

703  
20

**Bilancio di Missione 2007**

07



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



# 20

**Bilancio di Missione 2007**

# 07

Allegato alla delibera n. 337 del 16 giugno 2008

La pubblicazione é stata realizzata con il contributo di





Proteggere e promuovere la salute delle persone non significa soltanto assisterle quando stanno male, significa, prima di tutto, fare il possibile perché stiano bene. Condurre una vita sana, respirare un'aria pulita, vivere, crescere e lavorare in ambienti sicuri sono parte integrante di quel diritto alla salute che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma vuole assicurare a tutti.

E' partendo da questo presupposto, che l'Azienda USL si impegna costantemente per garantire ad ogni assistito equità e semplicità di accesso, tempestività e continuità delle cure.

Nella consapevolezza che gli importanti obiettivi di salute che ci si prefigge con la nostra attività, si raggiungono solo lavorando in sinergia in un Sistema più ampio della sola Azienda, risulta facilmente comprensibile quanto sia importante e prioritario il coinvolgimento diretto nella discussione e nella fase programmatica degli obiettivi di salute dei singoli professionisti ed operatori, degli utenti e delle loro rappresentanze, del mondo del volontariato, degli Enti Istituzionali e del mondo Sindacale.

Il dialogo continuo consente infatti di realizzare uno scambio reciproco di saperi, dove la partecipazione attiva è vissuta come un valore aggiunto.

Persone informate e competenti rappresentano una risorsa per il buon funzionamento del Servizio Sanitario, essendo uno stimolo costante al miglioramento. La miglior gestione del Servizio Sanitario e delle risorse da

esso assegnate, si ottiene soltanto con il contributo di tutti i protagonisti coinvolti.

Il Bilancio di Missione stilato da questa Azienda anche per l'anno 2007, ha visto la trattazione di grandi temi che ben rappresentano il Sistema complesso nel quale lavoriamo quali: il Piano Attuativo Locale, il nuovo Atto Aziendale il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e nella Sezione dedicata agli "Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale" lo Sviluppo delle Cure Primarie.

Seguendo questa visione complessiva il Bilancio di Missione risulta essere non solo un obbligo dettato dalla normativa, ma vuole prima di tutto essere una modalità di promozione del dialogo continuo, che ha visto una particolare attenzione per l'edizione di quest'anno agli aspetti di impostazione, uniformi con il documento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria presente nel nostro territorio.

Il percorso intrapreso tende alla necessaria partecipazione attiva ed alla discussione di tutti gli attori del Sistema alle fasi di programmazione delle attività, di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale in materia.

Un particolare ringraziamento a tutti coloro che si impegnano in questa direzione per far sì che questo si realizzi ogni giorno.

**Maria Lazzarato**

*Direttore Generale AUSL di Parma*



## 1

**Contesto di riferimento**

<b>Territorio</b>	15
Collocazione geografica	15
Distribuzione territoriale della popolazione residente	15
<b>Ambiente</b>	16
Aria	16
Acque	16
Rifiuti	17
<b>Popolazione</b>	18
Struttura demografica della popolazione residente	18
Indice di vecchiaia e di dipendenza	18
Percentuale di anziani e grandi anziani	19
Composizione delle famiglie	19
Presenza di stranieri	20
Speranza di vita	20
Natalità	21
<b>Condizioni socio-economiche</b>	22
Livello di istruzione	22
Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	22
Tenore di vita	23
<b>Osservazioni epidemiologiche</b>	24
Mortalità	24
Morbosità	25
<b>Stili di vita</b>	27
STUDIO PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)	27
Dipendenze patologiche	31
<b>Sicurezza</b>	34
Incidenti stradali	34
Infortuni sul lavoro	35
Infortuni domestici	38
<b>Conclusioni</b>	38
<b>I Distretti in cifre</b>	39

## 2

**Profilo aziendale**

<b>Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale</b>	45
Sostenibilità economica	45
Sostenibilità finanziaria	48
Sostenibilità patrimoniale	48
<b>Impatto sul contesto territoriale</b>	51
Impatto economico	51
Impatto sociale	51
Impatto culturale	52
Mobilità aziendale	53
Sviluppo sostenibile	54
<b>Livelli essenziali di assistenza</b>	54
Costi e finanziamento	54
<b>Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	55
Sviluppo dei programmi regionali di screening	55
Copertura vaccinale nei bambini	56
Copertura vaccinale nella popolazione anziana	57
Controllo sugli ambienti di lavoro	57
Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari	58
<b>Assistenza distrettuale</b>	59
Assetto organizzativo	59
Assistenza residenziale e semiresidenziale	61
Rete delle cure palliative ADI e Hospice	64

# 2

## Profilo aziendale

---

Consultori familiari	66
Salute Mentale	68
Dipendenze Patologiche	69
Assistenza protesica	70
Assistenza farmaceutica	71
Assistenza specialistica ambulatoriale	72
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>81</b>
Ospedale di Fidenza – San Secondo Parmense	82
Ospedale di Borgo Val di Taro	82
Tasso di ospedalizzazione	83
Mobilità passiva	85
Tempi di attesa	87
Piano Sangue	87
<b>Qualità dell'assistenza</b>	<b>88</b>
Basso Peso alla Nascita	88
Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani	88
Diabete, complicanze a breve termine	88
Diabete, complicanze a lungo termine	88
Parto Cesareo	89
Modalità Intraospedaliera a seguito d'interventi chirurgici in elezione e a basso rischio	89
Mortalità Intraospedaliera per Infarto Miocardico Acuto (IMA)	89
Tasso di ospedalizzazione evitabile	89

# 3

## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

---

<b>Trasparenza e partecipazione per favorire la valutazione dei servizi, la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni</b>	<b>95</b>
I Comitati Consultivi Misti CCM	95
Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale	96
La qualità nel rapporto con i cittadini	97
Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali Confederali	97
Il Percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare ed il SICAL	97
Lo Sportello Unico per le Imprese	97
Le relazioni con le Associazioni degli immigrati	98
Incontri e collaborazioni con le Associazioni	98
Le Associazioni degli emigranti all'estero delle Val Taro e Val Ceno	98
<b>Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute</b>	<b>99</b>
L'attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria CTSS	99
Piano Attuativo Locale PAL 2005/2007	99
La Programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza FRNA	100
Le progettualità nei Comitati di Distretto	100
I Comitati di Distretto e la realizzazione delle Lauree in Infermieristica	101
I Piani per la Salute PPS: promuovere la salute attraverso un approccio comunitario ponendo al centro la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini	101
<b>Universalità ed equità di accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti</b>	<b>102</b>
L'Assistenza ospedaliera	102
Accordi interaziendali	105
Percorsi per l'Accreditamento e la Qualità	106
La prevenzione individuale	107
La prevenzione collettiva	108
Attività distrettuale e Cure Primarie	109
Area della Salute Mentale	109

# 3

## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

---

Area Anziani	111
Area disabili	112
Le reti cliniche	112
<b>Promozione dell'eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa</b>	<b>114</b>
Eccellenza Clinica	114
Eccellenza Tecnologica	118
Eccellenza Organizzativa	120

# 4

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

---

<b>La "carta di identità" del personale</b>	<b>129</b>
Andamento del personale a tempo parziale	131
<b>I professionisti e la vita aziendale: partecipazione alle decisioni e responsabilità</b>	<b>131</b>
Elementi di rilievo dell'attività della Direzione Infermieristica e Tecnica	131
Inserimento e addestramento del neo assunto	132
<b>Gestione del rischio e della sicurezza</b>	<b>132</b>
<b>Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti</b>	<b>136</b>
Incarichi Personale Aree Dirigenziali	136
Incarichi Personale Area Comparto	137
<b>Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze</b>	<b>138</b>
Area Comparto	138
Area Dirigenziale	138
Atto Aziendale	138
Promozione e tutela del benessere dei dipendenti	138
<b>Il Piano Aziendale di Formazione (PAF)</b>	<b>139</b>
Collaborazioni con altri Enti di Formazione Provinciali	140

# 5

## Sistemi di relazioni e strumenti di comunicazione

---

<b>Ruolo e strategia comunicativa</b>	145
<b>La comunicazione per l'accesso ai servizi</b>	145
I meccanismi di coordinamento	146
Gli strumenti per l'accesso	146
Lo sviluppo del sito internet	146
Il consolidamento e lo sviluppo dei progetti informativi on-line	146
La rassegna delle documentazioni e delle pubblicazioni	148
<b>La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza</b>	149
L'informazione al momento dell'accesso	149
Il consolidamento del Progetto SOLE (Sanità On Line)	149
Le potenzialità della banca dati del Numero Verde	149
<b>La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità</b>	149
Le progettualità con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	149
La comunicazione e la programmazione negoziata in ambito distrettuale	150
La comunicazione e la prevenzione	150
La comunicazione esterna per l'identificazione dell'Azienda	150
I rapporti con i mezzi di informazione	150
<b>La comunicazione interna aziendale</b>	151
La newsletter "Flash d'Azienda"	151
La rete Intranet aziendale e la rassegna stampa	151
L'accesso alle biblioteche on-line	151
<b>L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni</b>	152

# 6

## Ricerca e innovazione

---

<b>Progetti di modernizzazione</b>	157
<b>La Telemedicina</b>	158
<b>Altri ambiti di ricerca e modernizzazione</b>	158
Area Socio-Sanitaria	158
Area Clinica e Organizzazione di Servizi Sanitari	158
Alta Tecnologia	159
Innovazione Tecnologica	159
Area della Prevenzione	159
Area della Salute Mentale	160
Area Dipendenze Patologiche	161
Attività del Comitato Etico Unico CEU	161

# 7

## Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

---

<b>Lo sviluppo delle Cure Primarie</b>	<b>165</b>
Il sistema integrato delle Cure Primarie	165
<b>I Nuclei delle Cure Primarie</b>	<b>166</b>
<b>Gli accordi con i Medici di Medicina Generale</b>	<b>166</b>
<b>L'associazionismo medico</b>	<b>167</b>
<b>Le cure domiciliari</b>	<b>167</b>
<b>Il Progetto SOLE</b>	<b>168</b>
<b>La progettualità aziendale</b>	<b>168</b>
Gestione delle patologie croniche	168
I Profili di Nucleo delle Cure Primarie	169
Indicatori di qualità per le malattie cardiovascolari	169
<b>Assistenza Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>169</b>
Gestione e adeguamento dell'offerta	169
Governo della domanda e miglioramento dell'appropriatezza	171
Gestione delle liste di attesa: monitoraggio e piano di contenimento	171
<b>CUP Integratore di Area Vasta</b>	<b>172</b>



# Sezione

## Contesto di riferimento

Questa sezione del documento è volta a tratteggiare lo sfondo sul quale l'azienda agisce. Attraverso di esso si devono delineare caratteristiche, elementi ed aspetti del contesto territoriale di riferimento che incidono sulle condizioni di gestione aziendale.

E' articolato in sette ambiti:

1. Territorio;
2. Ambiente;
3. Popolazione;
4. Condizioni socio-economiche;
5. Osservazioni epidemiologiche;
6. Stili di vita;
7. Sicurezza.

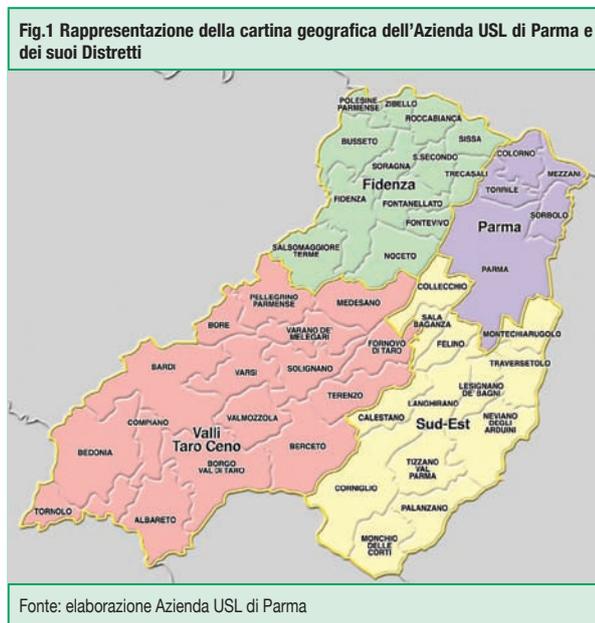


## Territorio

### Collocazione geografica

La provincia di Parma, situata nella parte occidentale della Regione Emilia - Romagna, ha una estensione di 3.449 Km quadrati ed una popolazione all'1/1/2007 di 420.056 abitanti suddivisi in 47 Comuni e quattro Distretti Sanitari.

Confina ad Ovest con la provincia di Piacenza, ad Est con quella di Reggio Emilia, attraverso il confine naturale del fiume Enza, a Nord con le province di Mantova e Cremona, attraverso il confine naturale del fiume Po, a Sud con la provincia di Massa Carrara, cui è separata dal crinale appenninico. Il territorio è costituito da una pianura alluvionale a Nord (25% della superficie totale) e da una zona ad ambiente appenninico a Sud, in parte collinare ed in parte montana.



Il territorio forestale e boschivo interessa circa il 38% del territorio provinciale, con punte, in alcuni comuni di montagna, anche dell'80%. Preoccupante appare la situazione del dissesto geomorfologico. Dalla "Carta del dissesto della Provincia di Parma" è possibile individuare due ambiti distinti: la zona collinare, caratterizzata da numerosi dissesti di piccole e medie dimensioni, ma per la maggior parte non particolarmente gravi, e la zona montana, con frane anche imponenti che interessano la viabilità esistente, sia provinciale che statale, provocando periodiche interruzioni. Complessivamente, oltre il 25% della provincia risulta interessato da qualche fenomeno franoso.

Il territorio è servito dall'Autostrada del Sole, in particolare il tratto che collega Milano a Bologna, dal tratto Autostradale della Cisa, che collega la parte montana, dalla Via Emilia, dalla linea ferroviaria Milano Bologna e Pontremolese. In fase di realizzazione la TAV.

### Distribuzione territoriale della popolazione residente

#### Distribuzione della popolazione per zone altimetriche

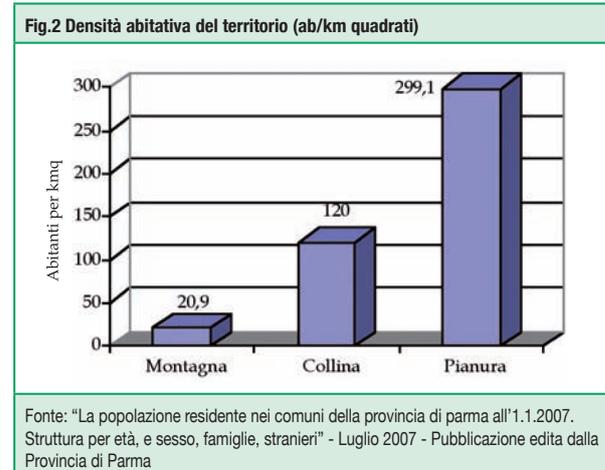
La distribuzione percentuale della popolazione residente per zona altimetrica e per distretto è la seguente:

**Tab.1 Distribuzione % della popolazione residente per Distretto e zona altimetrica**

Zona altimetrica	Montagna	Collina	Pianura	Totale
Distretto Fidenza	-	56,4	43,6	100,0
Distretto Parma	-	-	100,0	100,0
Distretto Valli Taro e Ceno	54,1	45,9	-	100,0
Distretto Sud-Est	9,3	76,5	14,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>7,5</b>	<b>31,0</b>	<b>61,5</b>	<b>100,0</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

La densità abitativa, che nel complesso è di 121,8 ab/km quadrato, evidenzia il progressivo spopolamento delle zone appenniniche: i 15 comuni della montagna rappresentano infatti solo il 7,5% della popolazione complessiva.



