,27%, il *materiale per diabetici* al 17,83% e i *prodotti dietetici* al 9,33%; nei due anni osservati la composizione della spesa nei sottolivelli non cambia in maniera degna di nota.

FIGURA 65 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2009-2010



Suddividendo la spesa protesica per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2009 e 2010 in una dimensione amministrativa/geografica; le principali grandezze sono riportate nella tabella e nel grafico successivi.

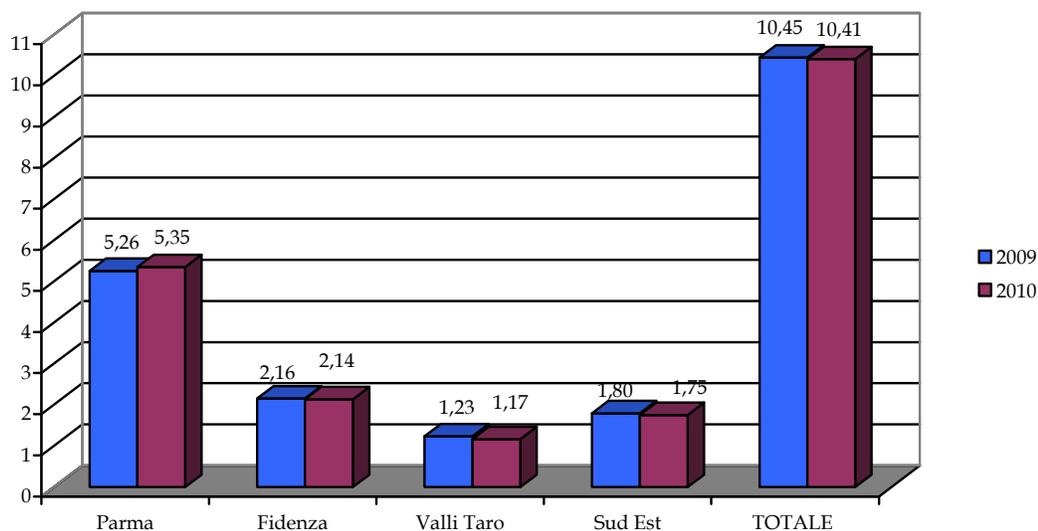
TABELLA 66 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2009 E 2010 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI*

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2009 %	Anno 2010%	Δ A	Δ %
Parma	5.261.246,76	5.351.259,05	48,88	49,96	90.012,29	1,71
Fidenza	2.155.622,26	2.138.932,99	20,03	19,97	- 16.689,27	-0,77
Valli Taro Ceno	1.233.875,49	1.166.107,30	11,46	10,89	- 67.768,19	-5,49
Sud Est	1.797.607,48	1.754.726,79	16,70	16,38	- 42.880,69	-2,39
Totale	316.207,79	299.458,46	2,94	2,80	- 16.749,33	-5,30

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

Il Distretto di Parma è l'unico Distretto in cui la spesa cresce nel periodo considerato (+ 1,71%), mentre gli altri Distretti mostrano una lieve contrazione della spesa, che assume una certa significatività nel caso del Distretto di Valli Taro e Ceno (-5,49%). Le composizioni percentuali di spesa per Distretto non variano significativamente tra i due anni presi in considerazione, con il Distretto di Parma, che tende ad accrescere il suo peso attestandosi sul 50% della spesa complessiva dell'anno 2010, seguito da quello di Fidenza, 19,97%, da quello di Sud Est, 16,38%, ed infine dal Distretto Valli Taro Ceno, 10,89%.

FIGURA 66 SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2009–2010, MILIONI DI EURO



Le variazioni di spesa all'interno dei Distretti sono naturalmente la risultante delle variazioni nelle diverse tipologie di assistenza protesica. Come mostra la tabella seguente, tabella 64, l'aumento nella spesa nel Distretto di Parma, 1,71% è determinato da un incremento in tutte le voci di spesa con l'esclusione di quella relativa agli ausili per incontinenti che, invece, conosce un calo sostanzioso, -3,81%. L'importante diminuzione di spesa che coinvolge il Distretto Valli Taro e Ceno è, dal canto suo, è conseguenza di un calo deciso della spesa per la *protesica da autorizzazioni* e per *ausili per incontinenti*, solo in parte compensata dagli aumenti di spesa nei *materiali dietetici* e *materiali per diabetici*.

TABELLA 67 VARIAZIONI PERCENTUALI PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTETICA E DISTRETTO, ANNI 2009– 2010

Distretti	Protesica da autorizzazioni	Ausili per incontinenti	Materiale per diabetici	Materiali dietetici	Totale
Parma	2,11	-3,81	2,24	10,89	1,71
Fidenza	-5,70	-0,85	13,00	2,32	-0,77
Valli Taro Ceno	-10,61	-5,15	2,27	3,53	-5,49
Sud Est	-4,41	-0,98	12,42	-10,72	-2,39

Spesa per ossigenoterapia domiciliare

Oltre alle voci prese in considerazione nel paragrafo precedente, al fine di rappresentare in modo completo la gamma di interventi ricompresi nell'area dell'assistenza protesica ed integrativa, si aggiunge l'ossigenoterapia domiciliare. Questa tipologia di assistenza si compone, in termini economici, di due voci principali: la fornitura di ossigeno liquido e il noleggio di ausili (ventilatori, aspiratori, ecc.). In una spesa complessiva per l'anno 2010 pari a 1.831.414,83 €, il 70% circa è determinato dalla voce del *noleggio degli ausili*, mentre il 30% circa dall'*ossigeno liquido*.

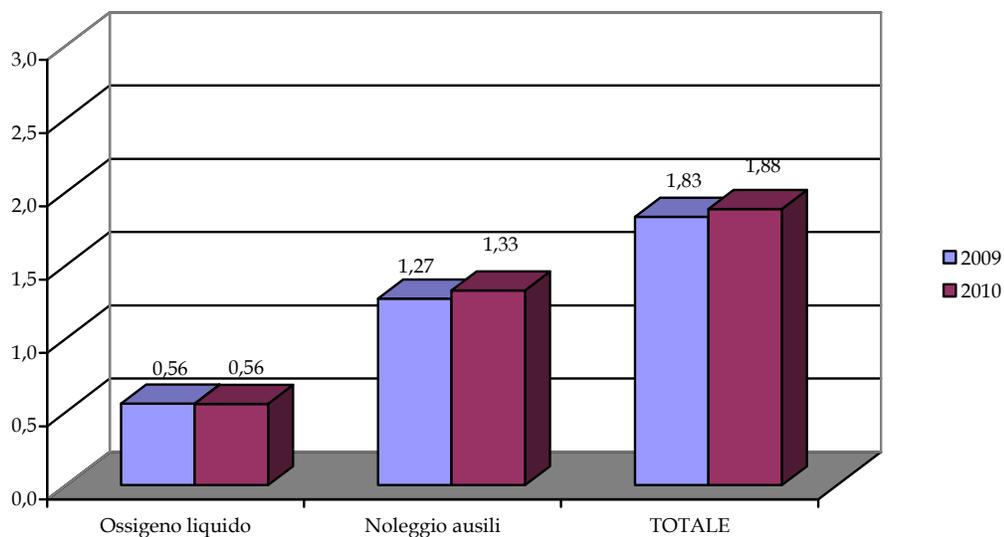
Come si può osservare nella tabella successiva nell'anno 2010, rispetto al 2009, si è manifestato un lieve incremento della spesa, pari al 2,91%; l'aumento è stato interamente determinato dall'aumento dei costi per il *noleggio ausili* (+ 4,36%) mentre quelli relativi all'*ossigeno liquido* sono diminuiti impercettibilmente.

TABELLA 68 SPESA PER OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE, ANNI 2008 E 2009 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	2009	2010	2009 %	2010 %	Δ A	Δ %
Ossigeno liquido	557.400,36	555.233,55	30,44	29,46	-2.166,81	-0,39
Noleggio ausili	1.274.014,47	1.329.526,44	69,56	70,54	55.511,97	4,36
TOTALE	1.831.414,83	1.884.759,99	100,00	100,00	53.345,16	2,91

La figura a seguire evidenzia graficamente l'andamento della spesa complessiva per l'ossigenoterapia domiciliare nelle sue due componenti.

FIGURA 67 SPESA PER OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE, ANNI 2009-2010 MILIONI DI EURO



Assistenza farmaceutica

Nel 2010 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2009 raggiungendo la cifra di 69.893.786,39 € al netto sia della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che degli sconti. Il risparmio rispetto all'anno precedente è stato pertanto di circa 3.712.021,26 €, pari al 5,04%, mentre la Regione ha registrato un calo dello 0,92%. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD anche se in parte contrastato da un aumento delle prescrizioni. E' ipotizzabile che la riduzione del costo medio delle DDD sia dovuto a:

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

Per quanto riguarda l'erogazione diretta di farmaci, sia direttamente da parte dell'Azienda che attraverso la distribuzione per conto, la spesa è cresciuta ulteriormente di circa 2.555.868 €; questo anche grazie al potenziamento del programma aziendale ed alla campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori. Questo incremento non è stato superiore rispetto alla riduzione osservata per la spesa convenzionata determinando così una riduzione complessiva della spesa farmaceutica territoriale (distribuzione tramite farmacie aperte al pubblico e distribuzione diretta) del 3,23%, mentre la regionale ha registrato un aumento dello 0,74%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2010 una riduzione dello 0,5% rispetto al 2009, mentre quella regionale è cresciuta del 2,4%. aperte al pubblico e distribuzione diretta) dello 0,3%, inferiore all'aumento regionale del 1,6%.

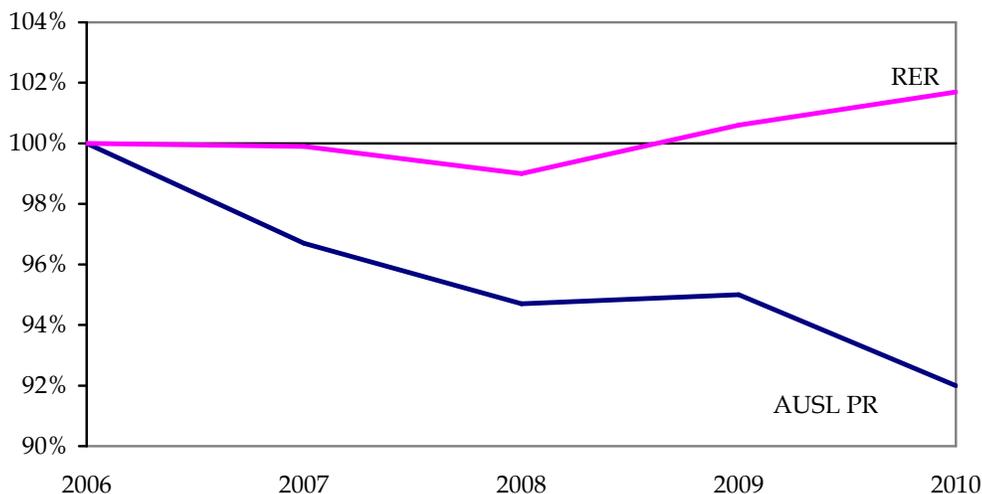
TABELLA 69 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa farmaceutica totale SSN
2007				
Parma	76.747.157	26.285.026	22.381.665	125.413.848
Regione	769.734.202	263.550.884	221.131.984	1.254.417.070
2008				
Parma	73.954.265	31.131.666	24.171.703	129.257.634
Regione	745.168.293	311.311.524	233.405.986	1.289.885.803
2009				
Parma	73.605.808	35.024.180	26.155.101	134.785.089
Regione	749.579.355	348.042.179	244.965.231	1.342.586.765
2010				
Parma	69.893.786	37.580.048	26.606.042	134.079.876
Regione	742.696.167	378.718.131	253.468.458	1.374.882.756

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

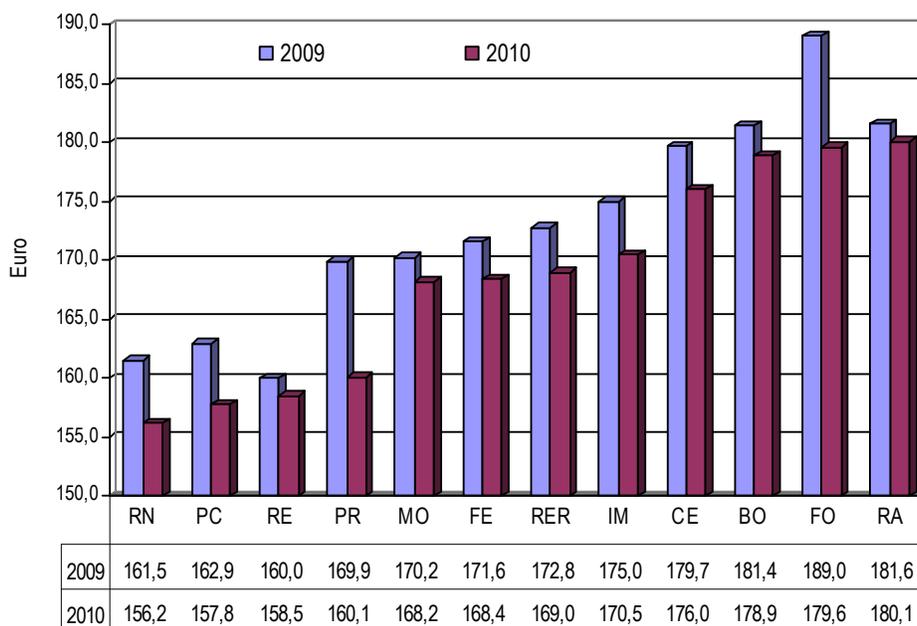
La figura successiva riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2006 ed evidenzia come l'Azienda sia riuscita a stabilizzare ed invertire il trend di crescita che aveva caratterizzato gli anni successivi al 2000, riuscendo, a partire dal 2006, a conseguire una riduzione della spesa (-8% rispetto al 2006).

FIGURA 68 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2006-2010



La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 169,1 €, una riduzione di 9,8 € rispetto allo scorso anno. L'Azienda USL di Parma, rimane tra le Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, anche se nel 2010 i migliori risultati sono stati ottenuti dall'Azienda USL di Rimini (156,2 €), Piacenza (157,8 €) e Reggio Emilia (158,5 €).

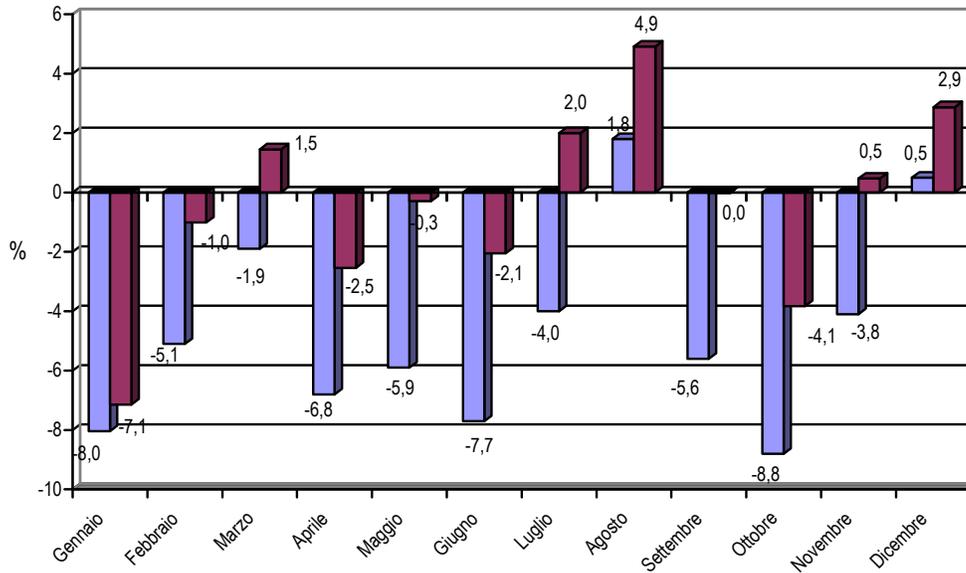
FIGURA 69 SPESA FARMACEUTICA PER ASSISTITO PESATO -2009-2010



Fonte: Servizio Politica del farmaco - Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come nel corso del 2010 nell'Azienda USL di Parma si sia registrato un calo ad eccezione dei mesi di agosto e dicembre.

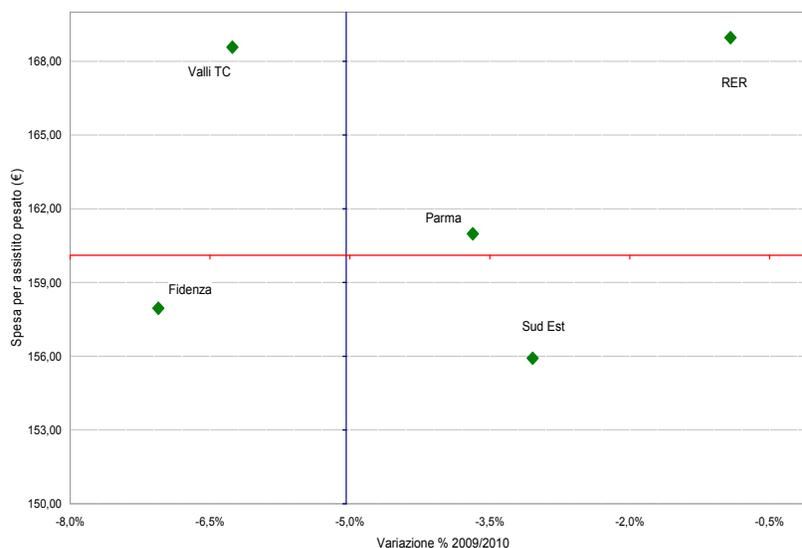
FIGURA 70 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE - ANNO 2010



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

Per quanto riguarda, infine, la spesa a livello dei distretti che compongono l'Azienda, il diagramma di dispersione che segue (figura 74) confronta, per ogni Distretto e per la Regione, (i) variazione percentuale della spesa del 2010 rispetto al 2009 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corrispondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -5,04% e ad una spesa per assistito di 160,1 €.

FIGURA 71 ASSISTENZA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2009 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2010, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche: in particolare i dati evidenziano come sia ancora necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti maggiormente critici quali i farmaci per disturbi correlati all'apparato gastro-intestinale (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli del sistema nervoso centrale.

TABELLA 70 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA – SPESA PER RESIDENTE (€) PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE – ANNO 2010

Farmaci per il trattamento di patologie	Pro capite distretto Parma	Pro capite distretto Fidenza	Pro capite Distretto Sud est	Pro capite distretto Valli Taro e Ceno	Pro capite AUSL	Pro capite in ambito regionale (RER)
Gastro-intestinali	30,24	29,12	28,8	31,08	29,82	28,29
Cardiovascolari	68,26	72,72	70,47	88,91	71,88	75,88
Muscoscheletriche	6,29	5,64	5,47	6,75	6,05	8,07
Nervose	22,96	22,24	22,13	26,9	23,07	21,29
Respiratorie	13,04	12,97	13,06	14,22	13,15	16,07
TOTALE	140,80	142,69	139,93	167,86	143,98	149,60

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale rappresenta, a livello aziendale, il sistema di cure principale per numero e tipologia di prestazioni: ogni anno, attraverso l'erogazione diretta, l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera, i contratti con il Privato Accreditato e la mobilità passiva (infra ed extraregionale) vengono assicurate ai cittadini della provincia di Parma quasi 6.600.000 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 e Ceno e Fidenza, all'interno dei quali sono presenti sia strutture specialistiche territoriali che Presidi Ospedalieri, sono in grado di garantire ai propri residenti un'offerta di prestazioni complessivamente sufficiente rispetto al fabbisogno.
- Il Distretto di Parma, all'interno del quale si trovano sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che numerose strutture pubbliche e private accreditate, costituisce il bacino gravitazionale di maggior offerta e produzione provinciale, soprattutto per le prestazioni di secondo livello.
- Il Distretto Sud-Est, con una distribuzione geografica che si estende dalla zona sud di Parma all'alta montagna est, risulta condizionato dalla viabilità e da un sistema di trasporti che vede come punto di riferimento il capoluogo provinciale. Inoltre, l'assenza di una struttura ospedaliera pubblica nel Distretto, fa convergere l'utenza per una serie di prestazioni sulle strutture di Parma.

Prestazioni erogate

Il sistema di erogazione fa riferimento alla banca dati regionale ASA che contiene tutta l'offerta pubblica e gran parte dell'offerta delle strutture private accreditate. Di seguito sono indicate le prestazioni fornite in ambito provinciale nel periodo 2008-2010: si evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

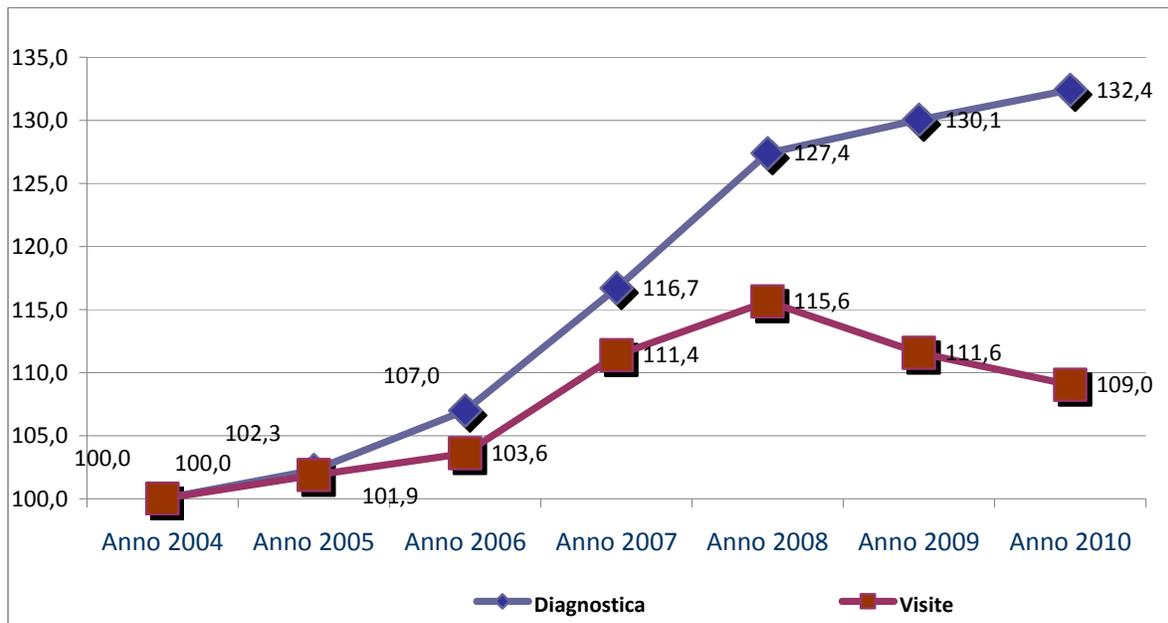
TABELLA 71 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2008–2010

Distretto di erogazione	Tipologia	2008	2009	2010
		N	N	N
PARMA	Diagnostica	160.380	161.536	167.955
	Laboratorio	1.119.843	1.143.637	1.179.033
	Riabilitazione	87.974	77.997	82.033
	Terapeutiche	42.685	43.289	41.992
	Visite	164.045	155.311	154.057
	<i>Totale</i>	1.574.927	1.581.770	1.625.070
FIDENZA	Diagnostica	122.346	118.966	121.031
	Laboratorio	885.330	868.447	872.943
	Riabilitazione	41.286	41.474	43.999
	Terapeutiche	37.008	37.424	38.029
	Visite	143.695	133.923	120.873
	<i>Totale</i>	1.229.665	1.200.234	1.196.875
VALTARO VALCENO	Diagnostica	39.198	38.618	37.961
	Laboratorio	434.824	433.401	414.938
	Riabilitazione	16.663	15.250	17.401
	Terapeutiche	18.594	25.169	24.487
	Visite	68.233	65.362	59.937
	<i>Totale</i>	577.512	577.800	554.724
SUD EST	Diagnostica	36.115	43.188	54.006
	Laboratorio	394.848	412.002	425.596
	Riabilitazione	13.033	11.255	13.047
	Terapeutiche	10.497	14.338	15.918
	Visite	37.462	34.825	40.432
	<i>Totale</i>	491.955	515.608	548.999
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	304.695	314.218	307.927
	Laboratorio	1.910.242	1.822.456	1.762.226
	Riabilitazione	20.055	18.452	16.903
	Terapeutiche	103.089	99.178	100.411
	Visite	451.913	445.468	440.552
	<i>Totale</i>	2.789.994	2.699.772	2.628.019
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	662.734	676.526	688.880
	Laboratorio	4.745.087	4.679.943	4.654.736
	Riabilitazione	179.011	164.428	173.383
	Terapeutiche	211.873	219.398	220.837
	Visite	865.348	834.889	815.851
	<i>Totale</i>	6.664.053	6.575.184	6.553.687

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accreditato, presenti nel flusso ASA regionale, mettono in luce volumi vicini a 6.600.000 prestazioni.

Dal 2006, in linea con la programmazione svolta, si sono registrati sensibili incrementi di attività nell'area della diagnostica e in quella delle visite: nel 2010 l'attività relativa alla diagnostica cresce ulteriormente (+2,3 punti) mentre l'attività relativa alle visite risulta in calo; alcuni incrementi si osservano nelle prestazioni terapeutiche e nella riabilitazione mentre nel laboratorio i valori si contraggono leggermente.

FIGURA 72 INCREMENTI PERCENTUALI DELL'ATTIVITÀ EROGATA IN AMBITO PROVINCIALE: DIAGNOSTICA E VISITE (NUMERI INDICE) ANNI 2004-2010



Analizzando il trend della produzione provinciale si può osservare come, in sinergia con le indicazioni del Piano Attuativo Locale, vi sia stato un sensibile incremento di prestazioni soprattutto per la diagnostica (+ 32,4%) a fronte di volumi produttivi già elevati.

FIGURA 73 DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER MACROLIVELLI DI PRESTAZIONI EROGATE - ANNO 2010

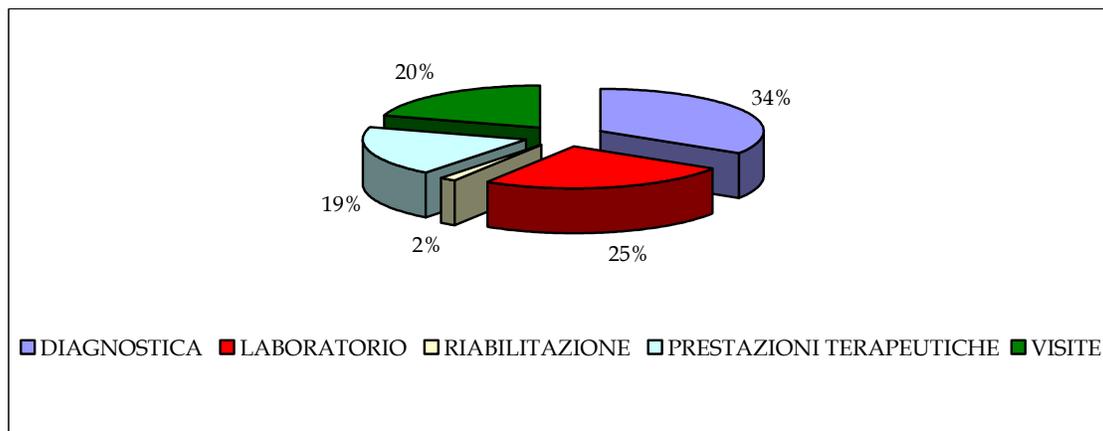


TABELLA 72 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – IMPORTO TARIFFARIO PRESTAZIONI EROGATE 2008–2010

Distretto di erogazione	Tipologia	2008	2009	2010
		€	€	€
PARMA	Diagnostica	5.567.373	5.415.527	5.792.288
	Laboratorio	4.065.081	4.312.611	4.319.225
	Riabilitazione	686.635	621.868	651.247
	Terapeutiche	4.465.891	4.215.362	4.362.292
	Visite	3.622.845	3.402.977	3.337.753
	<i>Totale</i>	18.407.825	17.968.345	18.462.805
FIDENZA	Diagnostica	4.555.134	4.446.109	4.363.194
	Laboratorio	3.204.227	3.138.161	3.118.142
	Riabilitazione	341.668	353.834	376.104
	Terapeutiche	2.417.960	2.473.055	2.509.230
	Visite	3.171.410	3.033.576	2.772.691
	<i>Totale</i>	13.690.399	13.444.735	13.139.361
VALTARO VALCENO	Diagnostica	1.179.049	1.323.544	1.435.236
	Laboratorio	1.499.040	1.498.001	131.768
	Riabilitazione	132.441	124.479	1.671.130
	Terapeutiche	1.378.886	1.681.794	1.277.312
	Visite	1.501.187	1.404.674	1.304.345
	<i>Totale</i>	5.690.603	6.032.492	5.819.791
SUD EST	Diagnostica	1.293.348	1.674.092	2.253.373
	Laboratorio	1.365.651	1.475.819	1.502.194
	Riabilitazione	100.979	94.377	114.460
	Terapeutiche	1.258.168	1.378.876	1.775.055
	Visite	829.767	767.459	884.166
	<i>Totale</i>	4.847.913	5.390.623	6.529.248
Azienda Usl (totale)	Diagnostica	12.594.904	12.859.272	13.713.199
	Laboratorio	10.133.999	10.424.592	10.374.796
	Riabilitazione	1.261.723	1.194.558	1.273.580
	Terapeutiche	9.520.905	9.749.087	10.317.706
	Visite	9.125.209	8.608.686	8.271.922
	<i>Totale</i>	42.636.740	42.836.195	43.951.203
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	12.551.316	15.998.264	16.391.165
	Laboratorio	13.285.576	12.830.708	11.994.036
	Riabilitazione	163.871	158.075	144.391
	Terapeutiche	6.454.225	6.517.232	6.696.272
	Visite	9.754.609	9.722.827	9.857.934
	<i>Totale</i>	42.209.598	45.227.106	45.083.798
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	25.146.220	28.857.536	30.104.364
	Laboratorio	23.419.575	23.255.300	22.368.833
	Riabilitazione	1.425.594	1.352.633	1.417.971
	Terapeutiche	15.975.131	16.266.319	17.013.979
	Visite	18.879.818	18.331.513	18.129.856
	<i>Totale</i>	84.846.337	88.063.300	89.035.002