Ovviamente il dato relativo alla pianura risente della presenza della città capoluogo di provincia che influenza in maniera decisiva il risultato.

**Tab.2 Densità abitativa per Distretto**

Distretto	Min	Max	Totale
Parma	105,6	679,0	494,9
Fidenza	59,2	255,3	149,9
Valli Taro e Ceno	9,3	113,6	31,0
Sud-Est	12,7	220,8	78,4

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

## Ambiente

### Aria

La qualità dell'aria costituisce la principale preoccupazione ambientale per i chiari e consistenti effetti sulla salute, a partire dai gruppi più suscettibili: anziani, bambini, soggetti affetti da broncopneumopatie e cardiopatie. Le polveri fini (PM10) e l'ozono (O3) presentano i livelli e l'andamento tipici di un'area urbana padana, con andamenti simili, specialmente per le polveri, nel capoluogo e nei comuni limitrofi: per l'O3 si mantiene una criticità nel periodo estivo, con frequenti superamenti del valore medio per un periodo di 8 ore, che rappresenta il livello di protezione per la salute.

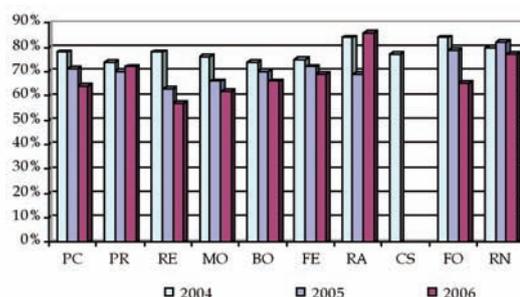
Il PM10 e il PM2,5 sono l'indicatore di qualità dell'aria più frequentemente associato a rischi per la salute, che possono essere: di tipo acuto (aggravamento di sintomi respiratori e cardiaci in soggetti predisposti, infezioni respiratorie acute, crisi d'asma) o di tipo cronico (bronchite cronica, tosse, diminuita capacità polmonare, ecc). Nella tabella seguente si può apprezzare l'incremento percentuale di alcuni fenomeni sanitari in una città all'aumentare di 10 microgrammi/m3 di PM10.

Effetti sulla salute	Incremento % della frequenza degli effetti sulla salute per un aumento di 10 ug/m3 di PM10	Intervalli di Confidenza
<b>Effetti a breve termine (acuti)</b>		
Uso di bronco dilatatori	3	2 - 4
Tosse	3	3 - 5
Sintomi delle basse vie respiratorie	3	1,8 - 4,6
Diminuzione della funzione polmonare negli adulti rispetto alla media (picco respiratorio)	-13	-0,17 a 0,09
Aumento dei ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie	0,8	0,5 - 1,1
Aumento della mortalità giornaliera totale (escluse morti accidentali)	0,7	0,6 - 0,9
<b>Effetti a lungo termine (cronici)</b>		
Aumento complessivo della mortalità (escluse morti accidentali)	10	3 - 18
Bronchiti	29	1 - 83
Diminuzione della funzione polmonare nei bambini rispetto alla media (picco respiratorio)	-1,2	-2,3 a 0,1
Diminuzione della funzione polmonare negli adulti rispetto alla media (picco respiratorio)	-1	non valutabile

Fonte: "Linee guida sulla qualità dell'aria" OMS 2000.  
[http://www.arpa.emr.it/pubblicazioni/liberiamo/avvisi\\_14.asp?idlivello=834](http://www.arpa.emr.it/pubblicazioni/liberiamo/avvisi_14.asp?idlivello=834)

Nel corso degli ultimi anni il numero di superamenti annuali oltre i 50 microgrammi/m3 è in diminuzione, dato confermato anche nel 2006, in cui si sono avuti 90 superamenti.

Fig.3 Percentuale di giornate/anno con valori nella norma (limite al 2005: mcg/m3)



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

L'andamento favorevole è anche frutto della collaborazione tra enti e dei provvedimenti presi in questi anni all'interno dell'accordo di programma. Questa situazione richiede comunque un ulteriore sforzo migliorativo, tenendo presente che il numero consentito di superamenti del limite quotidiano del PM10 è pari a 35 in un anno.

### Acque

Gli acquedotti presenti nella Provincia di Parma presentano caratteristiche diverse fra l'area di pianura, dove sono presenti 2 schemi acquedottistici principali (ASCAA ed ENIA) che servono di fatto tutti i comuni di media e bassa pianura e che risultano peraltro interconnessi in corrispondenza del centro provinciale, e il territorio di alta pianura e montano-collinare, dove ogni comune risulta sostanzialmente indipendente dagli altri e, anzi, sono presenti molto spesso acquedotti frazionali non interconnessi fra di loro. Nei comuni montani sono spesso individuabili anche oltre 10 - 20 impianti acquedottistici completamente indipendenti fra di loro, ognuno al servizio di una singola località o frazione comunale.

**Area di pianura:** il sistema di approvvigionamento è costituito da pozzi profondi e ben protetti che, per questo motivo, non presentano problematiche di tipo microbiologico, mentre in alcuni casi si riscontrano problematiche di tipo chimico (nitrati e solventi clorurati); comunque la situazione nelle reti acquedottistiche è regolare e costantemente monitorata.

**Area di collina:** ogni comune ha una rete acquedottistica distinta. L'approvvigionamento avviene prevalentemente mediante pozzi e/o prese da sub-alveo. Reti sovracomunali esistono solo per limitate aree dei comuni di Fornovo, Terenzo e Sala Baganza; anche in questo caso le problematiche riscontrate sono prevalentemente di tipo chimico, data l'elevata vulnerabilità delle falde acquifere nella fascia pedecollinare.

**Area di montagna:** gli acquedotti sono relativamente semplici e si approvvigionano prevalentemente tramite sorgenti oltre che da alcuni pozzi di sub-alveo. Questi impianti presentano le maggiori criticità nel periodo estivo a causa dell'aumento della popolazione e del contestuale calo di portata delle fonti di approvvigionamento.

mento. I serbatoi presentano scarso volume di stoccaggio, i sistemi di disinfezione e/o potabilizzazione sono carenti come anche la tutela delle fonti di captazione che presentano frequentemente il problema della presenza di indicatori di inquinamento microbiologico.

Da questa frammentazione di strutture consegue che nella provincia di Parma risultano censiti oltre 1.100 acquedotti, la stragrande maggioranza dei quali consistono in reti di montagna a servizio di piccoli agglomerati. La frequenza dei controlli effettuati sul singolo acquedotto è tanto maggiore quanto maggiore è il volume di acqua erogata all'utenza.

Nel corso del 2007 nell'intera Azienda USL di Parma si sono prelevati nelle reti acquedottistiche 1.312 campioni destinati ad analisi chimiche e 1.225 campioni destinati ad analisi batteriologiche, mentre sulle fonti si sono effettuati 281 campioni per analisi chimiche e 218 per analisi batteriologiche.

Oltre all'attività di prelievo, si sono effettuate anche le consuete ispezioni periodiche sui principali impianti per verificarne le condizioni strutturali e funzionali.

In particolare nel corso dell'anno 2007 si sono effettuate 100 ispezioni su fonti di approvvigionamento, serbatoi ed impianti di trattamento.

L'insieme dei controlli analitici ed ispettivi consente di acquisire un quadro conoscitivo completo delle strutture presenti nel territorio e quindi delle caratteristiche di qualità dell'acqua distribuita ai cittadini.

## Rifiuti

La produzione di rifiuti urbani, che può essere considerata indice del carico ambientale generato dai consumi, è in costante aumento. Nella nostra provincia si è arrivati nel 2006 a 264,7 tonnellate/anno, con una produzione pro capite di 630,1 Kg/abitante, valore inferiore alla media regionale (663 Kg/abitante nel 2005), che è peraltro una delle più alte d'Italia.

Analizzando i dati ricavati dall'Osservatorio Rifiuti della Provincia di Parma, si evince una notevole variabilità tra i comuni, poiché si passa da una produzione pro capite di 420,4 Kg/ab. di Albareto ai 990,8 Kg/ab. di Traversetolo.

La Regione Emilia-Romagna si è da sempre distinta per una politica di valorizzazione della raccolta differenziata che, iniziata con le campagne stradali, ha visto continui e significativi sviluppi a livello locale (raccolta porta a porta, stazioni ecologiche ecc...). Il risultato è stato un costante aumento della percentuale di raccolta differenziata, che è arrivata nel 2005 al 34,2%.

Nella tabella seguente si può notare come Parma si stia allineando alle medie regionali, pur con inizio difficoltoso nei primi anni 2000 e risulti comunque la provincia che ha avuto l'incremento più significativo: nel 2006 c'è stato un ulteriore miglioramento, arrivando al 35,9%.

Tab.3 Raccolta differenziata Regione Emilia-Romagna (%) - Anni 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PC	29,5	27,6	30,9	32,2	33,3	35,3
PR	19,5	21,7	24,4	28,6	33,1	34,0
RE	35,0	37,9	41,1	42,1	44,8	45,5
MO	28,0	26,6	28,3	32,5	35,2	36,8
BO	19,6	21,0	22,4	24,8	25,6	27,2
FE	22,5	27,1	29,6	32,6	38,0	39,2
RA	29,1	24,4	31,8	34,7	39,4	40,7
FC	20,4	19,0	21,2	20,1	22,1	25,5
RN	24,5	23,8	25,2	24,8	22,9	24,0
<b>RER</b>	<b>25,0</b>	<b>25,3</b>	<b>28,0</b>	<b>30,3</b>	<b>32,7</b>	<b>34,2</b>

Fonte: "Regione Emilia-Romagna"

La variabilità tra comuni della Provincia di Parma è elevata, poiché si passa da un dato superiore al 50% in 7 comuni, tra cui spicca Fidenza con il 54%, a valori intorno al 10% a Corniglio e Compiano.

Per quanto riguarda le principali frazioni merceologiche, la raccolta pro capite del 2006 riflette un generale sviluppo e in alcuni casi viene anche già superato l'obiettivo da raggiungere entro il 2012 fissato dal Piano Provinciale Gestione Rifiuti.

In particolare, si evidenziano i due Comuni con i valori più alti e più bassi prodotti per tipologia merceologica:

### Carta e Cartone - OBTV 2012 = 96,50 kg/ab

Provincia		56,53 kg/ab	
Collecchio	77,29 kg/ab	Terenzo	12,32 kg/ab
Sala Baganza	76,82 kg/ab	Compiano	12,17 kg/ab

### Vetro - OBTV 2012 = 33,90 kg/ab

Provincia		28,03 kg/ab	
Pellegrino P.se	65,78 kg/ab	Valmozzola	21,48 kg/ab
Monchio	55,36 kg/ab	Parma	18,46 kg/ab

### Sfalci e Potature\* - OBTV 2012 = 67,50 kg/ab

Provincia		72,69 kg/ab	
San Secondo	317,40 kg/ab	Fidenza	31,79 kg/ab
Soragna	270,21 kg/ab	Borgotaro	26,20 kg/ab

\* 19 Comuni non effettuano questo tipo di raccolta differenziata

### Frazione umida (scarti da cucina compresi oli e grassi)\* OBTV 2012 = 67,50 kg/ab

Provincia		19,94 kg/ab	
Fidenza	61,52 kg/ab	Tizzano	0,05 kg/ab
Salsomaggiore T.	60,09 kg/ab	Lesignano	0,02 kg/ab

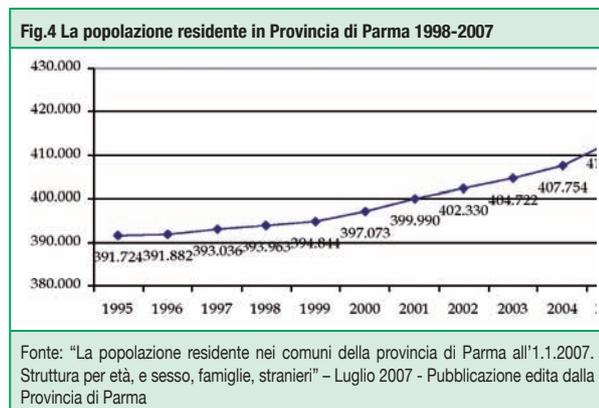
\* 23 Comuni non effettuano questo tipo di raccolta differenziata

## Popolazione

### Struttura demografica della popolazione residente

#### Variazione assoluta e percentuale della popolazione

La popolazione della provincia di Parma ha subito un costante aumento nell'ultimo decennio, passando da 393.963 all'1/1/1998 a 420.056 all'1/1/2007 (+ 6.7%).



Rispetto allo scorso anno vi è stato un aumento di 3.224 persone, che ha condotto la popolazione provinciale a superare per la prima volta i 420.000 abitanti. Il costante aumento della popolazione anziana è controbilanciato da altri 2 fattori che conducono ad un ringiovanimento complessivo ed ad una lieve diminuzione dell'indice di vecchiaia, come più avanti evidenziato:

- l'afflusso della popolazione immigrata, sia italiana che straniera
- l'aumento della natalità, sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, di quella immigrata, che ha spesso comportamenti riproduttivi diversi da quelli dei residenti.

**Tab.4 Popolazione residente per Distretto all'1/1/2007**

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Parma	98.158	107.218	205.376
Fidenza	48.283	50.168	98.451
Valli Taro e Ceno	22.771	23.225	45.996
Sud-Est	34.795	35.438	70.233
<b>Totale</b>	<b>204.007</b>	<b>216.049</b>	<b>420.056</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Così come avviene ormai da tempo, a crescere maggiormente sono i Comuni di pianura e di collina della fascia attorno alla città, mentre il fenomeno della diminuzione della popolazione montana si conferma, seppur a ritmo meno accentuato rispetto agli anni precedenti. Il Comune che nell'ultimo anno presenta il maggior incremento è Torrile (+ 4,8%), seguito da Lesignano (+3,9%) e Collecchio (+ 3,2%). All'opposto, è il Comune di Valmozzola a diminuire maggiormente (-3,1%), seguito da

Pellegrino (-2,9%) e Palanzano (-2,8%). Da una valutazione più a lungo termine riferita al decennio 1997/2007, si osserva che il comune più in espansione si conferma Torrile, che ha visto un incremento nel periodo considerato del 31,1%, quello con il saldo negativo più alto è invece Varsi, con meno 22%.

### Indice di vecchiaia e di dipendenza

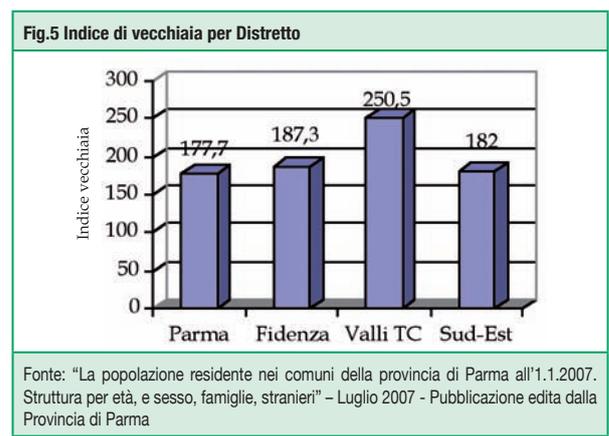
L'indice di vecchiaia si calcola rapportando in percentuale la popolazione ultrasessantacinquenne con quella fino a 14 anni, e fornisce una buona "fotografia" del grado di invecchiamento raggiunto dalla popolazione considerata. Ciò è particolarmente importante perché questa situazione rappresenta ormai un problema socio-sanitario di importanti proporzioni, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate ed articolate a questa fascia di cittadini utenti, sia per quanto riguarda la rete dei servizi che per rispondere a bisogni espressi.