Consumi

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

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

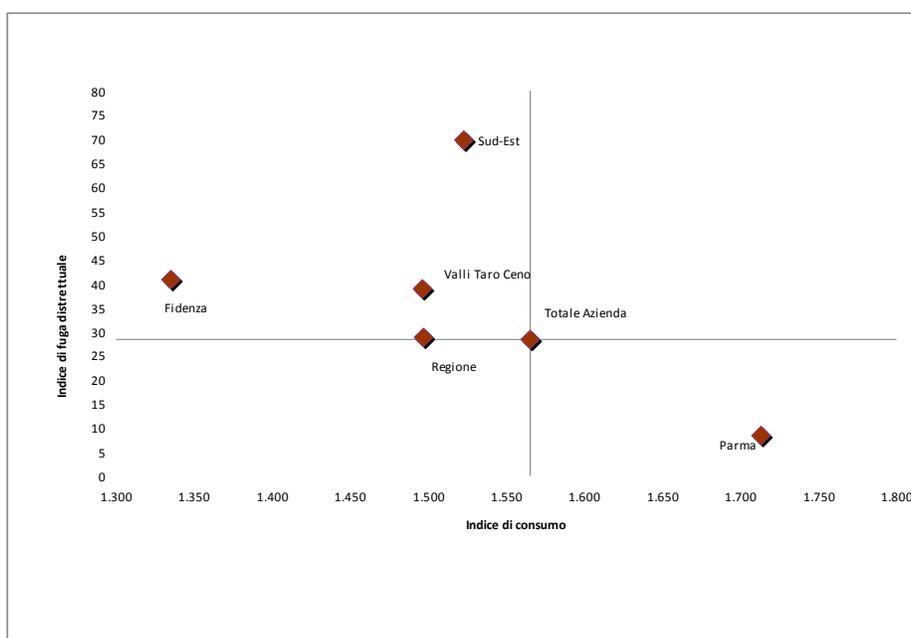
In generale, rispetto ai consumi, i dati mettono in luce una situazione abbastanza positiva: per quasi tutte le prestazioni i consumi dei cittadini dell'Azienda Usl di Parma si collocano in linea con i consumi medi regionali o addirittura al di sotto. Tuttavia nel Distretto di Parma si evidenziano consumi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

Visite

TABELLA 73 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.772	5,18	7,97	1.735	5,37	8,11	1.713	5,63	8,45
Fidenza	1.516	6,93	36,16	1.408	6,78	37,67	1.335	6,91	40,78
Valli Taro Ceno	1.553	3,37	36,13	1.529	3,32	37,46	1.496	3,6	38,75
Sud-Est	1.569	7,57	72,31	1.488	8,62	73,34	1.523	8,15	69,79
Totale Azienda	1.651	5,74	27,32	1.592	5,95	27,72	1.565	6,08	28,24
Regione	1.465	8,00	27,92	1.479	7,97	28,47	1.497	8,00	28,64

FIGURA 74 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – VISITE



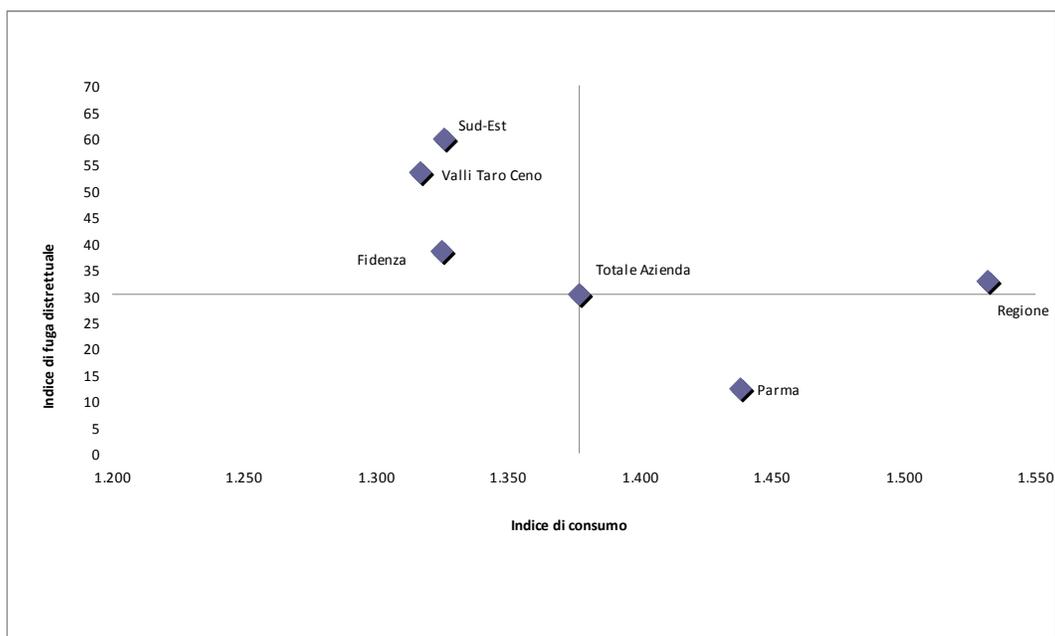
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma.

Diagnostica

TABELLA 74 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.417	7,79	14,22	1.442	7,54	12,76	1.438	6,69	12,26
Fidenza	1.272	10,2	39,18	1.300	9,26	40,11	1.325	7,93	38,36
Valli Taro Ceno	1.246	5,22	52,18	1.276	4,49	55,05	1.317	4,42	53,42
Sud-Est	1.189	8,82	72,07	1.240	8,11	65,69	1.326	6,85	59,73
Totale Azienda	1.324	8,22	32,55	1.354	7,7	31,5	1.377	6,75	30,21
Regione	1.482	9,64	32,21	1.500	9,64	32,74	1.532	9,43	32,82

FIGURA 75 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – DIAGNOSTICA



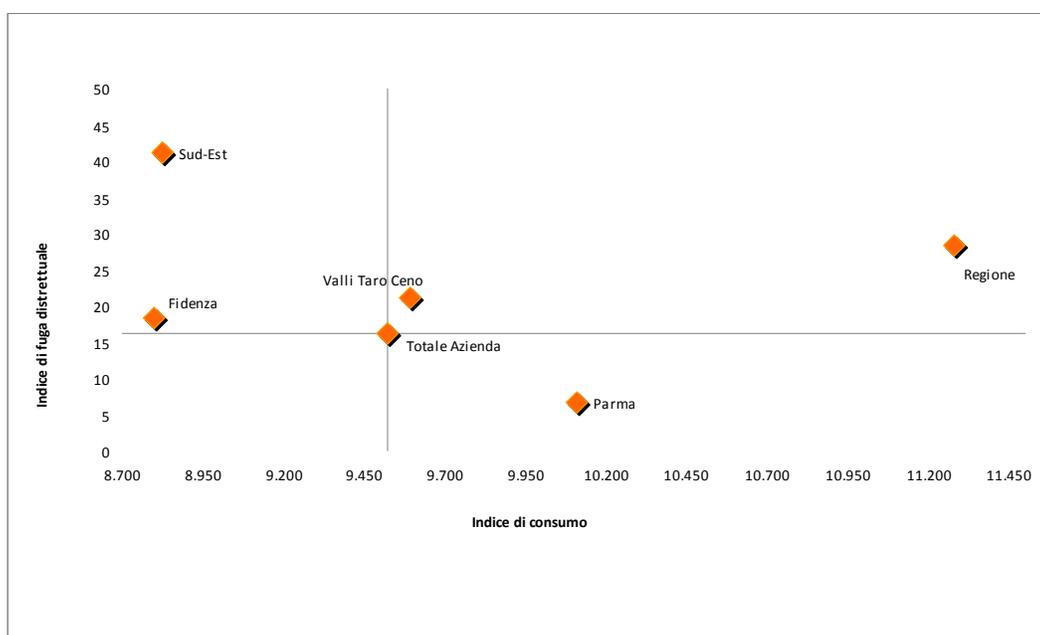
Negli indici di consumo relativi alla diagnostica si osservano valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità nel Distretto Sud-Est (59,73%), prevalentemente verso il Distretto di Parma, e nel Distretto Valli Taro e Ceno (53,42%).

Laboratorio

TABELLA 75 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	10.371	3,78	7,25	10.121	3,48	6,4	10.111	3,61	6,72
Fidenza	9.272	4,32	20,07	8.885	3,4	18,45	8.798	3,61	18,35
Valli Taro Ceno	9.904	3,06	21,29	9.856	2,58	21,51	9.591	2,63	21,21
Sud-Est	8.994	6,77	44,97	8.866	6,48	42,43	8.824	6,78	41,12
Totale Azienda	9.823	4,27	17,47	9.586	3,82	16,35	9.522	3,99	16,23
Regione	11.581	4,61	31,2	11.249	4,38	27,62	11.280	4,4	28,43

FIGURA 76 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – LABORATORIO



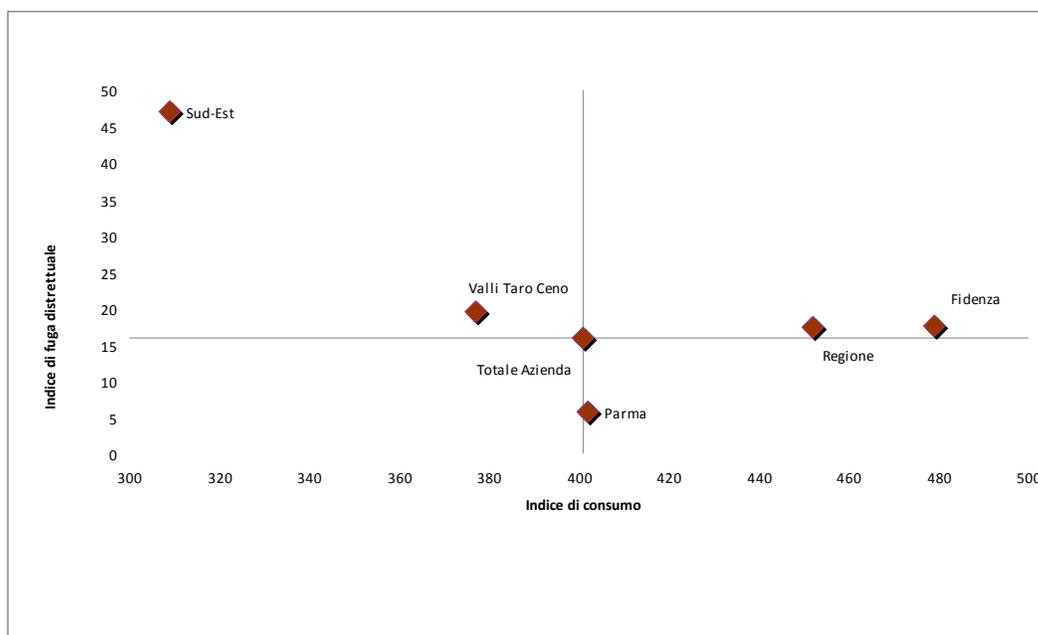
Gli indici di consumo relativi al Laboratorio evidenziano valori al di sotto della media regionale in tutti i Distretti.

Riabilitazione

TABELLA 76 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: RIABILITAZIONE

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	442	3,35	5,76	391	3,47	5,79	402	2,83	5,70
Fidenza	444	5,14	17,18	464	6,71	18,54	479	5,71	17,62
Valli Taro Ceno	376	2,69	21,87	324	3,3	18,64	377	4,59	19,50
Sud-Est	327	4,03	47,93	302	5,78	52,09	309	6,17	47,01
Totale Azienda	414	3,82	15,79	385	4,67	16,67	401	4,25	15,84
Regione	479	4,16	16,74	453	4,50	17,38	452	4,24	17,32

FIGURA 77 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – RIABILITAZIONE



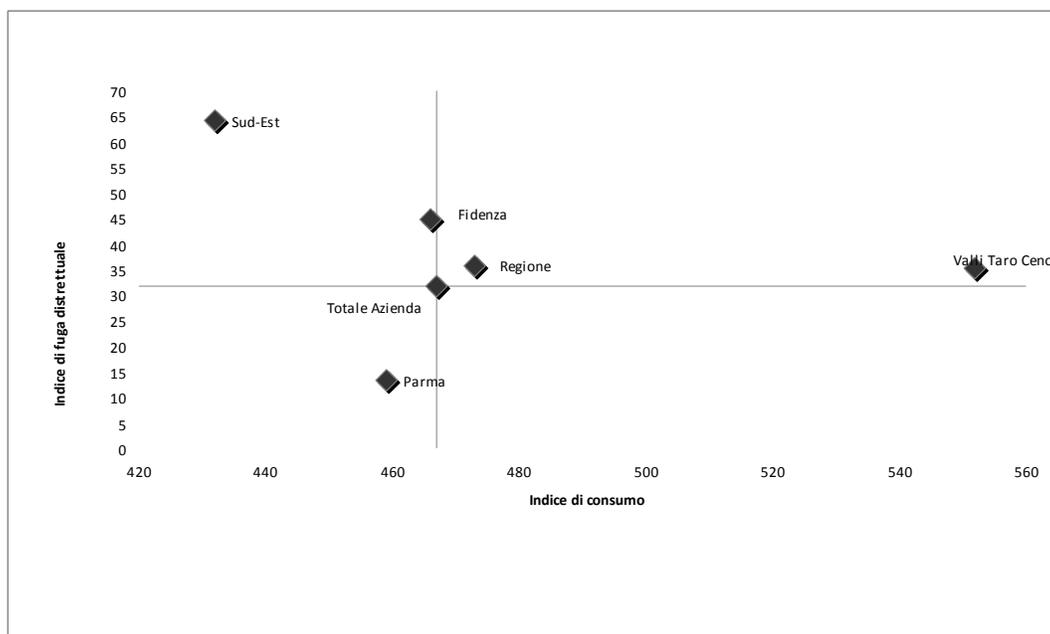
Gli indici di consumo relativi alla riabilitazione presentano un trend in aumento e valori distrettuali al di sotto del livello medio regionale ad eccezione del Distretto di Fidenza che si caratterizza per consumi più elevati. La mobilità interdistrettuale si verifica con maggiore frequenza fra i residenti dei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno.

Prestazioni Terapeutiche

TABELLA 77 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI TERAPEUTICHE

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	442	7,50	11,15	458	8,92	13,49	459	7,97	13,23
Fidenza	429	13,46	48,86	430	10,79	44,34	466	11,00	44,86
Valli Taro Ceno	442	4,10	37,14	505	3,87	31,42	552	4,71	35,30
Sud-Est	392	7,90	70,60	432	8,33	66,21	432	6,90	64,15
Totale Azienda	430	8,57	32,14	452	8,56	31,19	467	8,06	31,62
Regione	471	10,54	34,09	494	10,60	35,46	473	11,04	35,76

FIGURA 78 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – PRESTAZIONI TERAPEUTICHE



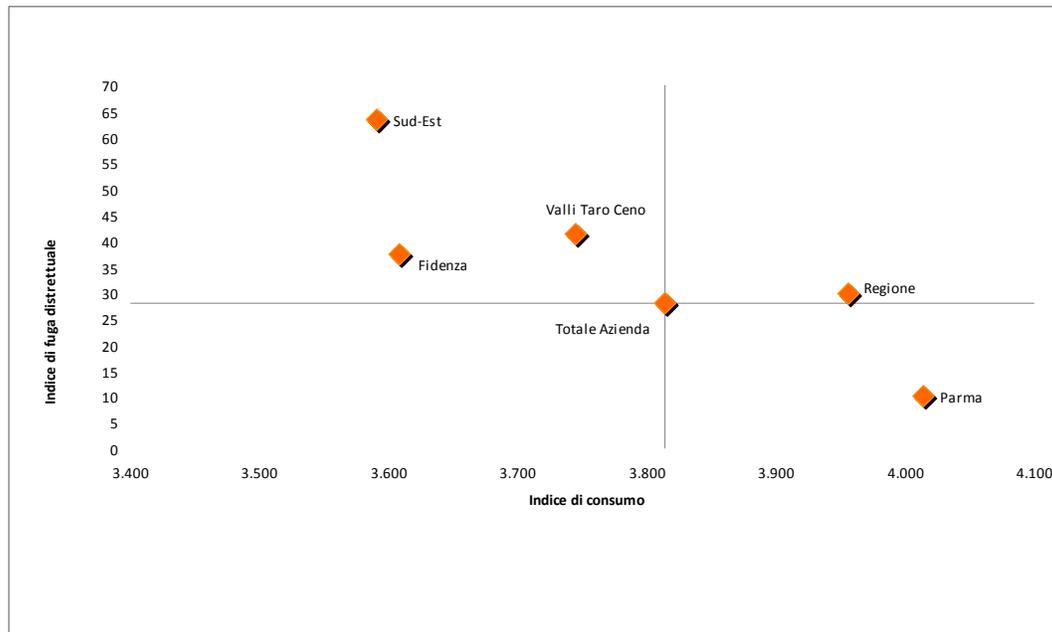
Gli indici di consumo relativi alle prestazioni terapeutiche evidenziano un trend stabile e valori distrettuali al di sotto del livello medio regionale, ad eccezione del Distretto Valli Taro e Ceno che presenta consumi maggiori. Gli indici di fuga più alti si manifestano nei distretti Sud-Est e Fidenza.