In generale, l'indice di vecchiaia è in diminuzione in tutta la Regione Emilia-Romagna e, in misura più marcata, a Parma. Infatti, valutando il trend 1997/2007, nella nostra provincia si è avuto un calo da 213,2 a 189,2 e in Regione da 196,7 a 180,1. L'indice di vecchiaia della provincia è di 189,2, con un range che va da 250,5 del Distretto Valli Taro e Ceno a 177,7 di Parma. Ma, analizzando la situazione per comune e per area geografica, si rende del tutto evidente lo spopolamento delle zone montane, dove rimangono solo vecchi, e la concentrazione di giovani in età lavorativa nei comuni della cintura cittadina. Si va così dal 682,8 di Monchio (Sud Est) al 87,6 di Torrile (Parma), unico comune con indice sotto i 100 di tutta la provincia, dove quindi prevalgono i giovani rispetto agli ultrasessantacinquenni.

**Tab.5 Indice di vecchiaia per Comune**

Comuni con I.V. più alto	I.V.	Comuni con I.V. più basso	I.V.
Monchio (Sud Est)	682,8	Torrile (Parma)	87,6
Varsi (Valli Taro Ceno)	670,6	Lesignano (Sud Est)	120,1
Bore (Valli Taro Ceno)	670,2	Trecasali (Fidenza)	135,1

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma



Valutando poi la situazione per zone altimetriche, è la collina a riscontrare l'indice più basso (177,1) e più precisamente le zone precollinari a ridosso del capoluogo e quelle dove prevale la lavorazione del prosciutto.

Un altro importante indice demografico è rappresentato dall'indice di dipendenza, suddivisibile in **giovanile** e **senile**. Viene considerato un indicatore di importante rilevanza economico-sociale: infatti, il numeratore è composto dalla quota di popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non essere autonoma, cioè dipendente, e il denominatore dalla fascia di popolazione, che essendo in attività lavorativa (15-64 anni), dovrebbe provvedere al suo sostentamento.

Risente in maniera pesante della struttura economica della società; infatti nei paesi più avanzati una parte più o meno consistente degli individui considerati al denominatore sono in realtà ancora dipendenti, come ad esempio gli studenti. In generale l'indice tende ad essere inferiore a 100 quando esiste uno squilibrio tra popolazione in età lavorativa e non lavorativa. Infatti in Emilia-Romagna l'indice di dipendenza totale è di 55 ed è in costante aumento negli ultimi anni; la provincia di Parma non si discosta di molto, con indice di dipendenza totale di 54,9 ed è il Distretto Valli Taro e Ceno che presenta l'indice più alto (63,0). Scomponendo infine i dati della popolazione per grandi gruppi di età e per distretto, si può notare la diversa stratificazione nelle zone montane, dove si ha il più basso indice tra i giovani e una presenza di anziani notevole.

**Tab.6 Composizione % della popolazione per Distretto per fasce d'età**

Distretto	0/14 anni	15/64anni	65/74 anni	oltre 75 anni	Totale
Parma	12,2	65,5	11,2	11,1	100
Fidenza	12,5	64,0	11,4	12,1	100
Valli Taro e Ceno	11,0	61,4	12,9	14,7	100
Sud-Est	12,7	64,6	11,1	11,6	100
<b>Totale</b>	<b>12,3</b>	<b>64,6</b>	<b>11,4</b>	<b>11,7</b>	<b>100</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

## Percentuale di anziani e grandi anziani

Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 23,2% del totale della popolazione residente e all'1.1.2007 risultano essere 97.407, ma risulta sempre più importante il peso dei cosiddetti "grandi anziani": infatti l'8,6% ha tra 75 e 84 anni e il 3,2% più di 85 anni. I centenari sono 108 (101 donne e 7 uomini).

**Tab.7 Popolazione ultra 65 enne**

Residenza	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007
Parma	93.278	94.321	95.478	96.731	97.407
Regione	908.616	921.812	937.390	951.403	961.323

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

**Tab.8 Popolazione ultra 75 enne**

Residenza	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007
Parma	46.969	47.472	48.219	49.157	49.707
Regione	443.430	451.235	461.202	472.167	481.575

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

**Tab.8 Popolazione ultra 85 enne**

Residenza	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007
Parma	12.717	12.044	11.958	12.817	13.564
Regione	115.162	109.440	110.122	118.306	127.093

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

**Tab.10 Popolazione ultra 65 enne per Distretto all'1/1/2007**

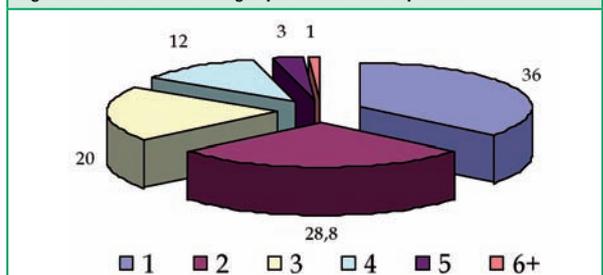
	65/74		75/84		Oltre 85		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parma	22.792	11,1	16.732	8,1	6.157	3,0	45.681	22,2
Fidenza	11.226	11,4	8.713	8,9	3.187	3,2	23.126	23,5
Valli Taro e Ceno	5.928	12,9	4.841	10,5	1.936	4,2	12.705	27,6
Sud-Est	7.754	11,0	5.857	8,3	2.284	3,3	15.895	22,6
<b>Totale</b>	<b>47.700</b>	<b>11,4</b>	<b>36.143</b>	<b>8,6</b>	<b>13.564</b>	<b>3,2</b>	<b>97.407</b>	<b>23,2</b>

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

## Composizione delle famiglie

Il numero delle famiglie cresce ad un ritmo superiore a quello della popolazione complessiva, essendo aumentato dal 1997 al 2007 di 25.000 nuclei: tra il 2006 e il 2007 si è peraltro riscontrata una diminuzione del numero delle famiglie in 17 comuni su 47, con un saldo comunque positivo di 1,2%. La tendenza sembra essere quella di insediarsi preferibilmente nei comuni attorno alla città, laddove, come già detto, i residenti sono anche più giovani. Accanto a questo fenomeno, si assiste ad una sempre più accentuata creazione di nuclei familiari piccoli, 1 o 2 persone; infatti le famiglie unipersonali rappresentano più del 36% del totale e quelle costituite da 2 persone il 28%. Ciò determina, e lo farà ancora di più nei prossimi anni, notevoli implicazioni nella scelta delle politiche abitative provinciali.

**Fig.6 Distribuzione delle famiglie per numero di componenti**

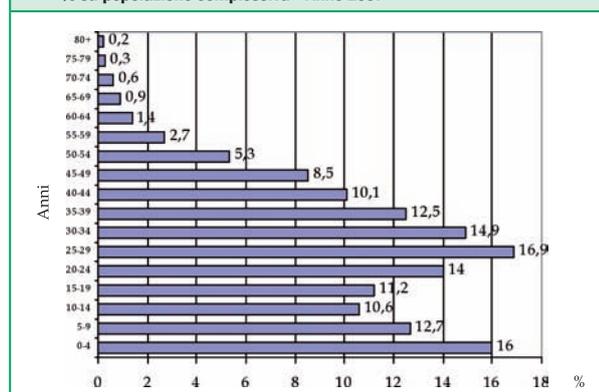


Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

## Presenza di stranieri

I cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna sono aumentati in maniera esponenziale nell'ultimo decennio, fino a raggiungere il 7,5% della popolazione. A Parma arrivano ormai all'8,1%, per un totale di 33.950 e solo nell'ultimo anno sono cresciuti del 10,2%. Analizzando la composizione per età, risulta del tutto evidente lo sbilanciamento verso l'età più giovane: circa il 73% degli stranieri residenti in Emilia-Romagna ha meno di 40 anni contro il 40% dei residenti italiani, ed anche a Parma gli "under40" sono il 73,5%, con aumenti particolarmente significativi nella fascia di età 25/29.

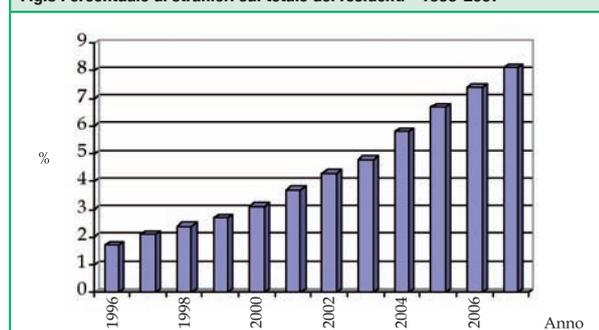
**Fig.7 Distribuzione degli stranieri per classi di età su popolazione complessiva - Anno 2007**



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma, elaborazione interna

Gli aumenti più significativi riguardano le classi d'età 15-19 anni (+1,5%), 25-29 anni (+1,3%), 0-4 anni e 30-34 anni (+1,0%).

**Fig.8 Percentuale di stranieri sul totale dei residenti - 1996-2007**



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma, elaborazione interna

Alcuni comuni superano ormai ampiamente il 10% dei residenti stranieri, come ad esempio Fornovo Taro 11,8%, Colorno 11,7% e Calestano 10,8%; all'opposto i comuni di Tornolo, Monchio e Bore sono fermi all'1,2%.

Il "Rapporto Provinciale Annuale sull'Immigrazione" pubblicato dalla Provincia di Parma pone l'accento su alcune criticità determinate dall'aumento costante della popolazione straniera e del suo progressivo cambiamento:

- la presenza sempre più consistente di donne sole, spesso provenienti dai paesi dell'Est Europa che vivono una condizione di solitudine e di sgretolamento degli affetti;
- il ricongiungimento di nuclei familiari, che negli ultimi anni risulta sempre più consistente, pone la questione della necessità di politiche abitative adeguate e di inserimento scolastico dei figli, che spesso hanno una conoscenza molto limitata della lingua italiana;
- d'altro canto, sono spesso i figli che, grazie alla frequentazione scolastica, risultano più facilmente inseriti nel tessuto sociale, a supportare i genitori nell'accesso ai servizi e nella partecipazione alla vita sociale;
- infine, un fenomeno da non sottovalutare è l'alto livello di scolarità di molti immigrati che, pur avendo conseguito lauree anche tecnico scientifiche, vengono prevalentemente impiegati in lavori manuali e scarsamente motivanti.

Una caratteristica recente è rappresentata dalla quota di donne, che ormai raggiunge il 48,7%, derivata sia dal fenomeno del ricongiungimento familiare, sia dall'offerta sempre maggiore di occupazioni prettamente femminili, come è il caso delle "badanti" e del settore socio assistenziale in genere.

Legata in parte a questo fenomeno è anche la concentrazione in aree apparentemente disagiate, come ad es. la montagna, dove si sono registrati massicci aumenti di presenze: si tratta infatti di zone in cui la popolazione anziana è molto numerosa e spesso sola e quindi bisognosa di assistenza a domicilio.

Inoltre si tratta di territori in cui si possono trovare occupazioni particolari (casari) e dove il costo della vita e delle abitazioni è più basso.

Per quanto riguarda la provenienza, la nazionalità più rappresentata resta quella albanese, che conta 4.637 unità; in generale si può osservare una lieve flessione della percentuale di cittadinanza nord-africana, controbilanciata da un consistente aumento di cittadini provenienti da paesi europei extra UE, che raggiungono il 38% del totale. Sostanzialmente si possono rilevare cittadinanze con forte componente femminile soprattutto proveniente da paesi europei non comunitari e dalle Filippine, nelle quali anche la struttura per età appare diversificata. Infatti, la quota di donne oltre i 40 anni risulta consistente, fenomeno evidentemente legato alle tipologie occupazionali di assistenza socio sanitaria.

## Speranza di vita

Si tratta del numero medio di anni che una persona si può aspettare di vivere al tasso di mortalità specifico prevalente nel territorio considerato. In provincia, per i tre trienni considerati, essa cresce, alla nascita, di 1,78 anni per i maschi e di 0,7 per le femmine, mentre a 65 anni l'aumento è di 1,03 per i maschi e di 0,76 per le femmine. Per tutti gli indicatori la nostra provincia si colloca tra le performances migliori della regione. La tendenza all'aumento della speranza di vita è più accentuata tra i maschi. Infatti la tendenza all'avvicinamento

tra i due sessi è ormai un fatto acquisito: in poco più di 20 anni la distanza tra maschi e femmine si è ridotta di quasi un anno.

**Tab.11 Speranza di vita alla nascita su base triennale**

	1997/1999		2000/2002		2003/2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	75,83	82,39	76,98	83,08	77,61	83,09
Regione	76,35	82,43	77,49	83,22	78,33	83,60

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM) e popolazione residente - Anni 1997 - 2005

**Tab.12 Speranza di vita a 65 anni su base triennale**

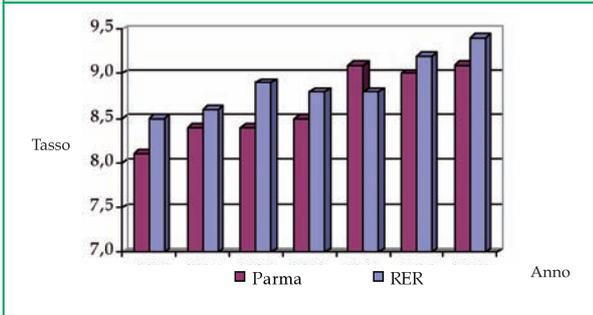
	1997/1999		2000/2002		2003/2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	16,16	20,47	16,85	20,84	17,19	21,07
Regione	16,5	20,54	17,16	21,03	17,65	21,3

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM) e popolazione residente - Anni 1997 - 2005

## Natalità

Il tasso grezzo di natalità (numero dei nati vivi nell'anno/ammontare medio della popolazione residente per 1000) ha subito un aumento significativo nell'ultimo decennio sia in Regione che a Parma, dove però negli ultimi tre anni si assiste a una stabilizzazione a livelli lievemente più bassi della media regionale.

**Fig.9 Tasso grezzo di natalità - 1999-2006**



Fonte: "La nascita in Emilia-Romagna. IV Rapporto CEDAP. Anno 2006" Pubblicazione RER - Novembre 2007

I nuovi nati all'1/1/2007 sono stati 3.745 rispetto ai 3.721 bambini dell'anno precedente: i bambini di cittadinanza straniera sono 718, pari al 19,2% del totale dei nati, rispetto al 16% dell'anno precedente.