Prestazioni Totali (Tranne Laboratorio)

TABELLA 78 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI TOTALI (TRANNE LABORATORIO)

Distretto	2008			2009			2010		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	4.078	6,24	10,34	4.030	6,46	10,26	4.014	6,07	10,15
Fidenza	3.664	8,69	36,47	3.605	8,21	36,94	3.608	7,74	37,41
Valli Taro Ceno	3.620	4,08	40,27	3.637	3,86	40,96	3.745	4,22	41,39
Sud-Est	3.478	7,73	69,77	3.463	8,19	67,89	3.591	7,37	63,45
Totale Azienda	3.823	6,78	28,48	3.786	6,83	28,42	3.814	6,44	28,11
Regione	3.900	8,54	28,99	3.929	8,63	29,77	3.956	8,56	29,87

FIGURA 79 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – PRESTAZIONI TOTALI (TRANNE LABORATORIO)

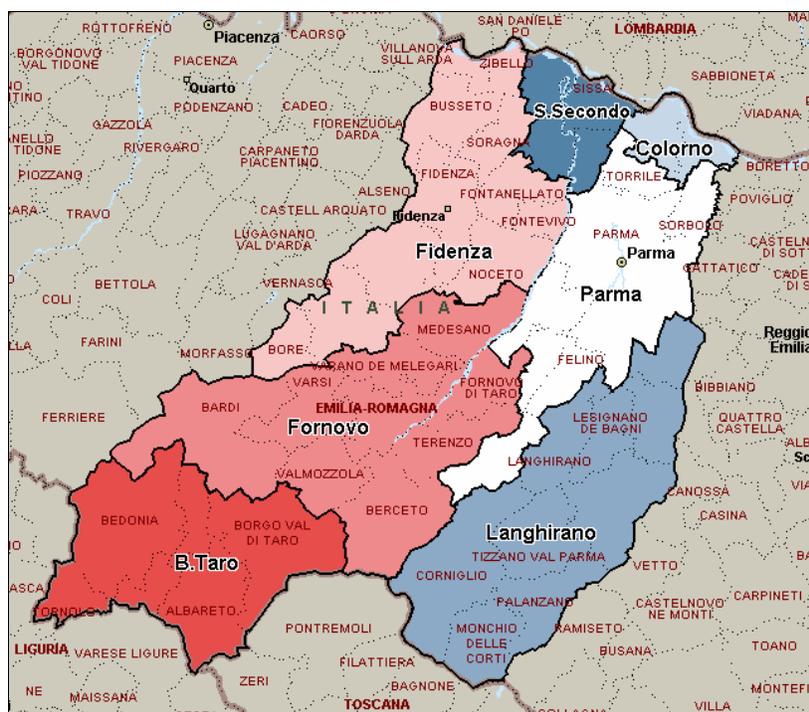


Prendendo come riferimento tutte le prestazioni consumate (escludendo il Laboratorio) si osserva un graduale contenimento dei consumi entro lo standard sebbene, nel Distretto di Parma, i consumi siano superiori rispetto a quelli regionali.

Sintesi sui consumi

In sintesi si può osservare una situazione abbastanza compensata relativamente ai livelli di consumo. Una quota di prestazioni vengono consumate al di fuori del distretto di residenza: questo fattore dipende sia da scelte dei cittadini (con convergenza prevalente verso le strutture ospedaliere) che da un sistema di viabilità che favorisce l'afferenza a strutture di erogazione al di fuori dell'area di residenza. In tal senso i confini amministrativi dei Distretti vengono ridisegnati in bacini di gravitazione funzionali a questi fattori.

FIGURA 80 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI BACINI DI GRAVITAZIONE DEGLI UTENTI

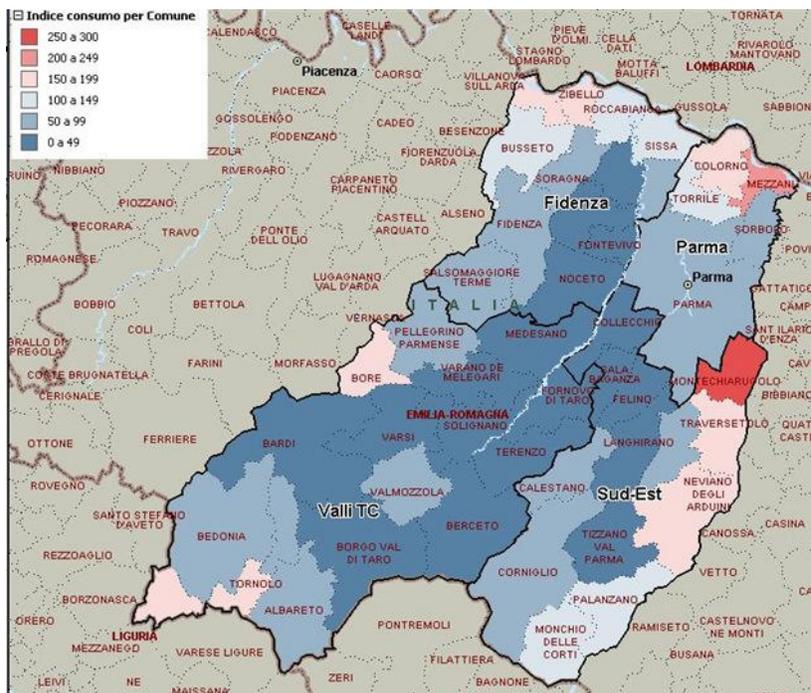


La rappresentazione grafica mette in luce come il Distretto di Parma, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera, abbia un bacino di afferenza più ampio dei confini amministrativi, mentre in altri casi si identificano sub-aree di afferenza nei vari Distretti in relazione alla polarizzazione delle strutture.

Indici di consumo in mobilità passiva

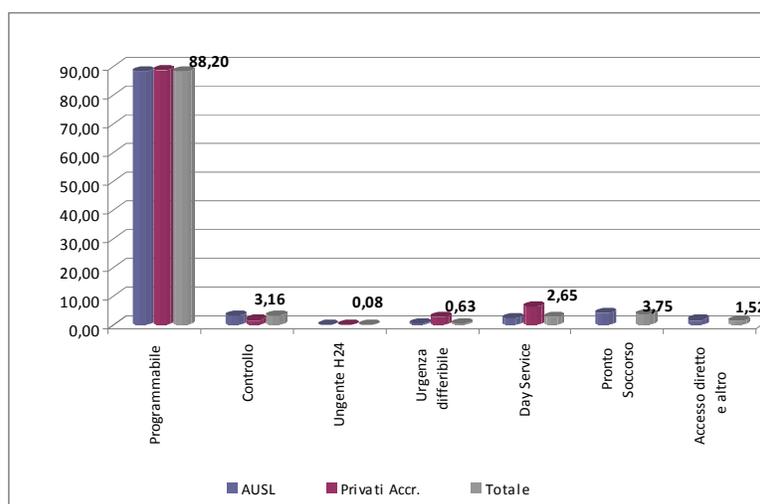
I dati di mobilità passiva (peraltro non rilevanti) evidenziano specifiche criticità relative alle aree di confine con particolare riferimento ai comuni del Distretto Sud-Est (privo di strutture ospedaliere pubbliche) che gravitano su Montecchio Emilia e per l'area rivierasca del Po che si trova vicina alle strutture lombarde.

FIGURA 81 INDICE DI CONSUMO GREZZO DI PRESTAZIONI IN MOBILITÀ PASSIVA - 2010 (2009 PER LA MOBILITÀ INTERREGIONALE)



Modalità di accesso

FIGURA 82 PRESTAZIONI EROGATE NEL 2010 PER MODALITÀ DI ACCESSO



Analizzando i dati di attività per modalità di accesso, relativamente all'ambito dell'Azienda Usl (comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate) si evidenzia la prevalenza delle prestazioni programmabili rispetto ai controlli. Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero sono il 3,75%.

Tempi di attesa

La valutazione del tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta per il cittadino un elemento fondamentale: tuttavia, ai fini di una valutazione multifattoriale, ad essa vanno affiancati i livelli di consumo per le prestazioni, il sistema di offerta ed accessibilità, l'appropriatezza e il governo della domanda.

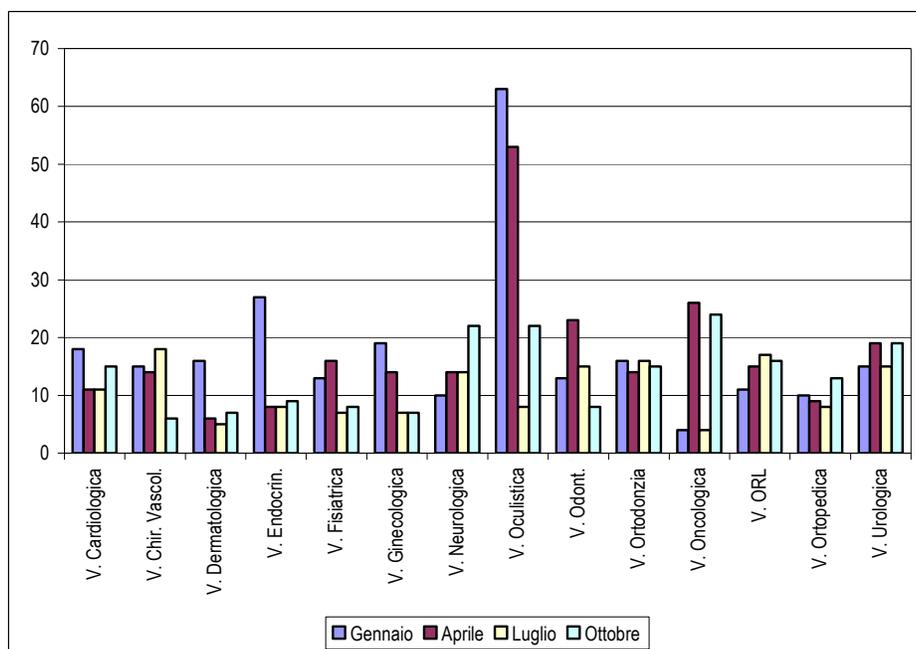
In ambito aziendale il tema del monitoraggio dei tempi di attesa ha trovato puntuale applicazione attraverso le rilevazioni nazionali e regionali. Inoltre, mensilmente, viene elaborata una locandina relativa ai tempi di attesa che considera la prima disponibilità in una sequenza di più giorni.

Dal 2006 i tempi di attesa prospettici vengono rilevati tutti i giorni e storicizzati in un archivio informatico al fine di consentire una valutazione complessiva dell'andamento. Nel 2007 l'Azienda ha predisposto un piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa arrivando a definire i livelli di garanzia di erogazione delle prestazioni nei vari ambiti, con suddivisione fra le prestazioni da erogare e garantire a livello di distretto-bacino e quelle relative al livello provinciale (soprattutto diagnostica pesante).

Inoltre, nel corso del 2010, è stato consolidato il sistema di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1035/2009) nel caso in cui non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per le visite (30 giorni) e gli esami di diagnostica (60 giorni) attraverso un'offerta aggiuntiva governata direttamente dai distretti committenti.

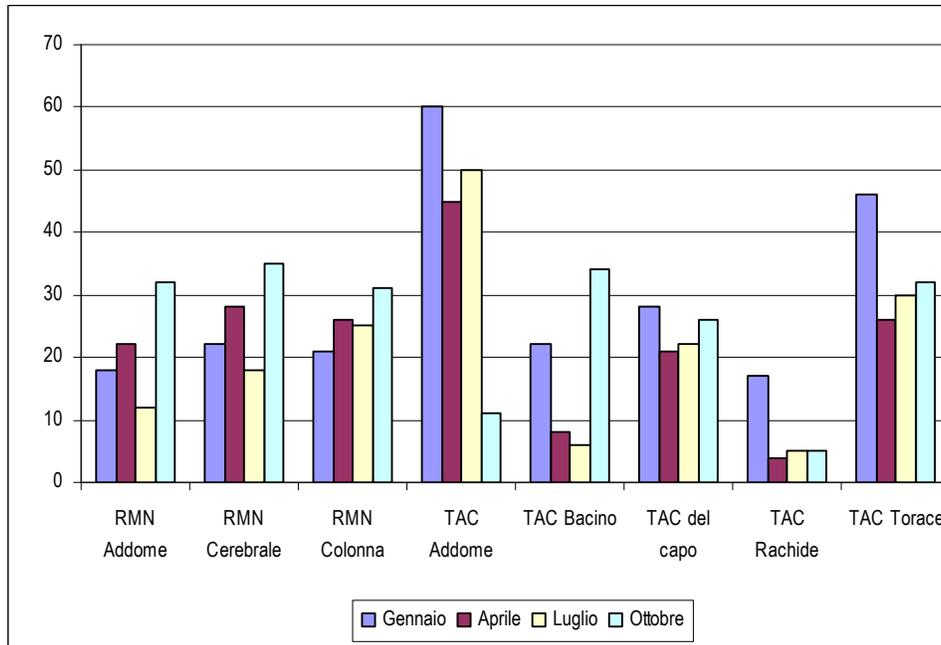
Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2010: i grafici sottostanti si riferiscono al valore mediano dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri; riferendosi ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice i dati possono risentire dei fattori di scelta dell'utenza.

FIGURA 83 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA - VISITE - ANNO 2010



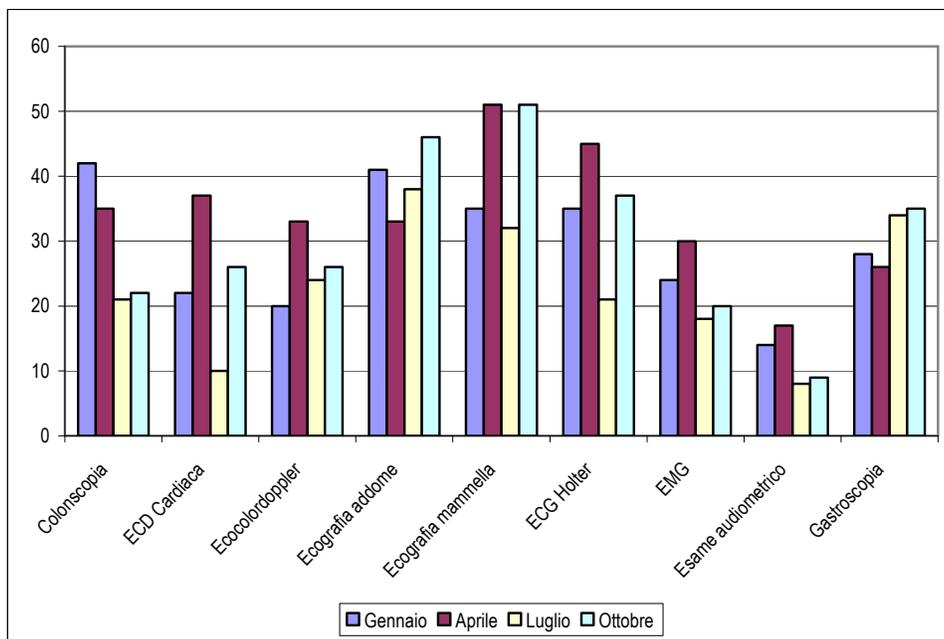
L'andamento dei tempi di attesa per le visite mostra una situazione abbastanza compensata per la gran parte delle visite. Si segnala una sola criticità per la visita oculistica nel mese di gennaio.

FIGURA 84 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – ANNO 2010



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

FIGURA 85 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA



L'andamento dei tempi di attesa per le altre prestazioni di diagnostica strumentale evidenzia una situazione positiva. Dalle osservazioni effettuate emerge che le prestazioni si collocano all'interno dello standard di attesa dei 60 giorni.