**Tab.13 Nuovi nati per Distretto all'1/1/2007**

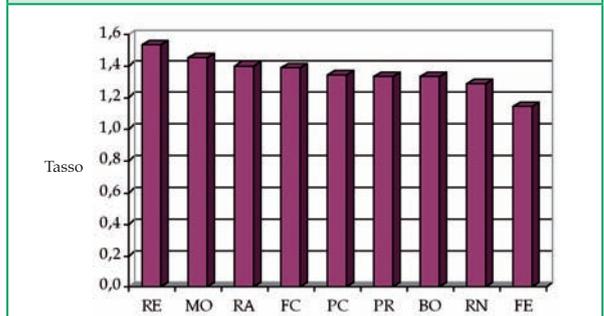
Distretto	Totale	Stranieri	% Stranieri
Parma	1.819	336	18,5
Fidenza	850	179	21,1
Valli Taro e Ceno	381	90	23,6
Sud-Est	695	113	16,3
<b>Totale</b>	<b>3.745</b>	<b>718</b>	<b>19,2</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2007. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Luglio 2007 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma, elaborazione interna

Come si può notare, in due Distretti si supera ampiamente il 20% nella percentuale di nuovi nati di cittadinanza straniera, l'incremento su base annua maggiore è a carico del Distretto Valli Taro e Ceno (+ 4,9%), quello più basso del Distretto Sud Est (+ 2,4%).

Il tasso di fecondità totale (TFT) e i tassi di fecondità specifici per età sono indicatori utili ad analizzare l'andamento delle nascite, poiché non risentono dell'effetto della composizione per età della popolazione e permettono quindi di poter confrontare diversi territori e archi temporali.

**Fig.10 Tasso di fecondità totale - 2006**



Fonte: "La nascita in Emilia-Romagna. IV Rapporto CEDAP. Anno 2006" Pubblicazione RER - Novembre 2007

La nostra provincia si colloca ai livelli bassi della graduatoria regionale: scomponendo inoltre l'indicatore per nazionalità si nota che le straniere hanno un TFT doppio di quelle italiane e la tendenza a partorire in età più giovanili (20/29 anni), mentre tra le italiane il picco di fertilità si riscontra nella classe d'età 30/34 anni. Il TFT negli ultimi anni è tornato a crescere e nel 2006 ha raggiunto in Regione la quota di 1,37 figli per donna in età fertile, dato sovrapponibile a quello nazionale, ma ancora molto lontano da quello, di poco superiore a 2, necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione, stante gli attuali tassi di mortalità.

## Condizioni socio-economiche

### Livello di istruzione

Riportiamo, di seguito, il numero degli studenti iscritti per l'anno scolastico 2006/2007 per tipologia di scuola, dove si può apprezzare il peso preponderante degli istituti non statali nella scuola dell'infanzia.

**Tab.14 Numero di allievi per tipologia di scuola - 2006/2007**

Tipo di istituto	Statale	Non statale	Totale	Variazione A. S. 2004/5 su 2006/07
Scuola dell'Infanzia	4.166	5.677	9.843	+335
Scuola primaria	15.917	1.089	17.006	+1.299
Scuola secondaria di primo grado	9.200	697	9.897	-154
Scuola secondaria di secondo grado	16.956	458	17.414	+1.252
<b>Totale</b>	<b>46.239</b>	<b>7.921</b>	<b>54.160</b>	<b>+2.732</b>

Fonte: "Essere studenti in Emilia-Romagna". Annuario 2007 sul sistema educativo in Emilia-Romagna - Pubblicazione edita da Ufficio Scolastico Regionale dell'Emilia-Romagna

Il tasso di scolarizzazione è praticamente del 100% fino a sedici anni, anche se all'interno di questa percentuale si possono nascondere alcuni casi difficili (frequenze saltuarie, abbandono), solo negli ultimi due anni del ciclo scolastico si verificano i primi abbandoni per avvicinarsi al mondo del lavoro. La crescita della popolazione scolastica è in gran parte dovuta alla presenza di alunni stranieri, che a Parma nell'anno scolastico 2005/2006 raggiungono il 10,4 %, con una punta del 13,9% nella scuola per l'infanzia. La scuola secondaria di secondo grado evidenzia negli ultimi anni l'aumento più significativo, pur essendo ancora il segmento scolastico che registra il minor numero di alunni stranieri (7,1%).

Per quanto riguarda le cittadinanze, insieme alle due più rappresentate storicamente, quella albanese e quella marocchina, conoscono un significativo passo in avanti gli alunni provenienti dai paesi dell'est europeo, Romania e Repubblica di Moldavia. Il ritardo scolastico evidenzia le grosse difficoltà che ancora incontrano gli alunni stranieri, in modo particolare nel passaggio da un livello scolastico all'altro.

**Tab.15 Ritardo scolastico per cittadinanza e tipo di scuola Anno scolastico 2005/2006**

Cittadinanza	Primaria	Sec. 1° Grado	Sec. 2° Grado
Stranieri	16,9%	47,3%	66,0%
Italiani	1,1%	5,8%	16,0%

Fonte: "Gli alunni stranieri nelle scuole della provincia di Parma" - Pubblicazione edita da Osservatorio Provinciale Scolastico - Anno 2007

Lo stesso andamento si evidenzia per le bocciature.

**Tab.16 Bocciature per cittadinanza e tipo di scuola Anno scolastico 2005/2006**

Cittadinanza	Primaria	Sec. 1° Grado	Sec. 2° Grado
Stranieri	1,3%	8,3%	15,2%
Italiani	0,1%	1,7%	8,4%

Fonte: "Gli alunni stranieri nelle scuole della provincia di Parma" - Pubblicazione edita da Osservatorio Provinciale Scolastico - Anno 2007

Circa il 40% dei ragazzi delle scuole superiori viene promosso con "debiti formativi": il fenomeno appare particolarmente rilevante nelle prime classi, a testimoniare la difficoltà che deriva da una fragilità di preparazione di base, che per essere affrontata necessiterebbe di scelte di riorganizzazione dei curricula scolastici.

**Tab.17 Promossi con debiti formativi scuola secondaria di 2° Grado Anno scolastico 2005/2006**

Provincia	Prima	Seconda	Terza	Quarta	Quinta
Parma	39,5%	42,0%	36,6%	35,9%	38,7%
Regione	41,8%	42,6%	37,5%	38,3%	40,4%

Fonte: "Essere studenti in Emilia-Romagna". Annuario 2007 sul sistema educativo in Emilia-Romagna - Pubblicazione edita da Ufficio Scolastico Regionale dell'Emilia-Romagna

**Tab.18 Percentuale di soggetti con diploma di scuola media superiore (19 anni o più) per genere e provincia di residenza**

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Parma	35,1%	32,9%	34,0%
Regione	34,0%	31,9%	32,9%

Fonte: Censimento ISTAT 2001

**Tab.19 Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni) per genere e provincia di residenza**

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Parma	7,2%	7,4%	7,3%
Regione	7,5%	8,3%	7,9%

Fonte: Censimento ISTAT 2001

La percentuale di soggetti con diploma di scuola media superiore è al di sopra della media regionale, collocandosi al terzo posto dopo Bologna e Rimini: per quanto riguarda invece il non conseguimento della scuola dell'obbligo, pur mantenendosi lievemente al di sotto della media, Parma si attesta al quinto posto tra le province emiliano romagnole.

### Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

#### Tasso di attività

**Tab.20 Tasso di attività per età e sesso - Anni 2002/2006**

Anno	Provincia di Parma				Regione Emilia-Romagna			
	Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni		Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni	
	M	F	M	F	M	F	M	F
2002	59,2	41,4	75,1	59,0	62,5	44,9	77,6	61,7
2003	63,5	47,0	78,5	64,5	62,7	46,0	77,7	63,1
2004	63,5	44,0	79,0	61,8	62,5	45,7	78,4	63,5
2005	63,5	43,6	79,5	61,2	62,8	45,5	78,8	63,4
2006	64,8	45,2	80,7	63,5	63,4	46,7	79,3	64,3

NOTA: I dati relativi al 2004 e 2005 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significativamente cambiato il sistema di rilevazione.  
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali), elaborazione interna.

## Tasso di occupazione

Tab.21 Tasso di occupazione per età e sesso - Anni 2002/2006

Anno	Provincia di Parma				Regione Emilia-Romagna			
	Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni		Popolazione con 15 anni e oltre		Popolazione età 15-64 anni	
	M	F	M	F	M	F	M	F
2002	57,7	40,1	73,2	57,2	61,0	42,9	75,7	58,9
2003	62,3	44,8	77,0	61,4	61,5	43,9	76,2	60,2
2004	61,9	41,9	76,9	58,7	60,9	43,5	76,2	60,2
2005	61,9	41,0	77,3	57,5	61,2	43,1	76,6	60,0
2006	63,3	43,8	78,8	61,4	61,7	44,2	77,1	61,5

NOTA: I dati relativi al 2004 e 2005 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significativamente cambiato il sistema di rilevazione.  
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali), elaborazione interna.

## Tasso di disoccupazione

Tab.22 Tasso di disoccupazione per sesso - Anni 2002/2006

Anno	Provincia di Parma		Regione Emilia-Romagna	
	M	F	M	F
2002	2,4	3,0	2,3	4,6
2003	1,9	4,6	1,9	4,5
2004	2,6	4,9	2,7	5,0
2005	2,6	6,0	2,7	5,3
2006	2,3	3,2	2,6	4,3

NOTA: I dati relativi al 2004 e 2005 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti in quanto l'Istat ha significativamente cambiato il sistema di rilevazione.  
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali), elaborazione interna.

Se il 2005 è stato riconosciuto come l'anno della "crescita zero" con dati preoccupanti sul versante dell'occupazione anche a Parma, il 2006 dimostra un miglioramento complessivo delle performances locali. Infatti crescono sia il tasso di attività che di occupazione, anche sul versante femminile, che era stato quello più fortemente penalizzato. Resta però una criticità rappresentata dall'elevato ricorso al part-time, per cui se il tasso di occupazione femminile è di 61,4% in realtà misurato in termini di lavoro equivalente, corrisponde a 40 posti a tempo pieno.

Dal numero e dalla tipologia delle imprese attive sul territorio, si evince un calo progressivo delle aziende agricole, aggravata dal fatto che i titolari sono spesso persone anziane. La distribuzione percentuale dei settori produttivi vede al primo posto il commercio, mentre nel settore manifatturiero reggono le industrie metalmeccaniche e alimentari.

## Lavoratori con contratto interinale

La progressiva destrutturazione dell'impresa, nella sua accezione di unitario sistema organizzato, associata alla flessibilità del lavoro, che introduce nuove forme atipiche

di contratti di lavoro, sono espressioni di un profondo e rapido cambiamento del mondo del lavoro e potrebbero condurre, se non adeguatamente presidiate, ad una riduzione della tutela in termini di salute e sicurezza.

Tab.23 Lavoratori assunti con contratto temporaneo anni 2003-2006

	2003	2004	2005	2006	Incremento anni 2003/2006
Parma	5.769	5.607	6.064	6.275	+8,8%
Regione	45.177	44.916	46.061	47.272	+4,6%

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

## Lavoratori stranieri per settore di attività

Tab.24 Lavoratori non comunitari anni 2003-2006

	2003	2005	2006
Parma	8.326	14.918	15.908
Regione	88.609	123.399	138.491

Fonte: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro (per l'anno 2003) e Istat (per gli anni 2005 e 2006)

Al di là delle diverse tipologie di rilevazione, negli ultimi anni si nota un incremento significativo dei lavoratori non comunitari, specialmente donne. Infatti aumentano di oltre 1.500 unità tra il 2005 ed il 2006, a fronte di una lieve flessione del sesso maschile. Per quanto concerne il settore di attività, i lavoratori non comunitari maschi sono impiegati prevalentemente nella filiera agroalimentare, sia con contratto a tempo pieno (prosciuttifici, industrie metalmeccaniche di produzione macchinari, caseifici), che con contratti stagionali (industria conserviera, agricoltura). Per quello che riguarda le femmine, vengono per lo più impiegate nel settore socio assistenziale (case di riposo, badanti, cooperative di servizi).

## Tenore di vita

Il tenore di vita a Parma è molto alto, in particolare il reddito medio pro capite. Esaminando tale realtà per comune, si può notare come la fascia di "ricchezza" comprenda, oltre al capoluogo, tutta l'area pedemontana direttamente a ridosso della città (Collecchio, Langhirano, Felino, Sala Baganza) in cui è molto forte la presenza di insediamenti produttivi, soprattutto alimentari.

## Osservazioni epidemiologiche

### Mortalità

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

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

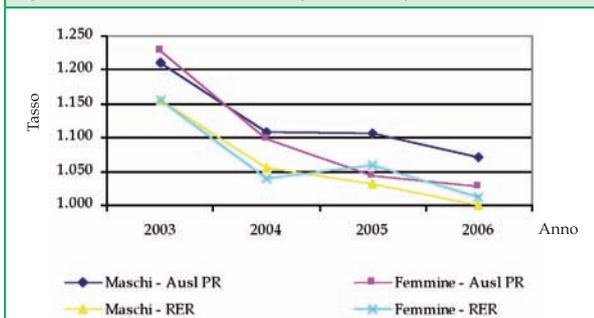
**Tab.25 Mortalità per tutte le cause - anni 2003/2006**

Provincia	Parma			Regione Emilia-Romagna		
	M	F	Totale	M	F	Totale
2003	2.513	2.813	5.326	23.616	24.731	48.347
2004	2.322	2.533	4.855	21.975	22.626	44.601
2005	2.404	2.483	4.887	22.214	23.789	46.003
2006	2.374	2.515	4.889	22.154	23.441	45.595

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

Il tasso standardizzato, che permette di analizzare i dati di mortalità indipendentemente dalla struttura per età della popolazione, presenta un andamento sovrapponibile a quello regionale, su livelli sempre leggermente più alti: in tutte le tabelle successive riferite ai tassi, la popolazione di riferimento è quella della Regione Emilia-Romagna 1998.

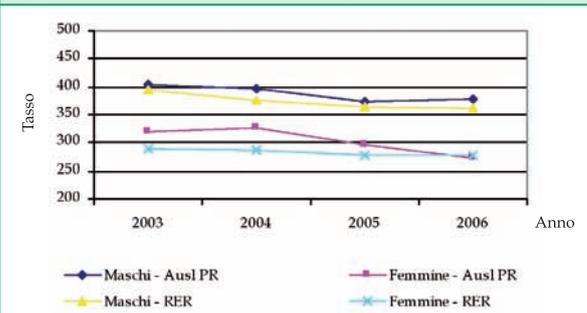
**Fig.11 Tasso standardizzato mortalità (tutte le cause)**



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

Anche se la mortalità per tumore è significativamente diminuita dal 1998 ad oggi, circa 1/3 è dovuta ai tumori, con una prevalenza di maschi, dove il tumore del polmone è al primo posto, oltre il 26% del totale, seguito dal tumore del colon retto (10,7%), mentre nelle femmine prevale il tumore della mammella (16%). E' comunque importante notare che la mortalità per neoplasia polmonare è in calo nei maschi, sia a livello locale che regionale e nazionale: è invece in aumento tra le femmine e tale situazione sembra essere determinata soprattutto dal cambiamento delle abitudini al fumo nei due sessi. I tassi per tumore risultano negli ultimi anni più alti dei dati regionali, in entrambi i sessi.

**Fig.12 Tasso standardizzato mortalità (tumori)**



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

Analizzando più in dettaglio i tumori oggetto di campagne di screening, si nota il livello di mortalità per tumore della mammella, che è il più alto della regione, riflesso di un'elevata incidenza, mentre, per quello che riguarda il collo dell'utero, la mortalità si mantiene da anni su livelli molto bassi.

Per quanto riguarda il tasso del colon retto, per la quale la campagna di screening è iniziata nel 2005, si rileva un decremento della mortalità con una prevalenza del sesso maschile.

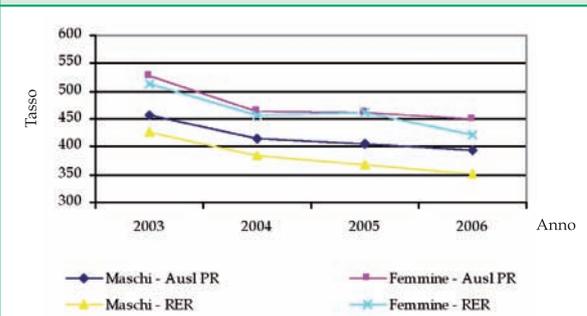
**Tab.26 Tasso standardizzato mortalità Colon Retto**

	2006		2005		2004		2006	
	Ausl	RER	Ausl	RER	Ausl	RER	Ausl	RER
Maschi	37,03	38,44	28,12	39,11	35,37	37,89	41,30	41,92
Femmine	23,30	31,49	34,82	32,98	33,35	32,66	31,31	34,49
<b>Totale</b>	<b>29,96</b>	<b>35,04</b>	<b>31,59</b>	<b>39,09</b>	<b>34,34</b>	<b>32,29</b>	<b>36,17</b>	<b>38,16</b>

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in entrambi i sessi (40% maschi e 45% femmine). Negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione della mortalità per Infarto Acuto del Miocardio, (IMA), in accordo con i dati regionali e nazionali, con un aumento delle cardiopatie ischemiche croniche.

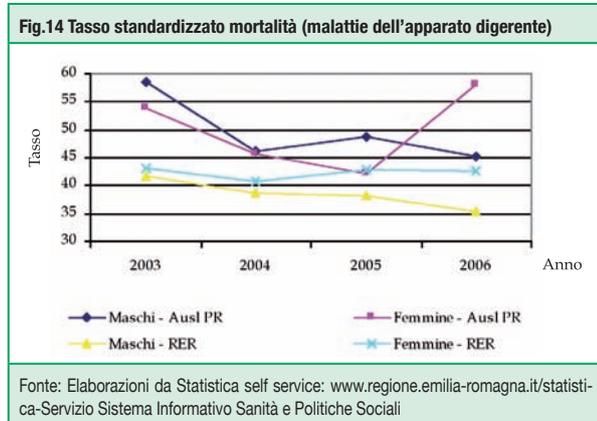
Il tasso standardizzato è a Parma costantemente tra i più alti della Regione, secondo solo a Piacenza, soprattutto tra i maschi.

**Fig.13 Tasso standardizzato mortalità (malattie del sistema cardiocircolatorio)**

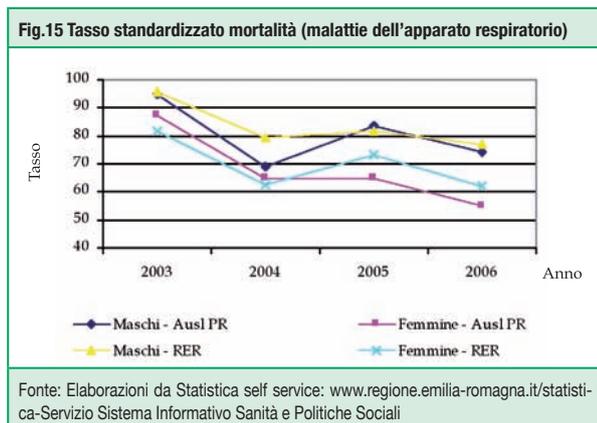


Fonte: Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali)

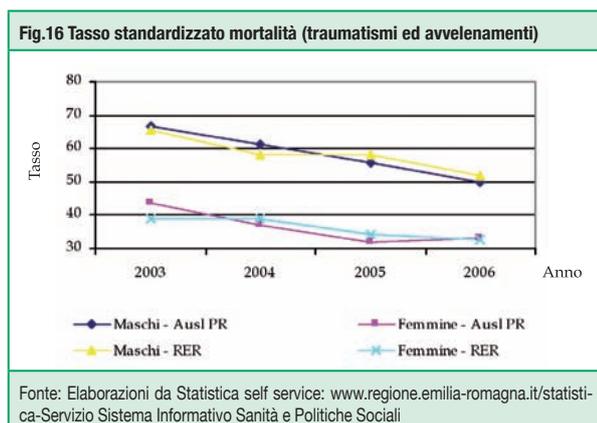
Le malattie dell'apparato digerente sono nella nostra realtà più frequenti tra i maschi, in particolare nella fascia di età 45-54 anni: più della metà dei decessi sono dovuti a cirrosi e ad altre patologie croniche del fegato. In Regione, Parma è la provincia con il tasso più elevato sia nei maschi che nelle femmine.



Le malattie dell'apparato respiratorio sono ancora oggi la terza causa di morte tra i grandi gruppi: sono costantemente più frequenti tra i maschi e tendono ad aumentare parallelamente all'età anagrafica.



I traumatismi causano il 4,5% della mortalità tra i maschi e il 3,2% tra le femmine: sono però la prima causa di morte nelle fasce giovanili: in particolare, gli incidenti stradali sono in assoluto la prima causa di morte nella coorte 14 - 24 anni. Le cadute accidentali sono invece correlate maggiormente all'età avanzata e al sesso femminile.

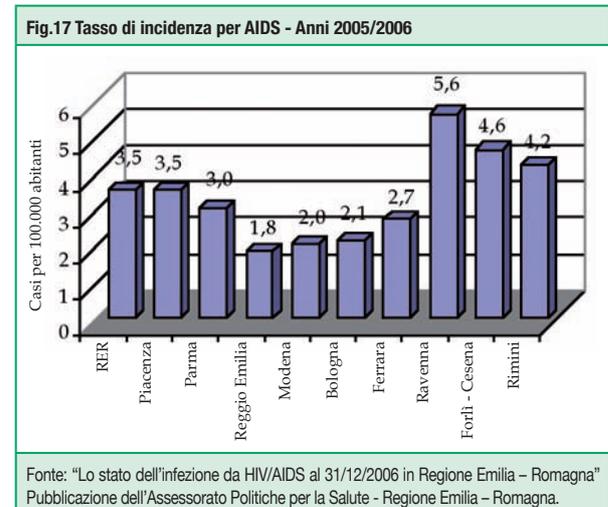


La mortalità infantile, è diminuita significativamente negli ultimi anni, comparata con i dati regionali: i decessi sono dovuti prevalentemente a condizioni morbose perinatali legate alla prematurità.

## Morbosità

### AIDS

L'ultimo rapporto OMS sull'epidemia di AIDS stima che nel 2007 circa 33.000.000 di persone vivano con AIDS conclamato o con infezioni da HIV e siano i deceduti 2,1 milioni: questo conferma che si tratta di un'epidemia ancora attiva con focolai in preoccupante espansione in Africa, Asia ed Est Europa. Nei paesi occidentali e quindi anche in Italia, si assiste invece ad una riduzione dell'incidenza e ad un aumento della sopravvivenza e della qualità di vita dei malati, grazie soprattutto alla diffusione di terapie che riducono i rischi di sviluppare patologie correlate. In Italia dal 1982 al 2006 i casi notificati sono stati 57.531, il 62% dei quali risulta deceduto. La nostra regione nel 2006 è al terzo posto in Italia rispetto ai tassi di incidenza, con 3,5 casi per 100.000 abitanti, preceduta da Liguria e Lombardia. Nel biennio 2005/2006 il tasso di incidenza a Parma è in media con quello regionale, con 16 e 9 casi notificati negli anni considerati.



Le principali caratteristiche demografiche della nostra regione sono:

- il rapporto tra i sessi è 3 a 1 maschi verso femmine, ma scende a 2 a 1 tra gli stranieri dove l'incidenza della malattia è più elevata. È da sottolineare che circa il 15% dei casi stranieri proviene dall'Africa Sub Sahariana;
- l'età mediana della diagnosi è di circa 40 anni e negli ultimi 5 anni più del 50% dei malati ha tra i 35 ed i 49 anni;
- i casi notificati fra gli stranieri sono in aumento, oltre il 13% dal 2000 ad oggi, con un picco del 18,8% nell'ultimo biennio;
- i casi pediatrici diagnosticati nel periodo 1984/2006 sono stati 69, tutti dovuti a trasmissione verticale

madre/figlio; nel 59,4% dei casi la madre era tossicodipendente. Negli ultimi anni si è assistito all'azzeramento del numero degli infetti, ma ad una parziale ripresa dei casi positivi. Tale situazione è in gran parte dovuta alla mancata corretta applicazione del protocollo di profilassi materno fetale;

- come modalità di trasmissione i rapporti eterosessuali riguardano il 44,5% dei casi nell'anno 2006, mentre sempre minore importanza riveste la categoria "assunzione di droghe" che si attesta intorno al 33,4%. Ogni caso viene classificato in un solo gruppo, ma sono numerosi i soggetti con rischi multipli; in questo caso vengono classificati nel gruppo gerarchicamente più importante secondo i criteri del Sistema di Sorveglianza Europeo;
- il fatto che quasi la metà delle persone ammalate di Aids non fosse a conoscenza della propria sieropositività e che questa percentuale salga al 60% per i contagi eterosessuali, è un importante segnale della consapevolezza che si tratta di una malattia a rischio per tutta la collettività.

## Tubercolosi

La Regione Emilia-Romagna, pur avendo registrato nel corso degli anni un leggero calo dell'incidenza, è ancora al di sopra del limite che definisce la classificazione di paese a bassa endemia (10 casi/100.000ab.). Peraltro la provincia di Parma è invece agli ultimi posti della Regione con un tasso di 7,7 casi/100.000 abitanti.

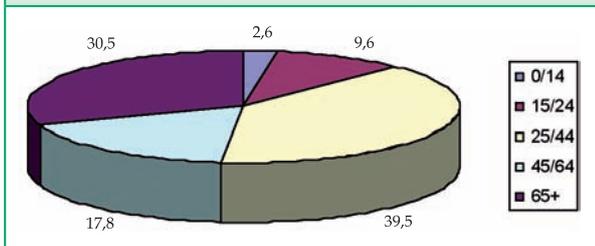
Tab.27 Casi notificati e tassi per 100.000 abitanti - Anno 2005

Distretti	Numero casi	Tasso
Sud-Est	7	10,1
Parma	19	9,3
Fidenza	5	5,1
Valli Taro e Ceno	1	2,2
Provincia di Parma	32	7,7
RER	455	11,0

Fonte: "Epidemiologia della tubercolosi in Emilia-Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia-Romagna - Edizione Gennaio 2008

La maggior parte dei casi notificati riguarda persone di sesso maschile comprese tra i 25 e i 44 anni, anche se la fascia di età con l'incremento maggiore riscontrato nell'ultimo decennio è quella tra i 15 ed i 24 anni.

Fig.18 TBC per classi di età (casi notificati anno 2005)



Fonte: "Epidemiologia della tubercolosi in Emilia-Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la salute - Regione Emilia-Romagna - Edizione Gennaio 2008

La percentuale dei nati all'estero è in continua crescita ed ha toccato nel 2005 il 53%; se si escludono gli ultrasessantacinquenni la quota di stranieri raggiunge quasi il 75%, con un picco di 88,4% nella classe di età 15/44. Rispetto alla localizzazione anatomica i tassi di incidenza delle forme polmonari ed extrapolmonari risultano abbastanza costanti e non hanno subito modifiche nel decennio 1996/2005. Il 23,7% dei casi di TBC notificati nel 2005 presenta almeno un fattore di rischio, il più frequente dei quali è il diabete, seguito dalle neoplasie e dal contatto con un altro malato, senza differenze significative tra nati in Italia e all'estero. Tra i casi di TBC polmonare il 75% ha un esito favorevole dopo 12 mesi dall'inizio del trattamento; la mortalità a 12 mesi è del 9%, più frequente tra i nati in Italia, che presentano comunque un'età media nettamente superiore.

Tab.28 TBC Profilo Aziendale - Anno 2005

Casi notificati			32
Tasso notifica			7,7
Percentuale cittadini non italiani			65,6%
Percentuale TBC polmonare			59,4%
Casi in sorveglianza	27	esito favorevole	77,8%
		deceduti	3,7%
		persi al follow up	7,4%

Fonte: "Epidemiologia della tubercolosi in Emilia - Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia - Romagna - Edizione Gennaio 2008

Il quadro epidemiologico che si delinea a livello regionale è quello di una stabilizzazione del tasso di notifica sopra la soglia di definizione di paese a bassa endemia e di un progressivo spostamento dei casi verso età più giovani in maschi stranieri. I cittadini nati all'estero presentano inoltre una ridotta "compliance" alla terapia: infatti l'obiettivo OMS dell'85% di casi curati non viene raggiunto nella maggior parte delle province. Tutto ciò comporterà la necessità di riorientare per gli anni futuri gli interventi di prevenzione e di controllo verso al diagnosi precoce ed il follow-up, che appaiono al momento i punti più critici.

## Stili di vita

### STUDIO PASSI - Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Secondo l'OMS, le cosiddette patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, diabete, tumori, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo scheletriche) sono responsabili, nella regione europea, dell'86% dei decessi e del 77% della perdita di anni di vita in buona salute, consumando inoltre più dei 2/3 del budget sanitario di quei paesi.

Il Piano Nazionale italiano della Prevenzione include tra gli obiettivi di salute prioritari proprio la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo degli screening oncologici e delle vaccinazioni, la prevenzione dell'obesità.

Per monitorare il raggiungimento di questi obiettivi di salute, fissati anche dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, è divenuta indispensabile la creazione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali, all'interno del Sistema Sanitario.

A tale proposito il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 cita esplicitamente come importante esperienza a cui fare riferimento gli studi trasversali PASSI 2005 e 2006, che hanno indagato da una parte alcuni fattori comportamentali di rischio delle patologie definite non trasmissibili, dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

È stato adottato un campionamento casuale semplice dall'anagrafe assistiti, di età compresa tra i 18 e i 69 anni e di entrambi i sessi, delle ASL partecipanti; operatori sanitari adeguatamente formati hanno somministrato telefonicamente un questionario standardizzato.

Al protocollo hanno aderito ben 123 ASL in rappresentanza di tutte le regioni, tra cui l'Azienda Sanitaria Locale di Parma.

I temi oggetto dello studio sono stati:

- rischio cardiovascolare
- screening oncologici
- attività fisica
- abitudini alimentari
- consumo di alcool
- fumo
- sicurezza stradale
- salute mentale
- incidenti domestici
- vaccinazioni per l'influenza e per la rosolia

Dall'aprile 2007 PASSI è divenuto un Sistema di sorveglianza continuo che si propone di stimolare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute dei cittadini e contemporaneamente di monitorare nel tempo la diffusione e l'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione, fornendo quindi una fotografia aggiornata dello stato di salute e dei bisogni della popolazione. Per definizione la sorveglianza di una popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione

di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica: tali dati possono, quindi, essere utilizzati direttamente anche a livello locale da parte delle nostre ASL. Di seguito vengono riassunte le conclusioni frutto dell'elaborazione dei dati riferibili alle interviste del nostro campione nell'anno 2006, confrontate con i risultati ottenuti a livello regionale.