In sintesi si può confermare che le azioni sviluppate, in relazione all'appropriatezza ed alla rimodulazione dell'offerta, nel corso degli ultimi anni hanno consentito di far rientrare negli standard prestazioni che erano stabilmente critiche. In particolare si segnalano i tempi di attesa relativi alle TAC, all'altra diagnostica strumentale ossea e a gran parte delle visite. Nel 2010 si osserva il consolidamento delle performance volte al potenziamento dell'offerta.

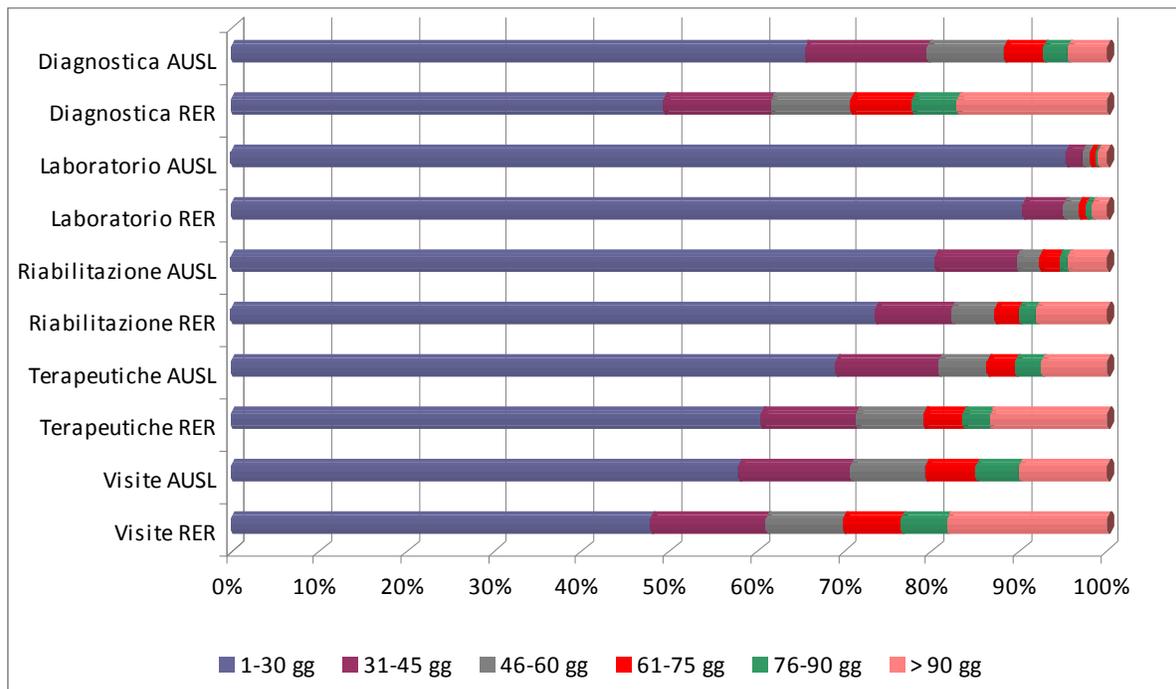
Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili

Durante il 2010 le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN sono state erogate entro tempi di attesa generalmente in linea con l'andamento complessivo regionale.

In particolare, l'attività di Diagnostica si esegue entro 60 giorni nell'88,29% dei casi (70,76% il valore Regionale) confermando un trend in miglioramento per ciò che concerne le prestazioni garantite entro lo standard. Le visite (programmabili, programmate e differibili) presentano valori simili a quelli regionali: sono erogate entro 30 giorni nel 57,86% dei casi rispetto al 47,79% del totale Regionale; tuttavia si sottolinea che si tratta di un dato non esaustivo rispetto a tutto il sistema che comprende vari livelli di priorità e quindi non rappresenta un dato di performance specifico.

Il confronto relativo alle visite, che fa riferimento alla compresenza delle prime visite, dei controlli e delle differibili, mette in luce un allineamento con gli indici regionali e quindi una risposta conforme.

FIGURA 86 TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI



Nei grafici successivi sono raffrontati gli indici di offerta dell'Ausl di Parma con quelli della Regione, sia per le visite che per gli esami diagnostici, in una settimana indice di ottobre 2010: gli indici dell'offerta Ausl sono per la gran parte superiori alla media regionale.

FIGURA 87 RAFFRONTO INDICI DI OFFERTA VISITE AUSL PARMA - RER

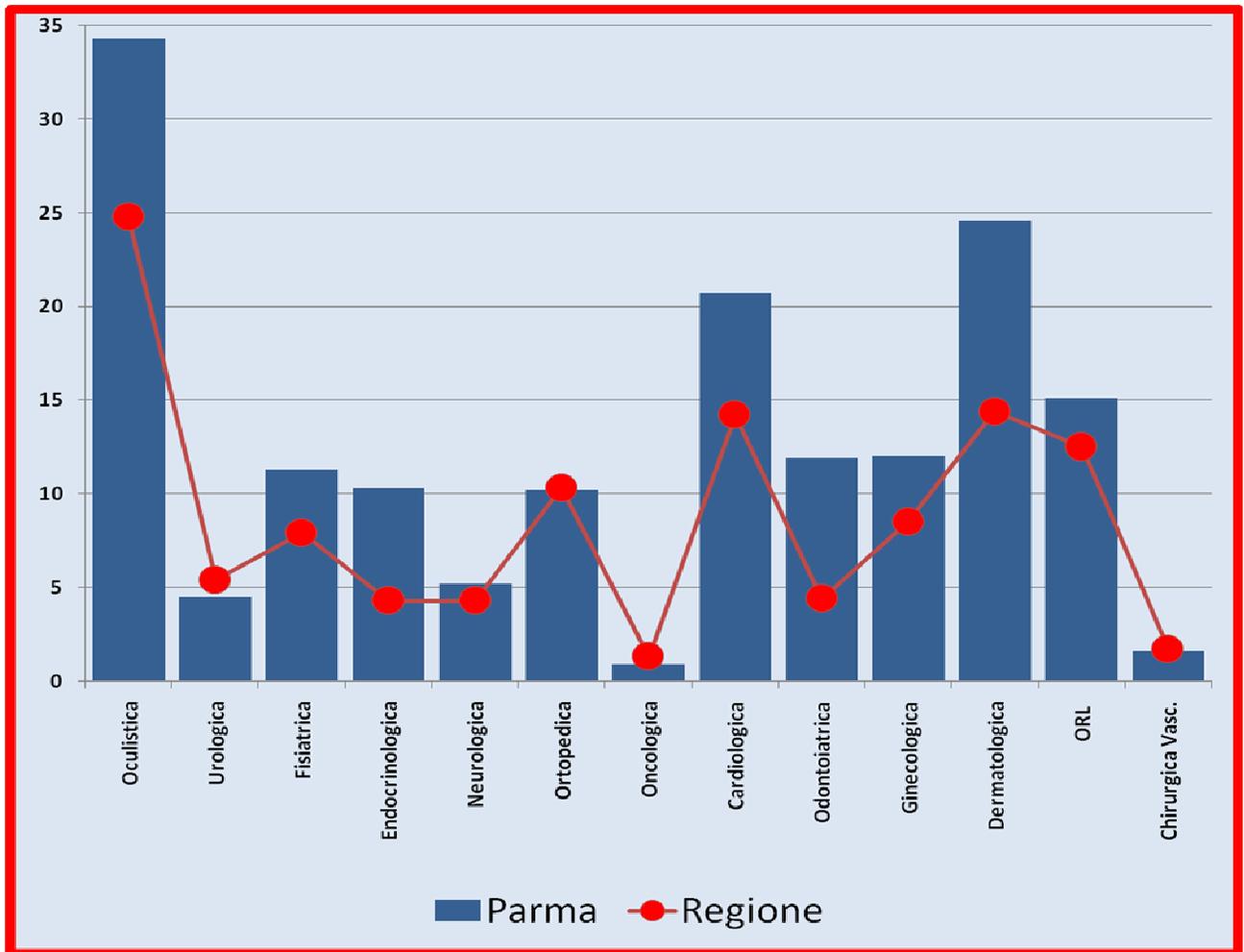
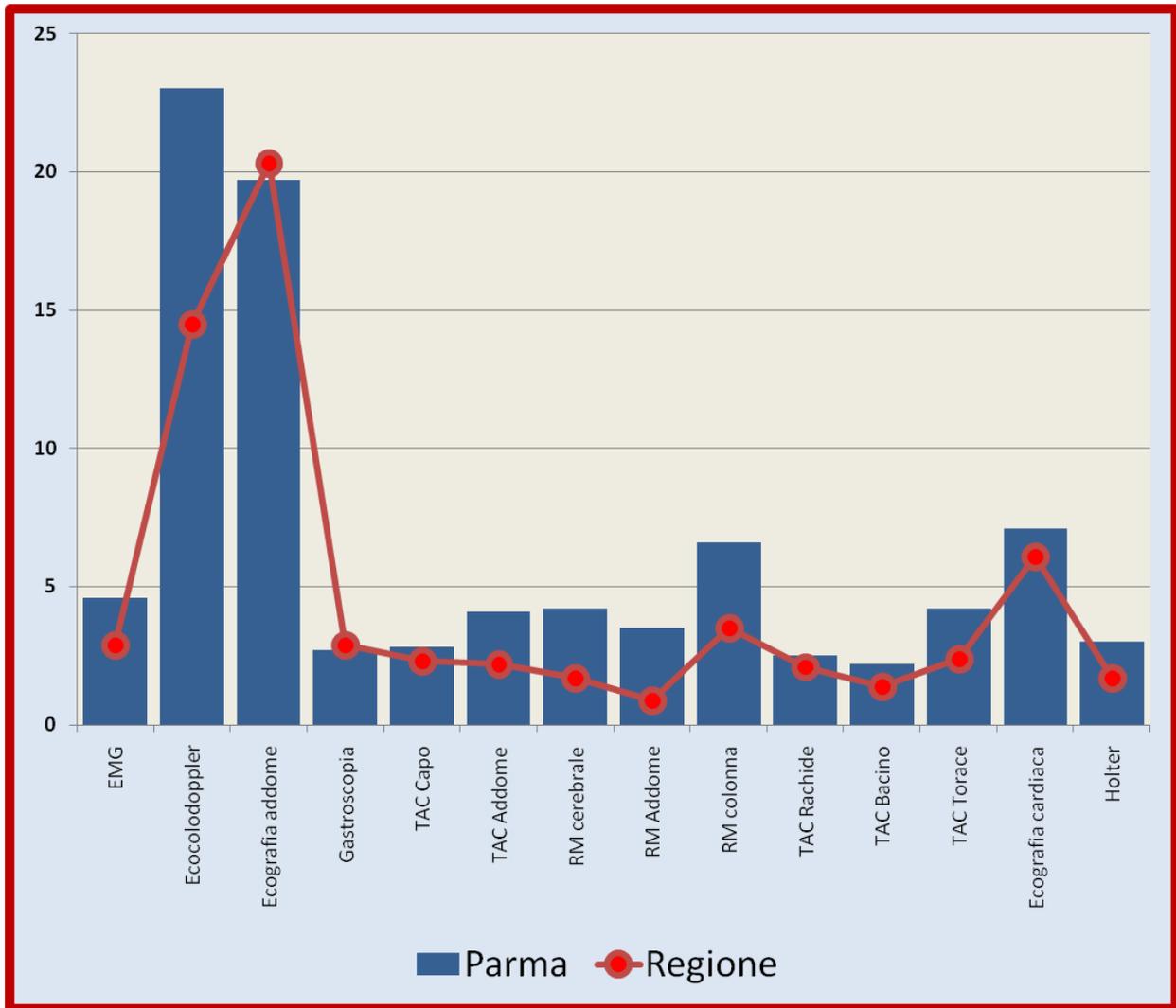


FIGURA 88 RAFFRONTO INDICI DI OFFERTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICA AUSL PARMA – RER



Assistenza Ospedaliera

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2010, di complessivi 2.323 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate; l'82,4% dei posti è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 53,1% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 29,4%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.

Dei 2.323 posti complessivamente disponibili il 76,1% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,5% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 12,4% viene utilizzato per lungo-degenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 40,6% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi) e quindi tendono ad erogare un numero inferiore di ricoveri con durata di degenza più lunga.

FIGURA 89 LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

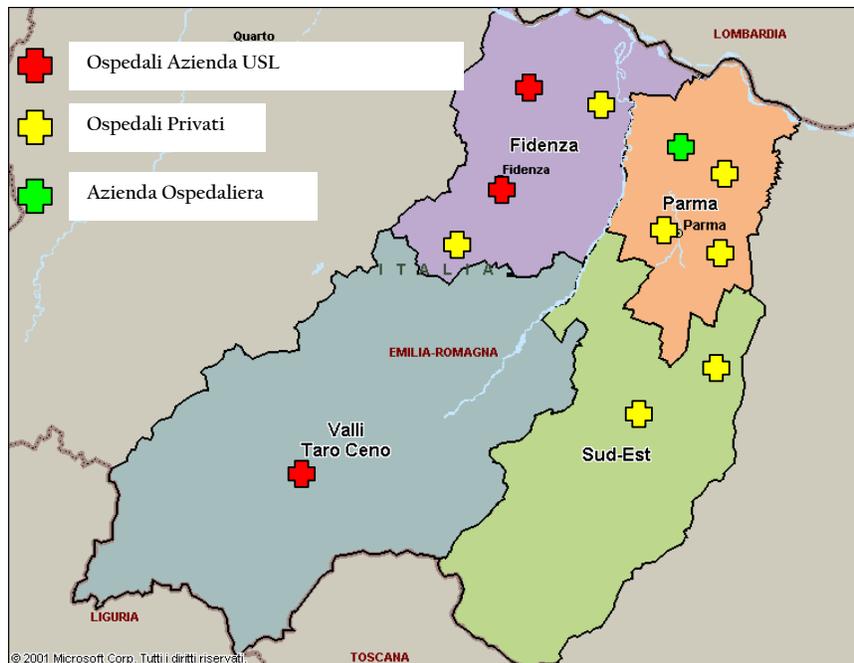
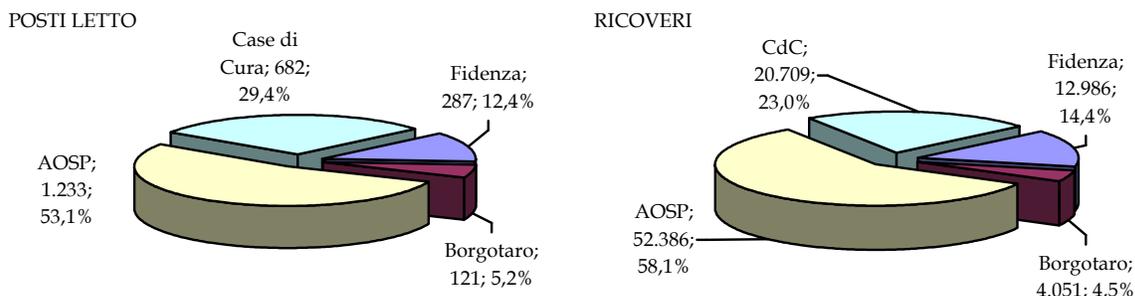
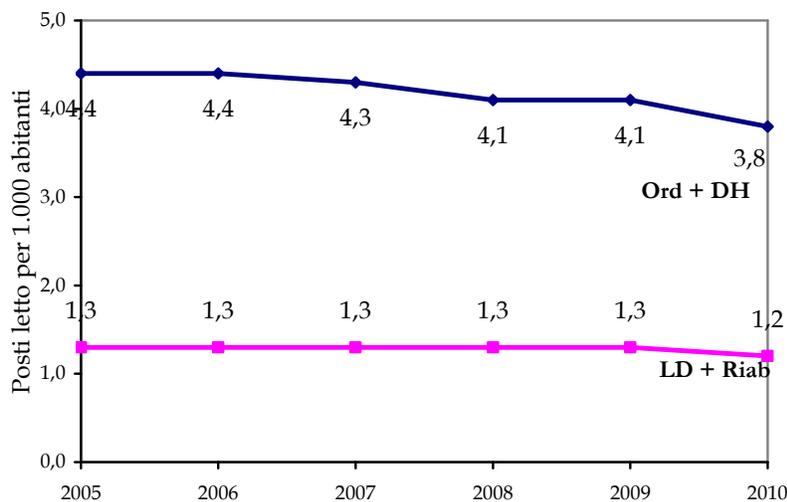


FIGURA 90 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA –ANNO 2010



Nel 2010 permane un'offerta di posti letto superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è infatti di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,1 anche se in diminuzione rispetto ai 5,4 del 2009. I posti letto per acuti sono scesi dai 4,5 del 2004 agli attuali 3,8 mentre, sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione, l'offerta è progressivamente salita dall'1,1 del 2004 all'1,2 attuale. Questo è anche frutto della presenza, nella provincia di Parma, di due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione. In particolare, dal 1 gennaio 2004 i posti letto attivi presso la Fondazione Don Gnocchi sono stati inseriti tra i posti letto ospedalieri, contribuendo quindi ad incrementare da 1,1 a 1,2 i posti letto della disciplina di riabilitazione. Da evidenziare che il Patto per la Salute siglato nel 2009 fissa a 4 posti per mille abitanti (comprensivi di 0,7 posti per riabilitazione e lungo-degenza post-acuzie) lo standard di posti letto ospedalieri.