Tab.29 Il sistema PASSI a Parma - Campione Anno 2006

Donne	45%	
Uomini	55%	
Età	18-34	25%
	35-49	36%
	50-65	30%
Titolo di studio	nessuno/elementare	14%
	media inferiore	29%
	superiore/laurea	57%
Stato civile	coniugato/convivente	63%
	celibe/nubile	28,5%
	separati/vedovi	8,5%
Lavoro regolare		77%

Fonte: "Relazione annuale e Sistema PASSI anno 2006" - elaborazione interna AUSL Parma

### Aspetti socio-demografici

Nell'Azienda USL di Parma il 45% del campione intervistato è costituito da donne, la cui percentuale risulta prevalente nelle classi di età 35-49 e 50-65; nelle fasce più giovani invece si rileva una netta prevalenza dei maschi. Il 57% del campione presenta un alto grado di istruzione. Interessante il dato relativo allo stato occupazionale: si conferma infatti il trend di occupazione femminile (73,3%) che nella nostra provincia si mantiene più alto rispetto al resto della regione (64%).

### Percezione dello stato di salute

Il 66% degli intervistati della provincia di Parma, si dichiara soddisfatto del proprio stato di salute, in particolare i giovani, il sesso maschile e le persone con un alto livello di istruzione. Tali dati sono in linea con quelli regionali, come pure la conferma che le donne lamentano più giorni in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici.

### Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce e favorisce l'insorgenza di numerose malattie cronico degenerative, dell'apparato cardiovascolare, dei tumori dell'apparato respiratorio. Mentre con gli anni la percentuale di fumatori uomini è andata progressivamente diminuendo, il numero di donne fumatrici è cresciuto, fino a raggiungere valori simili nei due sessi.

La sospensione del fumo, d'altro canto, riduce in manie-

ra significativa il rischio, tanto che dopo 15 anni diventa pari a quello di un non fumatore; è inoltre ben documentata l'associazione tra fumo passivo e alcune patologie croniche.

A Parma i fumatori risultano essere il 28,5% degli intervistati (percentuale più alta tra gli uomini). Non emergono differenze statisticamente significative tra le ASL della Regione che hanno partecipato allo studio. Si sono osservate percentuali più alte tra le persone tra i 25 e i 34 anni. Tra gli intervistati di Parma preoccupante appare l'elevata prevalenza tra i giovani, quasi la metà degli intervistati appartenenti alla classe 18-24 anni, infatti, risulta essere fumatore.

Il livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari è risultato accettabile, ma appare opportuno un consolidamento del loro rapporto con i pazienti per valorizzare l'offerta dell'opportunità di smettere di fumare: riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 71,9% dei fumatori intervistati dall'ASL di Parma, mentre il 51,8% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nel 37,5% dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo.

Nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della normativa sul divieto di fumo nei locali pubblici, il rispetto di tale divieto nei luoghi di lavoro merita ancora una certa sorveglianza: le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono che nel 81,3% dei casi viene rispettato sempre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro.

Tab.30 Il sistema PASSI a Parma - Abitudine al fumo - Campione Anno 2006

Fumatori	Totale	28,5%
	Uomini	30,9%
	Donne	25,6%
Ex fumatori		20,5%
Non fumatori		51%
Consiglio dei medici	Chiesto se fuma	39%
	Da fumatori	71,9%
	Consigliato di smettere	51,8%
Come hanno smesso	Da soli	100%
Rispetto divieto luogo di lavoro	Sempre	81,3%
	A volte / mai	18,7%

Fonte: "Relazione annuale e Sistema PASSI anno 2006" - elaborazione interna AUSL Parma

### Il Centro Antifumo di Parma

Nell'ambito delle attività portate avanti dal Gruppo Provincia senza Fumo dell'ASL di Parma, si segnala l'attività di sostegno alla disassuefazione dal fumo erogata dall'ambulatorio "Centro Antifumo" in convenzione tra ASL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ubicato presso l'Unità Operativa di Pneumologia del Padi-gliione Rasori. I risultati ottenuti dal Centro Antifumo di Parma sono i seguenti:

- Fumatori afferiti al Servizio: 860 (maschi 500, femmine 360)
- Età media: 48 anni
- Numero medio di sigarette fumate: 24

La percentuale di astinenti è del 42% al terzo mese, 35% al sesto mese e 30% ad un anno di distanza dal primo accesso. In quanto stile di vita dannoso e principale fattore di rischio per numerose patologie, il fumo di sigaretta è stato inserito fra le tematiche dei Piani per la Salute. In particolare, oltre a rappresentare l'oggetto di interventi di Educazione alla Salute nelle scuole provinciali di ogni ordine e grado secondo le diverse metodologie predisposte su base regionale, nell'ambito dei Piani per la Salute è stata attivata una specifica progettualità di implementazione della metodologia di intervento nelle scuole riferita al DVD regionale "Paesaggi di Prevenzione". Inoltre, sempre nell'ambito dei Piani per la Salute sono state progettate iniziative a carattere distrettuale di sensibilizzazione ed informazione dei Medici di Medicina Generale sulle principali tematiche riferite al tabagismo che li riguardano personalmente (ambulatori medici senza fumo, danni alla salute da fumo attivo e passivo, costruzione di una rete per l'invio dei pazienti motivati presso i centri di disassuefazione).

Sulla base del dato che emerge da numerosi studi circa la maggiore percentuale di fumatori tra gli operatori sanitari, nei Piani per la Salute è stata inserita anche una progettualità specifica per lo svolgimento di campagne informative rivolte al personale dipendente dell'ASL di Parma, con l'obiettivo di promuovere uno stile di vita sano nelle strutture della provincia, di ridurre la prevalenza di fumatori tra il personale dipendente, di tutelare i non fumatori dal fumo passivo e di incentivare il ruolo dei dipendenti sanitari come promotori di salute.

La particolare rilevanza del fumo di tabacco come inquinante ambientale e la conseguente necessità di garantire il rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro e nei locali aperti al pubblico, ha portato ad intraprendere nel corso del 2006 e 2007 una serie di iniziative a carattere formativo ed informativo sul tema della prevenzione al fumo, rivolta al personale del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'ASL, ai Medici di Medicina Generale, ai medici competenti, agli operatori socio - sanitari e ad altre figure con diversi ruoli e responsabilità operanti nei luoghi di lavoro. E' stato predisposto un opuscolo informativo, "Fumo e amianto" attualmente in fase di revisione per la stampa. Nel corso del 2007 nell'Azienda USL di Parma è stata aggiornata la segnaletica relativa al divieto di fumo e sono stati formati dei dipendenti di nuova designazione, addetti alla vigilanza sull'osservazione del divieto di fumo. Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha aderito, su incarico della Regione Emilia-Romagna, al Progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), del Ministero della Salute e delle Regioni: "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/2003"- Monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli uffici comunali e nei luoghi di lavoro privati. L'attività è stata realizzata tramite un'indagine conoscitiva presso gli uffici di 23 Comuni e presso 12 Aziende produttive in Provincia di Parma.

## Attività fisica

E' universalmente riconosciuto che lo svolgimento di una regolare attività fisica può contribuire a prevenire numerose patologie ed è talvolta indispensabile per il trattamento stesso; inoltre la mortalità per tutte le cause può essere significativamente ridotta, fino quasi al 10%. Si stima che nella nostra provincia il 46,5% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 24% riferisce un esercizio fisico scarso o assente. Quest'ultima frazione è più alta tra coloro che ne beneficerebbero maggiormente (obesi, ipertesi, ipercolesterolemici, depressi). Risulta significativa l'affermazione che più di un quarto del campione resta seduto per più di 6 ore al giorno e che questa abitudine è diffusa tra i 18/34 anni e tra le persone di livello di istruzione alto. Questi gruppi dovrebbero quindi godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti ad incentivare il benessere fisico.

I medici promuovono ancora scarsamente l'attività fisica dei loro pazienti, anche se il loro consiglio, specialmente se rinforzato in occasione di visite successive, contribuisce in maniera significativa a spingere le persone interessate a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

Il sesso femminile appare meno attivo di quello maschile, così come meno attiva appare la classe di età compresa tra 35-49 anni.

**Tab.31 Il sistema PASSI a Parma - Attività fisica - Campione Anno 2006**

Livello di attività fisica*	Buono	46,5%
	Moderato	29,5%
	Totale	76%
	Scarso / assente	24%
Resta seduto 6 o più ore al giorno		29%
Consigli dei medici	Chiesto se fa attività fisica	41,5%
	Consigliata attività fisica	29%
	Verificato andamento	12,5%

Note: \*Secondo le linee guida dell'OMS

Fonte: "Relazione annuale e Sistema PASSI anno 2006" - elaborazione interna AUSL Parma

## Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie collegate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattie e morte più rilevanti nei paesi industrializzati.

Alcuni alimenti hanno un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai conosciuta la protezione rispetto alle neoplasie associata ad un elevato consumo di frutta e verdura. L'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day).

Le caratteristiche ponderali sono definite in base all'indice di massa corporea (BMI):

- sottopeso <18,5

- normopeso 18,5 – 24,9

- sovrappeso 25 – 29,9

- obeso >= 30

Il 51,5% degli intervistati dalla nostra ASL (contro il dato regionale del 42%) si presenta in eccesso ponderale: la condizione cresce significativamente con l'età ed appare correlata a sesso ed istruzione bassa.

Solo il 59% delle persone intervistate risultate in sovrappeso è cosciente di esserlo (in linea con i dati regionali) e addirittura l'86% degli obesi è convinto che la propria alimentazione sia benefica per la propria salute (a livello regionale tale valore scende al 77%).

In linea con la regione sono anche i dati relativi alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario ed all'influenza positiva di tale interessamento sull'inizio e sul mantenimento delle diete da parte degli intervistati con eccesso ponderale.

Il 98,5% degli intervistati di Parma dichiara di consumare giornalmente frutta e verdura, ma solo il 12,5% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie (in linea con il dato regionale del 13%).

**Tab.32 Il sistema PASSI a Parma - Situazione nutrizionale e abitudini alimentari - Campione Anno 2006**

Eccesso ponderale	Sovrappeso	40,5%
	Obesi	11%
	Totale	51,5%
Percezione errata proprio peso	Obesi	9,1%
	Sovrappeso	39,5%

Fonte: "Relazione annuale e Sistema PASSI anno 2006" - elaborazione interna AUSL Parma

## Consumo di Alcool

L'abuso di alcool soprattutto nei giovani, può comportare l'assunzione di comportamenti a rischio sia individuali che collettivi (guida veloce, diminuzione riflessi, violenza): si stima che le problematiche legate all'alcool siano responsabili del 9% della spesa sanitaria totale. Secondo l'OMS, le persone più a rischio sono coloro che bevono fuori pasto, i forti consumatori, e coloro che indulgono in forti bevute (bevitori binge). Nella USL di Parma si stima che circa i 2/3 della popolazione tra i 18 ed i 69 anni consumi bevande alcoliche e che 1/6 circa abbia comportamenti consolidati a rischio.

Il 17% degli intervistati di Parma ha mostrato caratteristiche tipiche dei bevitori a rischio: bevitori fuori pasto, forti bevitori (più di tre unità/die per gli uomini e più di due unità/die per le donne), bevitori "binge" (assunzione di 6 o più unità alcoliche in unica occasione). In particolare quest'ultima modalità di assunzione alcolica appare più diffusa tra i giovani uomini con più alto livello di istruzione.

Dall'indagine emerge che sia a livello regionale sia a livello di territorio la percezione del rischio legata al consumo di alcool è ancora molto bassa, non solo tra la popolazione, ma anche tra gli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti

riguardo al consumo di bevande alcoliche: nell'ASL di Parma solo il 14,1% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti relativi al consumo di alcol.

Tab.33 Il sistema PASSI a Parma - Consumo di alcool - Campione Anno 2006

Bevuto >= 1 unità alcolica nell'ultimo mese	71%
Bevuto fine pasto	4,5%
Forti bevitori	6%
Bevitori binge	11,5%
Chiesto dal medico sul consumo	14,1%

Fonte: "Relazione annuale e Sistema PASSI anno 2006" - elaborazione interna AUSL Parma

### Sicurezza stradale

Per quanto riguarda il livello dell'uso di dispositivi di sicurezza, esso appare ancora insufficiente, sia a livello regionale sia a livello della provincia di Parma: il 100% degli intervistati di Parma (98% il dato regionale) riferisce di usare sempre il casco, la percentuale diminuisce se si fa riferimento all'uso della cintura di sicurezza anteriore della macchina (90% dato provinciale e regionale) e ancora di più per quanto riguarda la cintura posteriore (il 22,6% a Parma, 23% a livello regionale).

Un problema diffuso appare quello della guida in stato di ebbrezza, che coinvolge in modo particolare i giovani: il 21,1% degli intervistati di Parma dichiara di avere guidato almeno una volta, nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche in quantità tale da determinare un livello pericoloso di alcool nel sangue: tale percentuale sale al 30,3% nella popolazione di età compresa tra 18 - 34 anni.

### Infortuni domestici

Le persone intervistate nella nostra provincia hanno riferito una consapevolezza del rischio di infortunio non ancora sufficientemente elevata (nonostante il 23,5% delle persone intervistate abbia riferito di aver subito un infortunio domestico, seppure di lieve entità, nell'ultimo anno): il 38,5% ritiene il rischio di infortunio nel proprio ambito domestico molto basso o addirittura assente. Tale dato comparato con quello delle altre ASL appare significativamente più basso.

Nell'ASL di Parma si osserva una maggiore frequenza di infortuni tra le donne (31,1% contro il 17,3%) e nella classe di età 35-49 anni.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, solo il 21,6% degli intervistati dichiara di avere ricevuto nell'ultimo anno, informazioni per prevenire gli infortuni domestici, ed in gran parte risultano provenire da mass media ed opuscoli, (93% dei casi).

### Sicurezza alimentare

Tra gli intervistati appare diffusa l'abitudine al consumo di cibi crudi o poco cotti. E' scarsa la conoscenza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e

mentre tre persone su quattro prestano attenzione alle etichette, solo una persona su tre legge le modalità di conservazione e le istruzioni per l'uso. I dati appaiono in linea con quelli regionali.

### Vaccinazione antinfluenzale

La copertura è misurata solo nelle persone di età compresa tra i 65 e i 69 anni, escludendo quindi le classi piuttosto numerose degli ultrasettantacinquenni. Risulta però bassa l'adesione alla vaccinazione tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche: solo il 31,4% risulta vaccinata in linea con il dato regionale.

### Rischio cardiovascolare

**Ipertensione:** il 23,2% degli intervistati della provincia di Parma (22% a livello regionale) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione; la percentuale cresce nella classe degli ultracinquantenni e nel sesso maschile. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli intervistati riferiscono di aver affrontato il problema prima di tutto curando il proprio stile di vita, ponendo attenzione al consumo di sale (76,1%), controllando il proprio peso corporeo (73,9%), svolgendo regolare attività fisica (65,2%).

**Colesterolemia:** il 32,7% degli intervistati di Parma riferisce una condizione di ipercolesterolemia, la percentuale sale nella classe degli ultracinquantenni e nel sesso maschile. Anche per tale problema l'attenzione al proprio stile di vita può risultare determinante così da non rendere necessario il ricorso al trattamento farmacologico: l'87,3% degli ipercolesterolemici dichiara di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario e di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 72,7% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 74,5% di svolgere attività fisica.

**Punteggio di Rischio Cardiovascolare:** risulta ancora scarsamente utilizzato dai medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti.