FIGURA 91 POSTI LETTO PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE PER 1.000 ABITANTI – ANNI 2005–2010



L'analisi dell'attività dei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2010 ha evidenziato quanto segue.

Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2010 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo Parmense ha ulteriormente incrementato la propria attività passando da un totale di 12.730 ricoveri a 12.986, con una variazione positiva del 2%, derivante soprattutto da un aumento di 347 ricoveri per i residenti della provincia di Parma; calano invece i ricoveri per residenti di Piacenza, Modena, Reggio Emilia; diminuiscono anche gli accessi provenienti da altre Regioni (-66 unità).

Gli incrementi più consistenti in regime ordinario hanno riguardato le patologie urologiche ed ostetrico-ginecologiche (parti vaginali ed interventi sull'utero); crescono i trattamenti relativi a patologie psicotiche e per insufficienza cardiaca e shock. In aumento anche l'area della chirurgia ortopedica (in particolare per interventi di protesi d'anca). Si segnalano le riduzioni relative agli interventi di taglio cesareo. Per quanto riguarda gli accessi in regime diurno tra i DRG chirurgici calano i ricoveri per interventi sull'utero (dilatazione e raschiamento), per gli interventi di aborto e sul sistema muscolo-scheletrico mentre sono in incremento gli interventi per ernia inguinale e gli interventi su mano e polso. Infine, per i DRG in regime diurno di tipo medico si evidenzia un aumento di attività nell'ambito delle patologie del sistema nervoso e cerebrovascolare nonché delle patologie cardiovascolari, i cui ricoveri sono cresciuti con particolare riferimento ai casi di insufficienza cardiaca e shock. Crescono i ricoveri per psicosi e le attività di chemioterapia.

FIGURA 92 – PO DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2008–2010

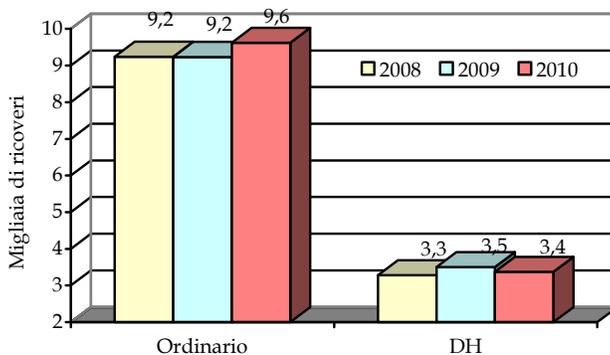


TABELLA 79 – OSPEDALE DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2009–2010

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
DRG medici	6.120	6.291	2,8	2.152	2.074	-3,6
DRG chirurgici	3.113	3.328	6,9	1.345	1.293	-3,9
Totale	9.233	9.619	4,2	3.497	3.367	-3,7

All'aumento di attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense è corrisposta, in termini di complessità della casistica trattata, un aumento del peso medio dei ricoveri del 2,3% per effetto principalmente dell'incremento della complessità trattata in regime ordinario (+4,2%). La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale, è incrementata di circa 1.734.000 € (+5,1%).

Ospedale di Borgo Val di Taro

Per il Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro si segnala, nel 2010, la sostanziale stabilità dei ricoveri che arrivano complessivamente a 4.051. L'attività a favore dei residenti tuttavia è diminuita (- 31 casi) mentre è cresciuta quella a favore dei residenti di altre Regioni (+ 10 casi) e dei residenti di Piacenza (+ 16 unità, principalmente per interventi di interruzione della gravidanza e interventi di chirurgia ortopedica).

In generale tra i ricoveri ordinari (- 25 unità; -0,8%) si osserva la diminuzione degli interventi sul piede mentre aumentano gli interventi di sostituzione di articolazioni maggiori, i trattamenti per insufficienza cardiaca e shock; inoltre crescono gli interventi di legatura e stripping di vene, gli interventi su arto inferiore e omero, gli interventi sul ginocchio ed i trattamenti per edema polmonare. Si osserva l'aumento di 23 ricoveri per interventi di prostatectomia transuretrale.

In ambito diurno si segnala l'aumento di attività (+22 ricoveri) dovuto in particolare all'incremento significativo degli interventi sul ginocchio (+ 20 unità), dei trattamenti per anomalie dei globuli rossi (+ 26 unità) e dei trattamenti di chemioterapia (+ 15 unità); rimane inoltre significativo il numero di aborti (74 casi). Si segnala l'incremento degli interventi per ernia inguinale e femorale che crescono di 5 unità.

FIGURA 93 – PO DI BORGO VAL DI TARO – 2008–2009

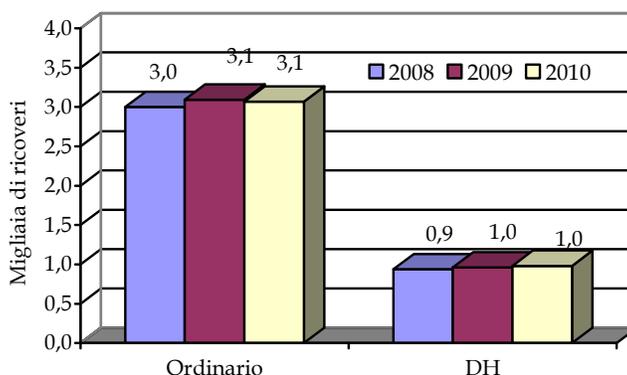


TABELLA 80 – OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2009–2010

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
DRG medici	1.897	1.854	-2,3	428	425	-0,7
DRG chirurgici	1.196	1.214	1,5	533	558	4,7
Totale	3.093	3.068	-0,8	961	983	2,3

Il lieve incremento dei ricoveri di tipo chirurgico in regime ordinario ha determinato un leggero aumento della complessità della casistica trattata: il peso medio dei ricoveri ordinari è infatti passato dallo 0,97 allo 0,98 (+1,02%); analogamente l'aumento dei ricoveri di tipo chirurgico erogati in regime diurno ha comportato un incremento della complessità della casistica salita dallo 0,76 del 2009 allo 0,78 (+2,6%). La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario, è incrementata di circa 305.000 € (+2,9%).

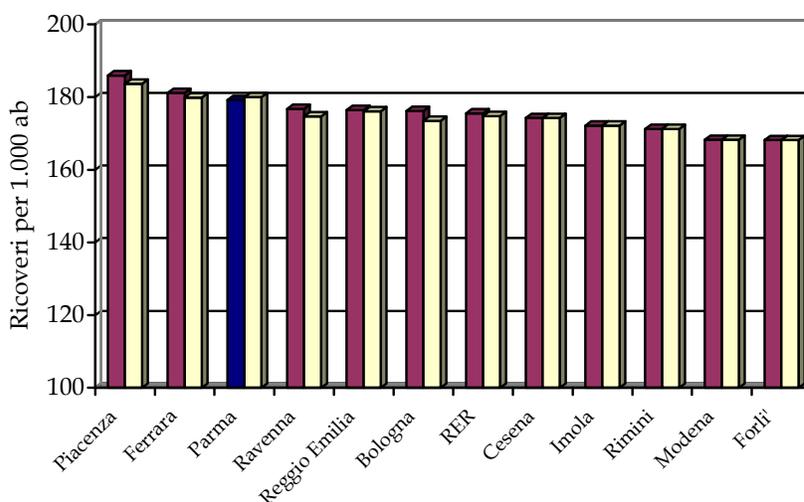
Per valutare ulteriormente la potenzialità della rete ospedaliera provinciale è possibile considerare l'indice di attrazione (distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche provinciali per area di residenza) che permette di valutare la capacità dei presidi territoriali di attrarre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

Nel caso dell'Azienda USL di Parma il dato per il 2010 (88,0%) è in aumento di 1,3 punti percentuali rispetto al 2009; questo comporta che i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni siano scesi al 12% del totale.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime la domanda di ricoveri da parte degli assistiti dell'Azienda e, oltre che da caratteristiche epidemiologiche, è influenzato dalla composizione della popolazione per età e sesso. A livello aziendale il valore (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 179,96 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2010 a 174,74. Da segnalare il lieve incremento rispetto al 2009 quando il valore era stato pari a 179,32 ricoveri anche se l'Azienda USL di Parma rimane tra le Aziende con il maggior numero di ricoveri: è infatti seconda solo a Piacenza con 183,67.

FIGURA 94 – TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNI 2009-2010



La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di ordinario in trattamenti erogabili in regime ambulatoriale (es. rimozione del tunnel carpale, interventi per cataratta) oppure gestibili in contesti di tipo territoriale rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo: i ricoveri ordinari sono infatti scesi del 5% rispetto al 2004, mentre i ricoveri chirurgici erogati in regime diurno sono scesi del 2,4% passando dal 26,2 del 2004 a 25,6 ricoveri per 1.000 abitanti del 2010. Da segnalare l'incremento del 7,3% per i ricoveri in day-hospital medico derivanti soprattutto da un aumento, nel periodo 2004-2010, di circa 700 ricoveri per chemioterapia.

FIGURA 95 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ – ANNI 2004–2010

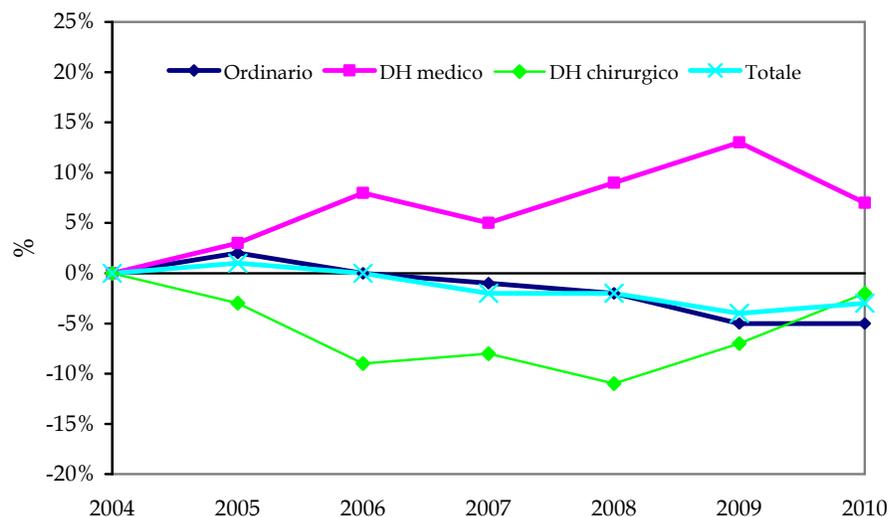


TABELLA 81 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO – ANNI 2007–2010

Distretto	2007	2008	2009	2010
Parma	190,74	188,89	185,96	185,31
Fidenza	177,28	176,57	173,26	178,14
Sud-Est	173,39	176,71	171,66	173,62
Valli Taro e Ceno	170,64	166,23	170,29	172,8
Azienda USL	183,74	182,09	179,32	179,96
RER	181,07	178,01	175,01	174,74

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

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso evidenzia, a livello aziendale, un progressivo calo negli anni con valori che si avvicinano a quelli regionali. Osservando i distretti si notano valori più elevati di ospedalizzazione nel Distretto di Parma che, tuttavia, presenta un trend in sostanziale diminuzione nel tempo.

L'analisi dei ricoveri per singolo comune di residenza evidenzia, per la maggior parte dei comuni di montagna, un ricorso all'assistenza ospedaliera generalmente inferiore rispetto alla media aziendale. Quasi tutti i comuni di montagna dei Distretti di Valli Taro e Ceno e Sud-Est, se consideriamo anche l'età, hanno infatti tassi di ricovero inferiori rispetto a quelli rilevati per i comuni di pianura o pedecollinari. Tra i Comuni con maggior ricorso all'assistenza ospedaliera si segnalano quelli di Mezzani e Colorno, con tassi rispettivamente pari a 230 e 222 ricoveri per 1.000 residenti, Roccabianca (207), Lesignano (207) e Tizzano (206). Dall'altro lato i comuni di Compiano e Bardi hanno tassi di ospedalizzazione molto contenuti e pari, rispettivamente a 157 e 130.

TABELLA 82 RICOVERI PER STRUTTURA DI RIFERIMENTO E CATEGORIA DIAGNOSTICA – ANNO 2010

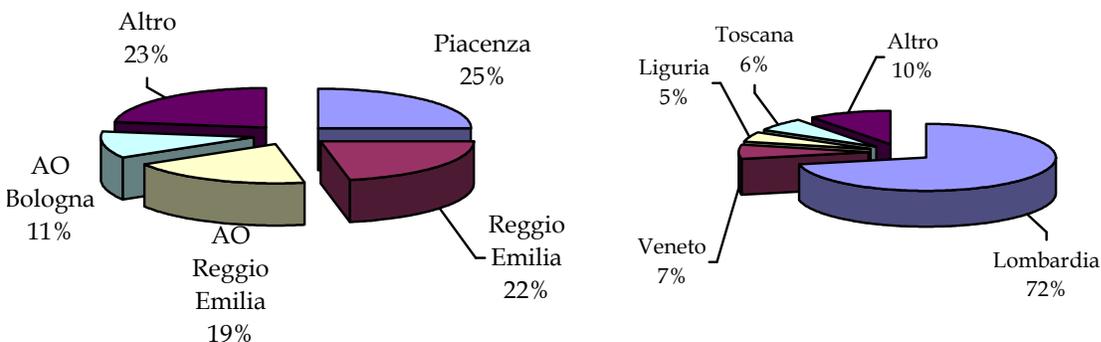
	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura Provincia	Altre pro- vince RER	Mobilità pas- siva extra- regionale ^a	Totale
App.muscoloscheletrico	2.052	3.919	3.578	884	1.447	11.880
App. cardiocircolatorio	2.145	5.751	2.075	370	1.183	11.524
App. digerente	1.360	3.349	1.297	210	324	6.540
Gravidanza, parto e puerperio	1.415	3.434	732	536	365	6.482
App.respiratorio	810	3.670	439	106	248	5.273
Sistema nervoso	812	2.735	779	203	491	5.020
Periodo neonatale	881	2.722	187	320	185	4.295
Neoplasie scarsamente differenziate	635	2.397	239	465	390	4.126
App. riproduttivo femminile	794	1.758	661	521	336	4.070
Rene e vie urinarie	787	1.894	211	116	196	3.204
Fegato, vie biliari, pancreas	521	2.004	189	130	152	2.996
Pelle, tessuto sottocutaneo	282	1.362	916	85	193	2.838
ORL	98	1.135	682	260	180	2.355
Malattie mentali	726	237	404	35	125	1.527
Occhio	28	1.252	118	91	311	1.800
App. riproduttivo maschile	554	672	213	63	98	1.600
Endocrini, metabolici	220	898	256	53	170	1.597
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	98	432	330	80	149	1.089
Sangue ed organi ematopoietici	377	596	113	56	83	1.225
Traumatismi ed avvelenamenti	104	473	93	35	40	745
Malattie infettive	130	642	54	27	50	903
Abuso alcool/farmaci	128	23	186	5	9	351
Altro	15	232	6	28	32	313
Infezioni HIV	1	163	-	3	2	169
Traumatismi multipli	10	61	-	2	6	79
Ustioni	3	45	-	-	3	51
TOTALE	14.986	41.856	13.758	4.684	6.768	82.052

Mobilità passiva

La mobilità sanitaria passiva rappresenta per molte Aziende sanitarie territoriali, soprattutto se ubicate in zone di confine, una criticità per due motivi. In primo luogo la necessità, da parte dei residenti, di rivolgersi a strutture ubicate al di fuori del territorio provinciale per trovare risposta a patologie di medio-bassa complessità o comunque per ricevere prestazioni non presso centri di eccellenza nazionale comporta per gli stessi forti disagi e può essere un segnale di difficoltà del sistema sanitario regionale globalmente considerato di prendersi carico in maniera efficace ed appropriata di tali patologie. In secondo luogo l'erogazione di ricoveri e di prestazioni presso strutture esterne all'ambito territoriale di riferimento comporta, per le Aziende, un esborso economico significativo che sottrae risorse da dedicare al finanziamento di altre attività istituzionali.

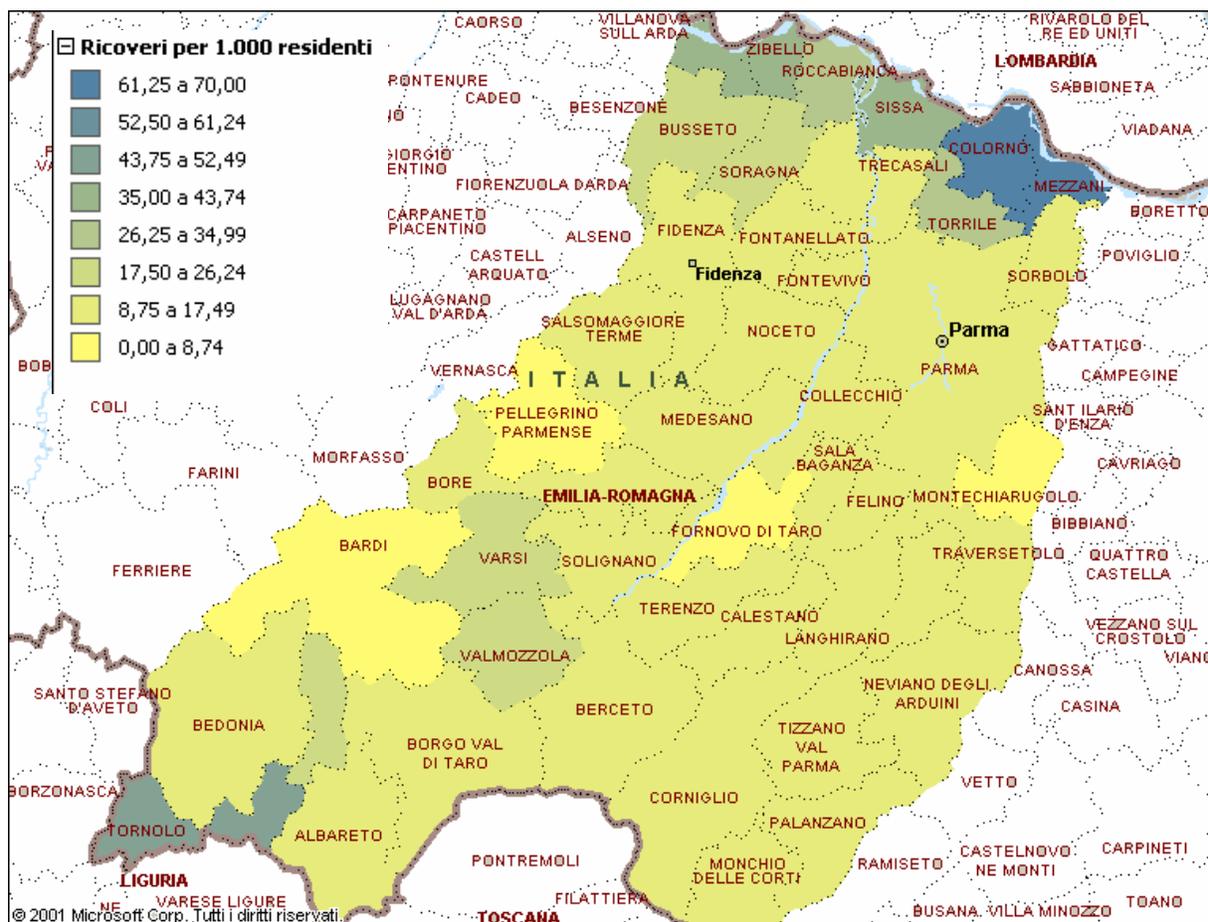
L'Azienda USL di Parma ha sostenuto nel 2010 un costo di 36,3 milioni di € per il finanziamento di 11.452 ricoveri erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 20,3 milioni di € per 6.768 ricoveri in mobilità extra-regionale (dato relativo al 2009) e 16,1 milioni di € per 4.684 ricoveri erogati da strutture di altre Province. Come evidenziato dalla figura seguente le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente il 66% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 72% dei 20 milioni di € di mobilità passiva interregionale. Oltre alle strutture sanitarie delle Province di Reggio Emilia e Piacenza è importante segnalare il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna alla quale i residenti di Parma si rivolgono principalmente per interventi di trapianto cardiaco, di midollo osseo e di fegato.

FIGURA 97 MOBILITÀ PASSIVA – 2010 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



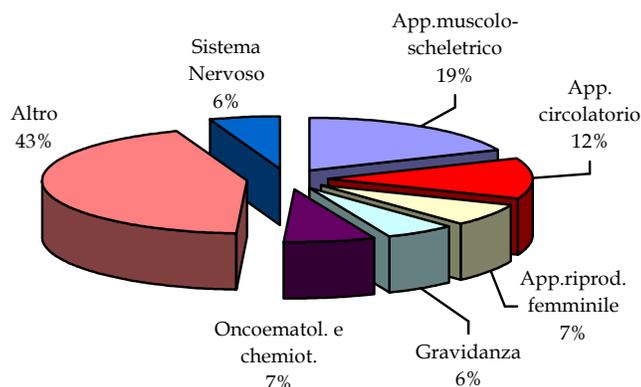
Le zone della provincia maggiormente interessate dalla mobilità passiva sono inevitabilmente quelle di confine, laddove le caratteristiche della rete viaria e dell'offerta di strutture nelle Regioni e Aziende sanitarie limitrofe costituiscono elementi di attrazione per i pazienti. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani con un tasso di ospedalizzazione in mobilità pari a 66,7 ricoveri per 1.000 residenti, Colorno (63,5) e Tornolo (45,2). All'altro lato si evidenziano invece i comuni ubicati al centro della Provincia, i cui residenti preferiscono soprattutto le strutture provinciali, più agevoli da raggiungere: Bardi con 5,6 ricoveri per 1.000 residenti, Fornovo (7,2), Pellegrino (8,1) e Montechiarugolo (8,4).

FIGURA 98 TASSO STANDARDIZZATO PER ETÀ DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA – 2009



Indipendentemente dalla localizzazione delle strutture oggetto di mobilità, le scelte dei pazienti riguardano principalmente prestazioni relative all'apparato muscoloscheletrico (20,4% dei ricoveri), a quello cardiocircolatorio (15,6%), alle patologie del sistema nervoso (10,7), alla gravidanza e apparato riproduttivo femminile (11,6%) ed al trattamento oncologico (11,8%) per le quali la spesa è stata, nel 2010, di 10,6 milioni di € per la mobilità infra-regionale e 13,1 milioni di € per la mobilità interregionale (dato relativo al 2009). Queste discipline rappresentano da sole il 70% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 56,5% dei ricoveri complessivamente erogati.

FIGURA 99 DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA PER DISCIPLINA



Ferma restando l'importanza di centri di riferimento nazionali per il trattamento di specifiche patologie ad elevata complessità, quali ad esempio i trapianti, ubicati in altre regioni e/o province, la programmazione aziendale nel 2010 ha continuato a mettere in atto, anche in collaborazione con le altre strutture provinciali (Case di Cura private e Azienda Ospedaliero-Universitaria) tutte le azioni necessarie al progressivo riorientamento delle scelte dei cittadini a favore della rete di offerta provinciale.

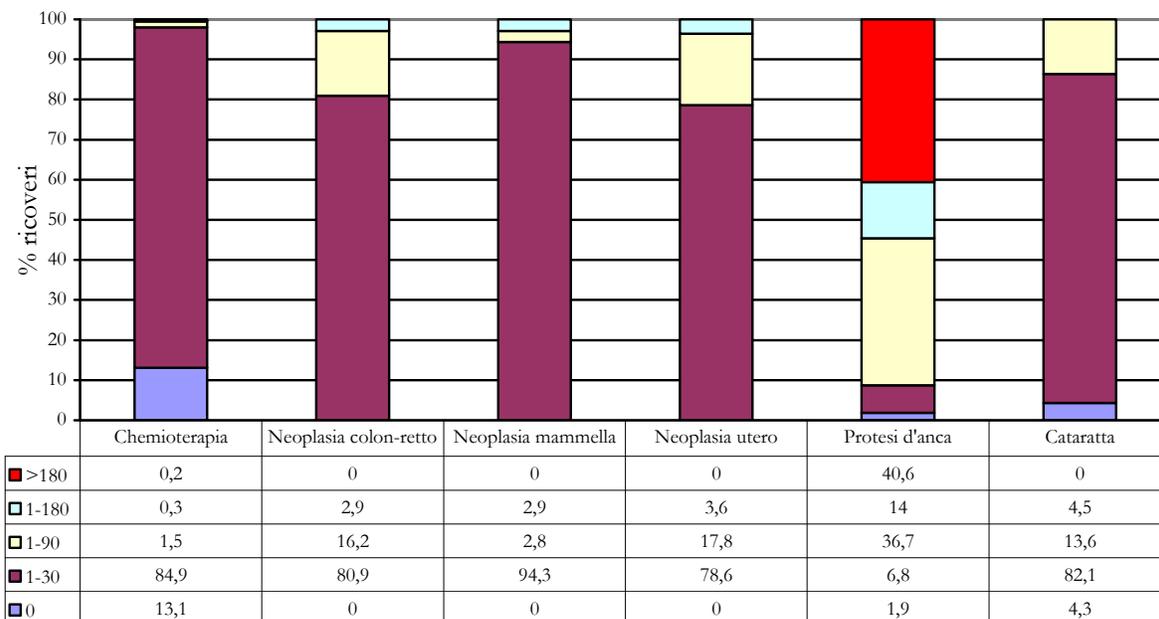
Tempi di attesa

La capacità del sistema sanitario provinciale di rispondere in maniera tempestiva ed adeguata alle esigenze di assistenza ospedaliera della popolazione di riferimento ma anche dei pazienti di altre realtà può essere misurata anche analizzando i tempi di attesa per alcune prestazioni selezionate e ritenute "critiche" in termini di prevalenza nella popolazione. La stessa normativa nazionale fissa peraltro i tempi di attesa entro i quali debbono essere erogate le prestazioni più rilevanti ed in particolare stabilisce che per gli interventi di cataratta e di sostituzione dell'anca il 50% delle prestazioni debba essere erogato entro 90 giorni dalla prenotazione ed il 90% entro 180 giorni. Diversamente gli interventi di tipo oncologico (tumore della mammella, del colon-retto e del polmone) nonché per le prestazioni chemioterapiche debbono nel 100% dei casi essere erogati entro 30 giorni dalla prenotazione.

La situazione relativa alle strutture pubbliche e private dell'Azienda USL di Parma è abbastanza diversificata. In particolare i dati sono confortanti per i trattamenti chemioterapici e per gli interventi per tumore della mammella, per i quali i tempi di attesa sono rispettati dalla rete dell'offerta. Lo stesso non può dirsi per gli interventi dell'utero che vengono effettuati entro 30 giorni nel 78,6% dei casi, per gli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2010, pari al 45,4%, quindi al di sotto del target di riferimento, mentre gli interventi entro 180 giorni sono stati il 59,4% e non il 90% previsto.

Migliorano invece i dati relativi alla presa in carico tempestiva del paziente per interventi causa neoplasia del colon-retto per i quali l'80,9% dei ricoveri è avvenuto entro i tempi richiesti, con un miglioramento rispetto al 77% del 2009.

FIGURA 100 TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI: PERCENTUALE DI RICOVERI EFFETTUATI ENTRO 30, 90, 180 GIORNI DALLA DATA DI PRENOTAZIONE – STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELL'AZIENDA USL – ANNO 2010



Piano Sangue

Il raggiungimento dell'autosufficienza nell'ambito della raccolta di sangue è promosso dal "Piano Regionale Sangue" che a sua volta si traduce nel Piano Provinciale Sangue. A livello provinciale esiste una Commissione formata Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Associazioni dei Donatori di Sangue e Case di Cura Private che si occupa dell'andamento della raccolta e di tutte le problematiche della raccolta di sangue. E' presente anche una Commissione per la promozione del buon uso del sangue incaricata di ottimizzare l'utilizzo del sangue e ridurre le situazioni di inutilizzo o spreco.

Nel 2010 è aumentato il trend relativo al numero di unità consumate (+3,3%) nonché il numero di unità raccolte passate da 29.083 a 30.199 (+ 3,4%).

L'aumento di unità consumate ha determinato un'ulteriore riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 109,9, ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e secondo solo a quello delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia e Modena.

La tendenza di aumento della raccolta, che risulta superiore a quella di aumento dei consumi, dimostra il buon uso del sangue e la valida promozione alla donazione di sangue.