### Screening neoplasia del collo dell'utero

Tra le donne intervistate di Parma la percentuale di coloro che riferiscono di aver effettuato il pap-test almeno una volta nella vita è del 91,1% (in linea con il dato regionale 94%), e l'83,5% delle donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni riferisce di avere eseguito l'esame preventivo in assenza di sintomi e segni nel corso degli ultimi tre anni. Il 56,3% delle donne intervistate a Parma ha riferito di non aver eseguito alcun pagamento per l'ultimo pap test; l'11,3% riferisce di aver pagato solo il ticket e il 32,4% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono considerarsi indicative dell'effettuazione del pap test anche all'interno del programma di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero). I dati della provincia di Parma sono sostanzialmente in linea con quelli regionali.

**Tab.34 Il sistema PASSI a Parma - Screening neoplasia del collo dell'utero (25-64 anni)**

Caratteristiche demografiche		% di donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni*
<b>Totale</b>		<b>83,5</b>
Età	25 - 34	69,2
	35 - 49	91,2
	50 - 64	81,3
Stato civile	Coniugata	85,0
	Non coniugata	78,9
Istruzione**	Bassa	88,2
	Alta	80,0

Note: \*Chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi. La % è riferita a ciascuna classe d'età, stato civile e livello di istruzione preso in considerazione  
 \*\*Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore e laurea

## Screening neoplasia della mammella

Tra le donne intervistate della provincia di Parma di età compresa tra i 50 e i 69 anni, l'86,8% dichiara di aver eseguito almeno una mammografia nel corso della vita; il 73,7% delle donne in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. L'età media della prima mammografia è risultata essere 47 anni (in linea con il dato regionale pari a 45 anni), più bassa quindi di quella dalla quale viene raccomandata l'esecuzione della mammografia di screening (50 anni). Il 78,8% delle donne riferisce di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultima mammografia (in quanto effettuata anche all'interno del programma di screening) in linea con il dato regionale pari a 81%, il 12,1% riferisce di aver eseguito solo il pagamento di un ticket (in quanto ha eseguito l'esame fuori dal programma di screening in strutture pubbliche o accreditate) e il 9,1% ha pagato l'intero costo dell'esame.

**Tab.34 Il sistema PASSI a Parma - Screening neoplasia della mammella (50-69 anni)**

Caratteristiche demografiche		% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni*
<b>Totale</b>		<b>73,7</b>
Età	50 - 59	72,7
	60 - 69	75,0
Stato civile	Coniugata	80,0
	Non coniugata	50,0
Istruzione**	Bassa	76,0
	Alta	69,2

Note: \*Le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo. La % è riferita a ciascuna classe d'età, stato civile e livello di istruzione preso in considerazione  
 \*\*Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore e laurea

## Screening neoplasia del colon retto

Nel nostro territorio (così come a livello regionale) il programma di screening per la neoplasia del colon retto è stato attivato solo nel 2005, pertanto i dati riportati non consentono di effettuare valutazioni del programma stesso.

**Tab.34 Il sistema PASSI a Parma - Screening neoplasia del colon retto (50-69 anni)**

Caratteristiche demografiche		% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
<b>Totale</b>		<b>46,2</b>
Età	50 - 59	44,2
	60 - 69	50,0
Sesso	Maschi	62,5
	Femmine	28,9
Istruzione**	Bassa	46,0
	Alta	46,4

Note: \*Sangue occulto o sigmoidoscopia. La % è riferita a ciascuna classe d'età, stato civile e livello di istruzione preso in considerazione  
 \*\*Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore e laurea

## Sintomi di depressione

Il 25,5% delle persone intervistate nella nostra provincia riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nei 12 mesi antecedenti l'intervista: la percentuale cresce tra le donne e tra le persone in stato di disoccupazione saltuario. Tali dati appaiono in linea con quelli regionali. Solo una persona su tre tra quelle che hanno riferito sintomi di depressione si sono rivolte ad un operatore sanitario e solo il 13% ha assunto farmaci per consiglio di un medico (tale percentuale sale al 28% a livello regionale).

## Dipendenze patologiche

### Tossicodipendenze

Sul territorio della provincia di Parma sono presenti tre SerT - coordinati a livello aziendale dal Programma Dipendenze Patologiche - organizzati per distretti di riferimento, che si occupano delle attività di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dell'utenza tossicodipendente ed alcolista. In particolare le sedi operative sono a Parma città, a Colorno, nel distretto Valli Taro e Ceno (con sede nel comune di Borgo Val di Taro e Fornovo), a Fidenza ed infine nel comune di Langhirano.

Nella città di Parma è presente l'Unità di Strada, ovvero un servizio aziendale indirizzato alla popolazione per informare, sensibilizzare, prevenire le tossicodipendenze, la trasmissione HIV/AIDS, le malattie sessualmente trasmissibili. Il servizio è rivolto in particolare alle persone che usano/abusano di sostanze stupefacenti e alcool, soprattutto coloro che si trovano in condizioni di marginalità e di disagio sociale.

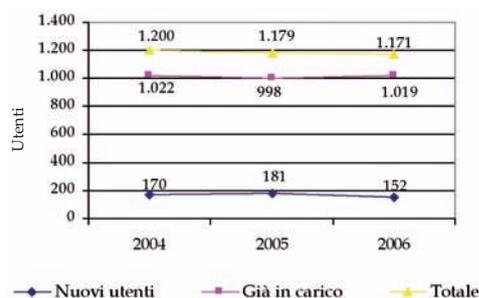
## Contesto di riferimento

Per questo l'Unità di Strada interviene nei luoghi di aggregazione di persone tossicodipendenti nel comune di Parma (centro storico, stazione centrale...) e nei comuni del territorio provinciale, nei luoghi di lavoro, nei locali di ritrovo giovanile. L'attività è diretta soprattutto alle persone che, per varie ragioni, non si rivolgono ai servizi tradizionali in relazione all'assunzione di sostanze stupefacenti per una riduzione del danno, ma è anche finalizzata ad interventi di informazione/prevenzione sull'uso di sostanze.

Nel Comune di Colorno ha sede il servizio "Equipe Carcere" di Parma, istituita nel 1992 con la formalizzazione della convenzione tra Istituti di Pena ed Azienda USL sulla base della legge 162/90. L'attività dell'Equipe Carcere si attiene al periodo di carcerazione degli utenti e prevede la predisposizione di specifici Programmi Terapeutici, progettazione di attività interne (gruppi di riflessione, laboratori, cineforum...) finalizzate al miglioramento degli interventi stessi.

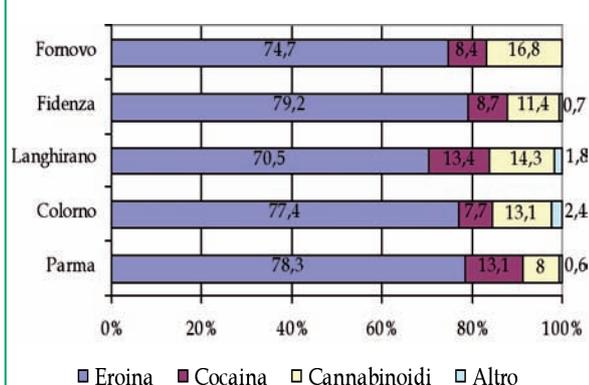
Nel corso dell'anno 2006 i SerT della Provincia di Parma hanno attivato o proseguito un programma terapeutico per 1.171 utenti tossicodipendenti, di cui 979 maschi (83,6%) e 192 femmine (16,4%). In Provincia di Parma il rapporto maschi/femmine è pari a 5,1. Il dato sembra confermare, negli anni, una certa stabilità dell'utenza.

Fig.19 Utenza tossicodipendente in carico ai SERT - 2004-2006



Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

Fig.20 Utenza tossicodipendenti per sostanza d'abuso e SERT - 2006

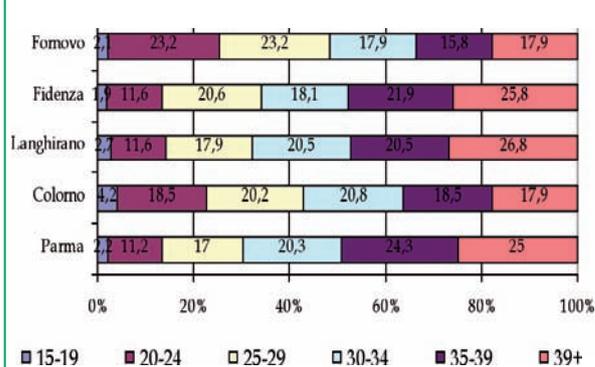


Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

In provincia di Parma l'eroina continua a rappresentare la sostanza d'abuso principale tra coloro che accedono ai Servizi (76,9%), mentre rimane stabile quella relativa ai consumatori di cocaina (11,4%). La percentuale di

soggetti che accedono ai servizi per uso di cannabinoidi registra una leggera diminuzione (-3,5%).

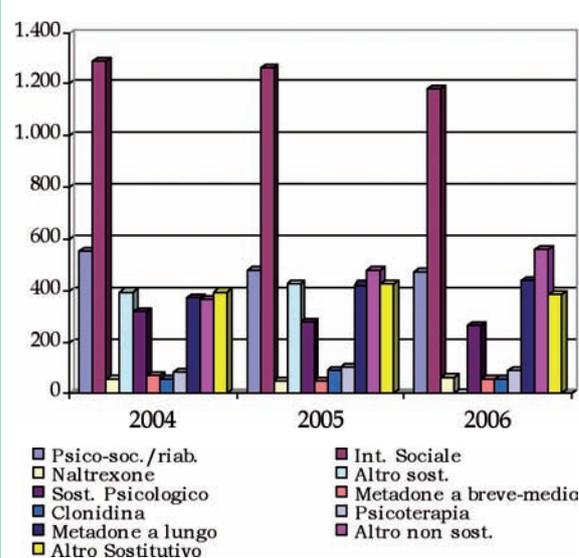
Fig.21 Utenza tossicodipendenti per classe di età e SERT - 2006



Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

La distribuzione per classe d'età evidenzia che il 65,7% dell'utenza ha un'età superiore ai 30 anni e solo il 2,5% ha un'età inferiore ai 19 anni. Ciò conferma un dato riscontrabile anche a livello nazionale: solitamente gli utenti accedono ai Servizi dopo alcuni, talvolta molti, anni di consumo di sostanze, quando la problematicità connessa all'uso diviene più rilevante. Da anni si assiste ad un invecchiamento della popolazione che si rivolge ai SerT mentre i giovanissimi, con età inferiore ai 15 anni, sono pochi, sebbene rappresentino, comunque, un dato significativo a livello regionale-nazionale. A Parma non si riscontrano accessi tra i giovanissimi nel 2006.

Fig.22 Utenti tossicodipendenti per trattamenti effettuati - 2004-2006



Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

I programmi terapeutici contemplano molteplici trattamenti (di tipo sociale, psicologico, medico o farmacologico) ed hanno vari obiettivi (dal superamento alla riduzione del problema della dipendenza, alla tutela della salute del tossicodipendente, al recupero e all'integrazione sociale, lavorativa, familiare...). Spesso il pro-

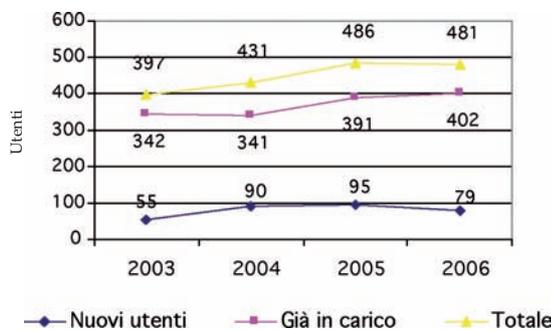
gramma terapeutico integra diversi tipi di trattamenti, affrontando specifici bisogni dell'utenza.

Gli utenti in carico nel 2006 hanno usufruito di 3.572 trattamenti presso le sedi dei SerT: di questi il 56,4% è di tipo psico-sociale ed il 43,6% è di tipo farmacologico. I soggetti tossicodipendenti inseriti in Comunità nell'anno 2006 sono stati complessivamente 104.

## Alcolismo

Il Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma si occupa di problematiche di alcolodipendenza attraverso una U.O. di Alcologia, nonché attraverso la presa in carico territoriale presso i SerT della provincia. L'U.O. di Alcologia operante al SerT di Parma ha valenza sovradistrettuale, si rivolge non solo all'utenza residente nel distretto di pertinenza ma anche ad un'utenza provinciale. I programmi terapeutici, individuali e globali, sono inseriti in progetti che vengono gestiti in sinergia con altri servizi territoriali (Case di Cura private, Servizi Sociali del Comune...). I restanti SerT si occupano dell'alcolodipendenza attraverso le équipes multidisciplinari, che trattano anche i problemi di tossicodipendenza, tramite analisi della domanda, diagnosi, progettazione terapeutica e prevenzione a livello territoriale. Molto importante è anche il lavoro con le famiglie, con interventi di counseling e supporto socio-educativo.

**Fig.23 Utenza alcolodipendente in carico al Centro Alcologia e SERT di Parma - 2003-2006**

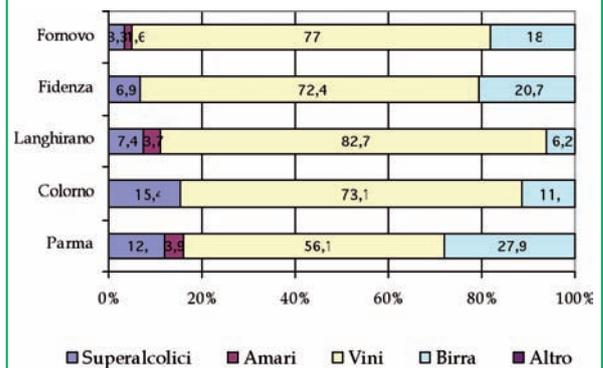


Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

Analizzando l'andamento temporale dell'utenza alcolodipendente negli anni 2003-2006, si evidenzia un progressivo aumento delle prese in carico.

E' da notare come, nell'ultimo anno, la nuova utenza diminuisca del 16,8% mentre quella già in carico aumenti del 2,8%.

**Fig.24 Utenza alcolodipendenti per bevanda e SERT - 2006**



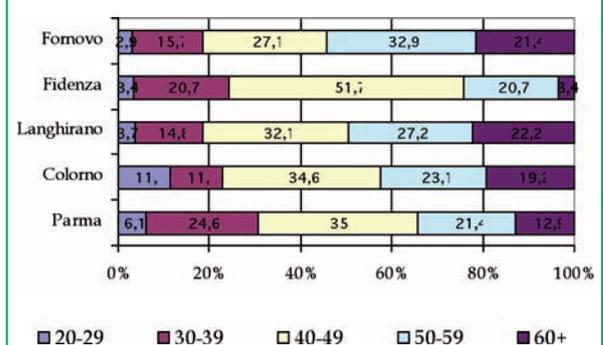
Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

Il 75,1% dell'utenza alcolodipendente è di sesso maschile, mentre il 24,9% è costituita da femmine.

La bevanda alcolica più consumata nel 2006 è il vino (65,2%), seguito da birra (21,6%), superalcolici (10,1%) e da aperitivi, amari, digestivi (3,1%). Le distribuzioni percentuali relative al tipo di bevanda prevalente per distretto evidenziano alcune differenze tra le aree territoriali: ad esempio i consumatori di vino costituiscono l'82,7% tra i soggetti in carico presso il Servizio del distretto Sud-Est, mentre nel distretto di Parma emerge una quota elevata di utenti che abusano di birra (27,9%).