FIGURA 101 UNITÀ DI SANGUE RACCOLTE E CONSUMATE - ANNI 2003-2010

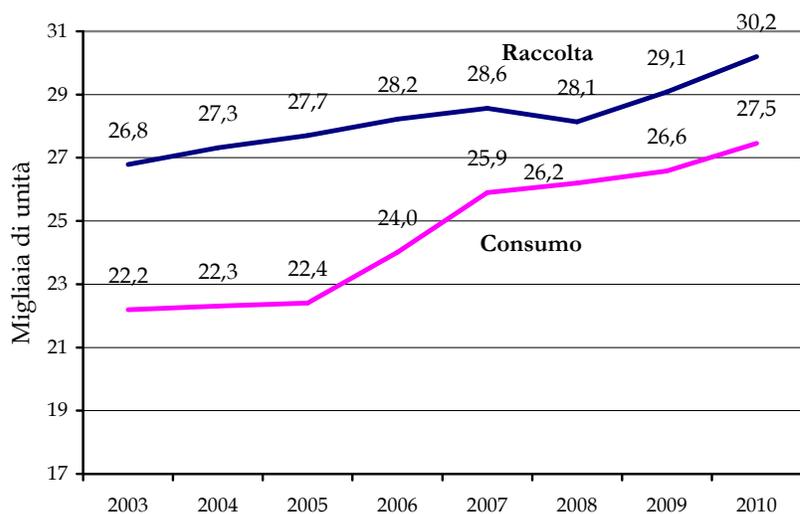
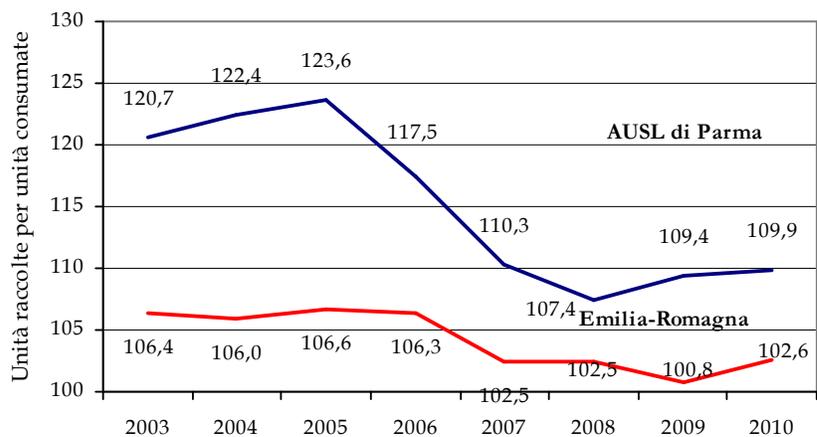


FIGURA 102 RAPPORTO TRA UNITÀ PRODOTTE E CONSUMATE - ANNI 2003-2010



Qualità dell'assistenza

Basso peso alla nascita

TABELLA 83 NATI CON BASSO PESO PER 1.000 NATI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	49,0	40,9	55,7
Parma	66,5	53,2	54,4
Sud Est	60,4	61,7	62,0
Valli Taro e Ceno	56,4	53,1	58,0
AUSL PARMA	55,9	51,8	56,4
REGIONE	53,3	52,2	54,3

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

L'indicatore, calcolato come numero di nati (residenti nell'USL) con peso alla nascita inferiore ai 2.500 grammi, individua i nati a basso peso a seguito di crescita intrauterina inadeguata o nascita prematura. I fattori di rischio, oltre a problemi di accesso alle cure perinatali, sono solitamente legati a condizioni socio-economiche e comportamentali. In particolare il basso reddito e il consumo di tabacco durante la gravidanza sono considerati tra i fattori positivamente correlati all'aumento di questo fenomeno.

Nella tabella si evidenzia come la frequenza nel triennio 2008-2010, in provincia di Parma, sia vicina alla media regionale, pur con andamento altalenante. Notevoli sono altresì le differenze fra i distretti, che variano notevolmente di anno in anno. Nel 2010 si osserva, per l'AUSL di Parma, un tasso dei nati con basso peso alla nascita superiore rispetto al dato regionale. Permane costantemente elevato nel triennio, l'alto tasso registrato nel distretto Sud-Est, mentre si conferma il calo registrato da quello di Parma e si assesta su valori vicini a quelli di Parma e Valli Taro-Ceno il tasso registrato per i residenti nel distretto di Fidenza, che era precedentemente attestato su valori molto inferiori alle medie provinciale e regionale.

Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani

TABELLA 84 DIMISSIONI PER POLMONITE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	0,47	0,30	0,30
Parma	0,56	1,15	0,24
Sud Est	0,44	0,74	0,31
Valli Taro e Ceno	0,47	0,16	0,39
AUSL PARMA	0,51	0,75	0,28
REGIONE	0,58	0,57	0,41

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

I ricoveri per polmonite nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni costituiscono un utile indicatore per la valutazione dell'assistenza in regime ambulatoriale delle infezioni delle vie respiratorie. In aggiunta si ritiene che le campagne vaccinali efficaci siano estremamente utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie.

Nel triennio 2008-2010, si rileva un andamento dell'indicatore provinciale con un picco nell'anno 2009, che potrebbe essere attribuibile all'influenza pandemica AH1N1. Il quadro nei distretti è omogeneo all'andamento provinciale solo nei distretti di Parma e Sud-Est, mentre è stabile nel distretto di Fidenza ed in controtendenza nel distretto Valli Taro-Ceno.

Diabete, complicanze a breve termine

TABELLA 85 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A BREVE TERMINE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	0,52	0,47	0,44
Parma	0,78	0,72	0,53
Sud Est	0,71	0,70	0,56
Valli Taro e Ceno	0,45	0,50	0,40
AUSL PARMA	0,67	0,63	0,50
REGIONE	0,44	0,45	0,45

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Questo indicatore, calcolato come numero di dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine (chetoacidosi, coma) nella popolazione di età maggiore o uguale di 18 anni, permette di valutare l'efficacia e la qualità dell'assistenza extra-ospedaliera ai pazienti affetti da patologie diabetiche. In particolare è stato rilevato come un'assistenza qualitativamente molto elevata permetta di ridurre significativamente la maggior parte dei ricoveri prevenibili.

A livello provinciale, il tasso di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, pur denotando un costante e significativo calo. Nel 2010, lo scostamento del dato provinciale rispetto a quello regionale si è notevolmente ridotto, attestando un notevole miglioramento nei comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura a livello territoriale.

Diabete, complicanze a lungo termine

TABELLA 86 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A LUNGO TERMINE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	3,88	4,13	3,35
Parma	3,58	3,61	2,87
Sud Est	2,96	2,62	2,36
Valli Taro e Ceno	3,42	2,76	2,44
AUSL PARMA	3,53	3,47	2,85
REGIONE	2,16	2,20	2,20

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

In questo caso l'indicatore considera le complicanze (renali, occhio, apparato circolatorio) a lungo termine associate ad una patologia diabetica per i pazienti con età maggiore o uguale di 18 anni. L'ipotesi, confermata dalla letteratura scientifica, è che una adesione corretta al regime terapeutico ed un efficace monitoraggio del livello glicemico permettano di controllare e prevenire le complicanze della malattia e quindi contribuire sostanzialmente alla riduzione delle complicanze a lungo termine.

L'andamento in costante calo dell'indicatore nell'AUSL di Parma, con progressivo avvicinamento alla media regionale, conferma i buoni risultati ottenuti nel potenziamento delle sinergie di rete territoriale per la cura della malattia diabetica. In particolare, le attività di coordinamento strutturato messe in atto nell'ultimo quinquennio sembrano aver dato avvio ad un miglioramento costante, che ha ancora margini per attestarsi sulla media regionale.

Parto Cesareo

TABELLA 87 PARTI CESAREI, OGNI 100 NATI, PER PUNTO NASCITA

Punto nascita	2008	2009	2010
Fidenza	30,8	27,6	25,8
Borgotaro	39,2	32,9	33,2
Città di Parma	52,1	51,1	54,8
AOSP Parma	37,1	38,0	35,9
Provincia di Parma	37,8	37,2	35,9
Regione	30,3	30,0	29,4
Pubblico Regione	30,0	29,7	29,0
Privato Regione	55,8	55,7	58,9

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Il parto cesareo è oramai considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata: anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno evidenziato come la variabilità nella percentuale di parti cesarei sia da attribuire anche al comportamento ed alle preferenze dei medici. È pertanto opinione condivisa che riduzioni nel ricorso a questa metodica possano essere considerate come indicative di un miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'andamento dell'indicatore nel triennio è: in calo costante nel punto nascite dell'Ospedale di Fidenza ed al di sotto della media regionale degli ospedali pubblici; sostanzialmente stabile nel punto nascite dell'Ospedale di Borgotaro ed; in decremento in quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ma in entrambe queste strutture superiore alla media regionale degli ospedali pubblici.

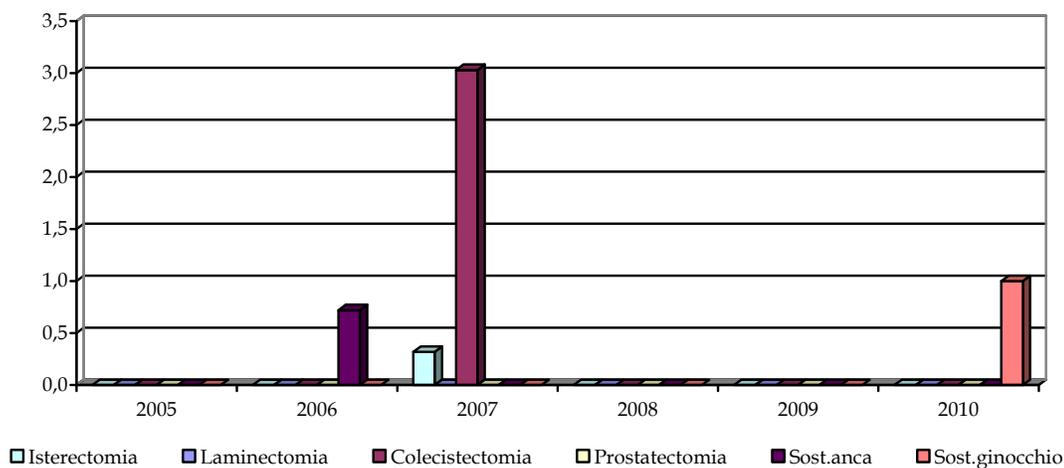
L'indicatore 2010 della Casa di Cura Città di Parma è in leggero incremento, ma comunque inferiore alla media degli Ospedali Privati Accreditati della Regione, che tendono peraltro a favorire il ricovero di donne con indicazione al cesareo.

Mortalità Intraospedaliera a seguito d'interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

I casi registrati nel periodo 2005-2010 sono stati oggetto di approfondimento specifico, in particolare i 5 registrati nel 2007 con colecistectomia, dove l'intervento chirurgico che ha determinato la classificazione del DRG era accompagnato da gravi concomitanti patologie.

L'ultimo triennio ha registrato un solo caso in ambito ortopedico.

FIGURA 103 PERCENTUALE DI MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTI A BASSO RISCHIO – 2005–2010 – STRUTTURE DELL'AZIENDA USL E CASE DI CURA



Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto

TABELLA 88 PERCENTUALE DI MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA

Provincia di	2008	2009	2010
Piacenza	16,3	15,8	16,0
Parma	12,4	16,1	14,1
Reggio Emilia	16,1	19,0	15,0
Modena	13,9	13,1	13,6
Bologna	17,5	14,4	11,7
Ferrara	20,5	17,5	20,0
Ravenna	13,5	13,9	14,1
Forlì-Cesena	14,5	13,4	13,4
Rimini	12,7	11,9	7,5
Regione	15,2	15,0	13,8

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Un intervento tempestivo ed efficace (comprensivo di terapia trombolitica e rivascolarizzazione) in presenza di infarto miocardico acuto rappresenta un elemento fondamentale per la sopravvivenza del paziente. Nell'Azienda USL di Parma si evidenzia un decremento nel 2010, con avvicinamento alla media regionale.

Tasso di ospedalizzazione evitabile

TABELLA 89 DIMISSIONI PER ASMA PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	0,07	0,21	0,16
Parma	0,28	0,38	0,22
Sud Est	0,25	0,40	0,22
Valli Taro e	0,22	0,19	0,30
AUSL PARMA	0,22	0,32	0,21
REGIONE	0,26	0,17	0,17

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

L'asma è considerata una delle ragioni più frequenti per un ricovero evitabile; nella maggior parte dei casi può infatti essere gestita a livello territoriale, con il ricorso ad una terapia efficace, con riduzioni del rischio di ricovero fino al 50%.

Nel 2010, nella provincia di Parma, ad esclusione del Distretto Valli Taro e Ceno, si è verificato un decremento dei ricoveri. Il confronto con l'indicatore regionale suggerisce ulteriori possibilità di miglioramento.

TABELLA 90 DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	2,40	1,85	1,48
Parma	2,20	1,62	1,47
Sud Est	2,83	1,39	1,42
Valli Taro e	1,67	1,33	1,54
AUSL PARMA	2,31	1,61	1,47
REGIONE	3,09	2,34	2,77

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Anche se parte dei ricoveri per scompenso cardiaco congestizio risultano essere appropriati, si ritiene che una gestione a livello territoriale ed ambulatoriale di questa patologia sia assolutamente efficace e possa contribuire a ridurre il tasso di ospedalizzazione.

Il dato per l'Azienda USL di Parma, è in calo nel triennio in tutti i distretti, ad eccezione di quello delle Valli del Taro e del Ceno, ma i valori sono tutti inferiori rispetto al valore medio regionale.

TABELLA 91 DIMISSIONI MALATTIE POLMONARI CRONICHE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	1,96	1,28	0,72
Parma	1,33	0,79	0,74
Sud Est	1,89	1,11	0,99
Valli Taro e	2,12	0,90	0,75
AUSL PARMA	1,66	0,97	0,78
REGIONE	1,91	1,47	1,56

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Le malattie croniche ostruttive, oltre all'asma che è stata esaminata separatamente, comprendono l'enfisema e la bronchite cronica. I ricoveri per questa patologia derivano principalmente da un peggioramento delle condizioni sopraelencate e da problemi respiratori: lo sviluppo nel corso degli anni di linee-guida assistenziali permette, a fronte di una gestione territoriale appropriata e di un corretto rispetto della terapia, di ridurre al minimo il ricorso al ricovero per questa patologia.

Come per l'indicatore precedente i valori osservati a livello provinciale sono significativamente e costantemente inferiori rispetto a quelli medi regionali. Nel 2010 si è verificata una diminuzione uniforme in tutti i distretti.

TABELLA 92 DIMISSIONI PER IPERTENSIONE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	0,04	0,03	0,07
Parma	0,11	0,09	0,11
Sud Est	0,12	0,08	0,04
Valli Taro e Ceno	0,32	0,06	0,11
AUSL PARMA	0,12	0,07	0,09
REGIONE	0,08	0,07	0,08

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

L'ipertensione rappresenta una condizione cronica frequentemente controllabile e gestibile in maniera efficace a livello ambulatoriale attraverso il ricorso ad una appropriata terapia farmacologica.

I valori registrati nel 2010, in provincia di Parma, evidenziano una sostanziale stabilizzazione dell'indicatore che interessa tutti i distretti. L'allineamento al dato regionale è sostanzialmente mantenuto.

TABELLA 93 DIMISSIONI PER DIABETE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	0,24	0,15	0,19
Parma	0,33	0,26	0,26
Sud Est	0,20	0,29	0,20
Valli Taro e Ceno	0,22	0,28	0,26
AUSL PARMA	0,28	0,24	0,24
REGIONE	0,25	0,20	0,23

Fonte: Banca dati SIDO - Regione Emilia-Romagna

Viene qui riproposto un indicatore simile a quello visto in precedenza relativo alle complicanze diabetiche. Anche in questo caso si ritiene che una corretta gestione della patologia diabetica a livello territoriale ed ambulatoriale permetta di ridurre al minimo il ricorso al ricovero.

A livello aziendale l'indicatore, nell'anno 2010, ha fatto rilevare un mantenimento complessivo. L'indicatore è molto prossimo alla media regionale.

TABELLA 94 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE COMPLESSIVO PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2008	2009	2010
Fidenza	4,71	3,52	2,62
Parma	3,81	3,14	2,80
Sud Est	5,29	3,27	2,87
Valli Taro e Ceno	4,55	2,76	2,96
AUSL PARMA	4,59	3,21	2,79
REGIONE	5,59	4,25	4,81

Fonte: Banca dati SIDO - Regione Emilia-Romagna

Vengono riportati in tabella i ricoveri per asma, scompenso cardiaco, patologie respiratorie croniche, ipertensione e diabete. Si tratta di patologie croniche che potrebbero essere più efficacemente trattati tramite i percorsi di continuità assistenziale evitando il ricovero ospedaliero.

Un alto tasso di ricoveri evitabili è indice di un eccessivo ricorso alla degenza ed altresì di una carenza nel ricorso a possibili alternative assistenziali in regime extraospedaliero.

L'Azienda USL di Parma registra una diminuzione significativa dell'indicatore, confermando tassi di ospedalizzazione evitabile inferiori rispetto alla media regionale.