Stratificando per genere, il consumo di vino risulta in percentuale maggiore tra le femmine (66,1% vs. 64,9% nei maschi); anche per i superalcolici si registra una proporzione maggiore tra le femmine (12,7% vs. 9,2% nei maschi). Al contrario nell'abuso di birra sono i maschi a prevalere (22,6% vs. 18,6% nelle femmine) mentre nell'abuso di aperitivi, amari, digestivi i valori sono simili (3,3% nei maschi e 2,5% nelle femmine).

**Fig.25 Utenza alcolodipendente per classe di età e SERT - 2006**

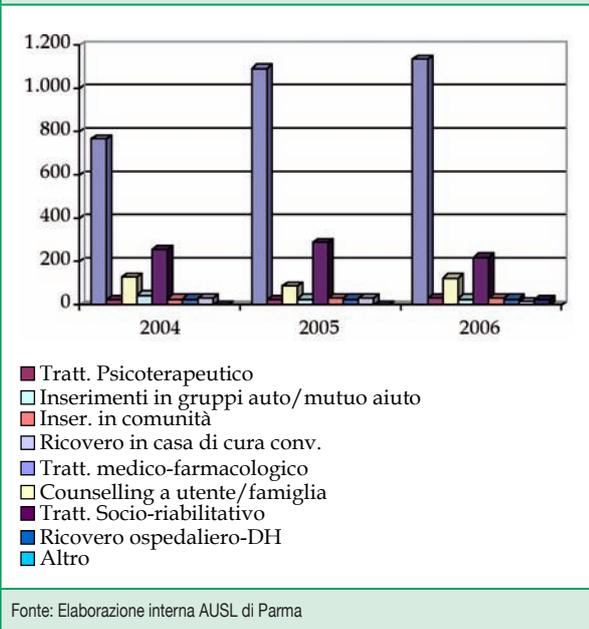


Fonte: Elaborazione interna AUSL di Parma

L'analisi della distribuzione dei soggetti per classe di età evidenzia che il 55,2% degli utenti in carico ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni.

Non si sono trattati soggetti con età inferiore ai 19 anni, mentre fanno riferimento ai SerT ed alla Unità Operativa Alcologia persone di età elevata: il 15,4% ha un'età > 60 anni.

Fig.22 Utenti tossicodipendenti per trattamenti effettuati - 2004-2006



Nel corso del 2006 i trattamenti effettuati dai Servizi per l'alcolologia sono stati 1.656; il numero medio di trattamenti per utente è stato pari a 3,4 (il programma terapeutico può prevedere più tipologie di trattamenti in relazione al bisogno dell'utente). Il trattamento medico-farmacologico, che implica sia controlli sullo stato di salute del paziente, sia terapie farmacologiche di disassuefazione e di cura delle patologie correlate, riguarda il 93% dell'utenza. Il 37% ha seguito un trattamento socio-riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale, sostegno ed educazione della persona, il 23% ha usufruito di una terapia di counseling individuale o familiare ed il 6,2% è stato inserito nei gruppi di auto-aiuto della provincia. Gli inserimenti in comunità sono stati 32 ed hanno riguardato 28 soggetti (6% degli utenti). L'Unità Operativa di Alcolologia ha continuato a svolgere, durante l'anno scolastico, interventi di prevenzione primaria nelle scuole dell'obbligo e nelle scuole superiori di Parma, in termini di educazione alla salute nonché prevenzione del disagio giovanile.

## Sicurezza

### Incidenti stradali

Gli incidenti stradali rappresentano in Italia la prima causa di morte nelle classi giovanili, in entrambi i sessi, seppure con un'incidenza maggiore tra i maschi. In particolare, i dati mostrano come si registri in Italia un incremento costante del numero di incidenti stradali e di feriti, mentre perdura il calo del numero dei morti; come dire, in altre parole, che tende a ridursi la gravità degli incidenti e delle loro conseguenze sulle persone, anche grazie all'introduzione di dispositivi di sicurezza sempre più efficaci.

In Emilia Romagna l'andamento del fenomeno è simile a quello nazionale. Per quanto riguarda l'anno 2007, l'Ufficio Statistica della Provincia di Parma ha pubblicato i dati provvisori degli incidenti avvenuti nel nostro territorio. Complessivamente nell'ultimo triennio si è assistito ad una riduzione del fenomeno.

Tab.37 Incidenti stradali in Provincia di Parma - Anni 2005-2007

Anni	Incidenti	Feriti	Morti
2005	1.909	2.628	56
2006	1.969	2.781	48
2007	1.907	2.597	44
Variazione % 06/07	-3,1	-6,6	-8,3

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Parma

Tutto ciò, a fronte di un consistente aumento dei veicoli circolanti, che negli ultimi dieci anni è passato da circa 287.000 autoveicoli a quasi 350.000, più 21,8%, cui si devono aggiungere i motoveicoli che hanno ormai superato i 40.000.

Particolarmente confortante è il dato del numero di sinistri per abitante che vede Parma ai livelli più bassi della Regione insieme a Ferrara. Oltre la metà degli incidenti ha coinvolto un soggetto appartenente alla categoria "utenti deboli" (biciclette, anziani, bambini); il trend appare però in diminuzione, eccezion fatta per le biciclette.

Tab.37 Incidenti stradali "Utenti deboli" in Provincia di Parma - Anni 2005-2007

Anni	Biciclette	Moto	Ciclomotori	Morti
2005	243	243	309	128
2006	241	267	257	133
2007	276	249	244	131
Variazione % 06/07	+14,5	-6,7	-5,1	-1,5

Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Parma

La situazione sembra quindi in miglioramento, pur con settori nei quali si presentano ancora ampi margini di intervento, ma l'obiettivo cui tendere, quello fissato dalla Commissione Europea di dimezzare il numero dei morti per incidenti stradali dal 2000 al 2010, appare al momento irraggiungibile.

## Infortuni sul lavoro

Il contrasto degli infortuni sul lavoro è uno degli obiettivi che ha caratterizzato le azioni del Dipartimento di Sanità Pubblica e dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro in particolare, negli ultimi anni, ora reso ancora più stringente a seguito del sostenuto impegno normativo e programmatico di Governo e Ministeri. Non solo adesione agli obiettivi definiti dal Piano Regionale della Prevenzione, non solo risposta alla declinazione regionale degli indirizzi di politica nazionale (il Patto per la Salute), ma da parte dei Servizi un impegno consapevole sulla necessità di individuare nuove e più appropriate strategie per fronteggiare un fenomeno grave e diffuso; strategie che necessariamente devono fare leva sulla formazione a tutti i livelli, per far crescere e consolidare un nuovo modello di cultura della prevenzione, ma che allo stesso tempo devono coinvolgere tutta la collettività attraverso una penetrante opera di sensibilizzazione. Oltre ad orientare la propria pianificazione sulla riduzione degli infortuni nei settori produttivi di interesse regionale potenziando i controlli, come il contesto sociale richiede, ma equilibrandoli con un'implementata attività di assistenza, lo sforzo degli SPSAL è orientato a mantenere e rinnovare, su questa tematica, alleanze e convergenze, sfruttando appieno, e possibilmente allargando, il consolidato tessuto di relazioni costruito con i Piani per la Salute.

Da qui il forte impegno verso l'Istituzione Scolastica, la ricerca di una maggiore integrazione tra enti preposti al controllo, l'interazione con Ordini, Collegi Professionali e Parti Sociali, la sperimentazione di più appropriate ed efficaci iniziative comunicative.

### Gli infortuni in provincia di Parma nel periodo 1999 - 2005

Si riportano i dati infortunistici elaborati in collaborazione con l'Osservatorio Regionale per l'Epidemiologia degli Infortuni sul Lavoro (OREIL) partendo da Banca Dati INAIL, fonte di flussi correnti ormai uniformemente adottata per l'analisi del fenomeno in quanto derivanti da una banca dati standardizzata ed omogenea.

E' descritto l'andamento degli infortuni nella serie storica dal 2000, integrata dall'ultimo aggiornamento disponibile relativo al 2006.

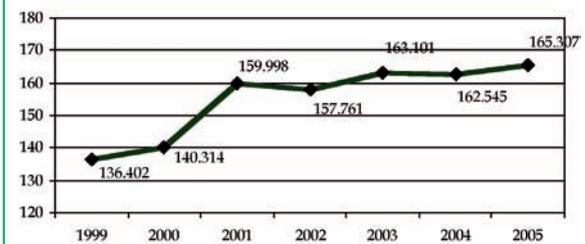
Nell'analisi sono considerati:

1. gli infortuni denunciati espressi in numeri assoluti;
2. gli infortuni definiti espressi in termini di Indice di Incidenza ( $n^{\circ}$  infortuni/ $n^{\circ}$  addetti x 100), sia per gli infortuni complessivi che per comparti significativi;
3. la gravità degli infortuni;
4. gli infortuni mortali.

### Gli occupati

Continua il trend in progressivo incremento degli occupati in provincia di Parma, che passano da 135.811 del 1999 a 165.307 del 2005 (+ 21.7%), con saldo positivo rispetto all'anno precedente di 1.7%.

Fig.27 Andamento degli occupati in Provincia di Parma nel periodo 1999-2005



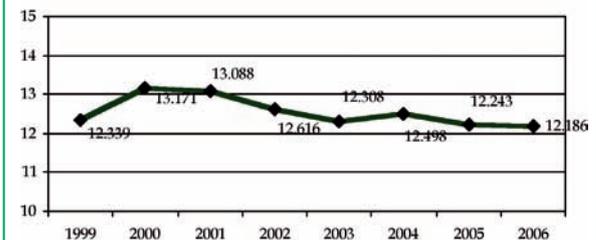
Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

### Infortuni denunciati

Nel periodo considerato si osserva una tendenza alla diminuzione degli infortuni totali denunciati, che passano da 15.354 del 2001 a 13.440 del 2006, con sostanziale stabilità del fenomeno negli ultimi due anni.

Il dato complessivo riflette l'andamento che si registra nella Gestione Industria e Servizi, che maggiormente contribuisce al fenomeno; gli infortuni denunciati in questo ramo di gestione INAIL mantengono la costante flessione rispetto al dato degli anni 2000, attestandosi nel 2006 al minimo storico con 12.186.

Fig.28 Infortuni denunciati (Gestione Industria - Servizi)

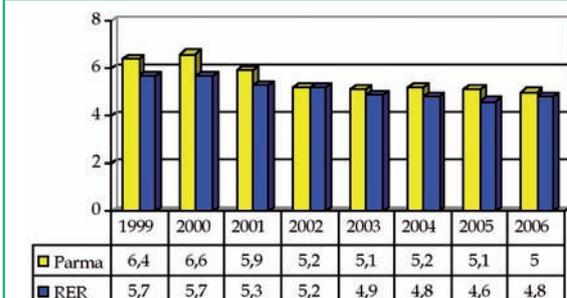


Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

### L'indice di incidenza degli infortuni nel complesso e per comparti produttivi

In provincia di Parma l'indice di incidenza degli infortuni complessivi conferma la costante tendenza alla diminuzione, passando da 6,59 del 2000 a 5,0 del 2006, con un calo tendenziale negativo del 24,1%. L'indice di incidenza si mantiene nel tempo sempre lievemente superiore al dato medio regionale.

Fig.29 Indice di incidenza infortuni complessivi. Confronto Provincia di Parma e media regionale



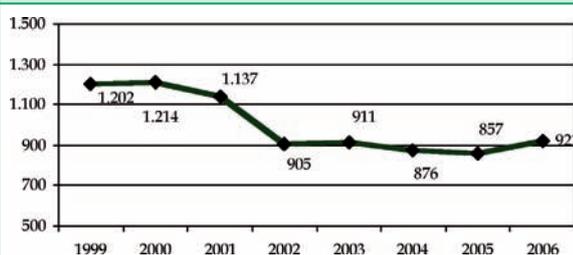
Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

## Agricoltura

Per questo settore produttivo non è possibile ricavare l'indice di incidenza complessivo in quanto il dato degli addetti è disponibile per le sole lavorazioni a carattere industriale (Gestione Industria/Servizi), ma non per le lavorazioni agricole a conduzione diretta o familiare (Gestione Agricoltura), che rappresentano la quasi totalità del settore.

Per la Gestione Agricoltura si riporta, pertanto, l'andamento degli infortuni denunciati, che nel corso degli anni considerati dimostra a Parma un sensibile calo, più accentuato dal 2000 al 2003 e con stabilità negli anni successivi. Da segnalare, tuttavia, il lieve incremento nel 2006 (923 casi) rispetto al 2005.

**Fig.30** Eventi denunciati in Provincia di Parma nel settore agricoltura nel periodo 1999-2006



Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

Nella tabella seguente è riportata, per questo ramo di gestione INAIL, la distribuzione degli eventi tra autonomi e personale dipendente; si conferma negli anni una stabile, maggiore prevalenza a carico dei lavoratori autonomi, con tendenza, rispetto all'anno 2000, ad una lieve riduzione del rapporto tra queste due figure.

**Tab.39** Prevalenza degli eventi denunciati tra lavoratori autonomi e dipendenti

	2000		2001		2002		2003	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Autonomi	932	76.8	829	72.9	677	69.6	670	73.5
Dipendenti	282	23.2	308	27.1	296	30.4	241	26.5
<b>Totale</b>	<b>1.214</b>		<b>1.214</b>		<b>1.214</b>		<b>1.214</b>	
	2004		2005		2006			
	N.	%	N.	%	N.	%		
Autonomi	635	72.5	608	70.9	686	74.3		
Dipendenti	241	27.5	249	29.1	237	25.7		
<b>Totale</b>	<b>876</b>		<b>857</b>		<b>923</b>			

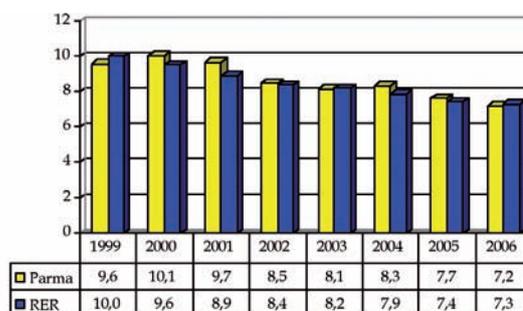
Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

Il lieve incremento dei casi denunciati nel ramo Gestione Agricoltura, trova un corrispettivo nel modesto incremento dell'indice di incidenza che si registra per il ramo Gestione Industria/Servizi nel 2006 rispetto al 2005 (+ 12.8%); tuttavia l'esiguo numero di addetti non conferisce attendibilità al dato.

## Edilizia

L'edilizia, tradizionalmente considerato settore ad alto rischio infortunistico, continua a registrare un trend in costante diminuzione, con significativo decremento dell'indice di incidenza nel 2006 rispetto al dato del 2000 pari a - 28.4%.

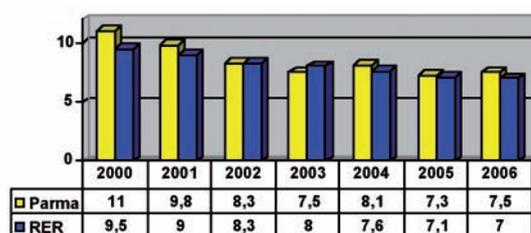
**Fig.31** Edilizia - Indice di incidenza



Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

La diminuzione dell'indice infortunistico in questo settore risulta ancora più consistente se si considera il solo gruppo Costruzioni Edili, riguardante l'edilizia civile tradizionale dove, pur evidenziandosi nel 2006 un lieve incremento rispetto all'anno precedente (+ 2.5%), si registra nel periodo 2000-2006 un decremento del 31.5%.

**Fig.32** Indice di incidenza nel gruppo Costruzioni Edili



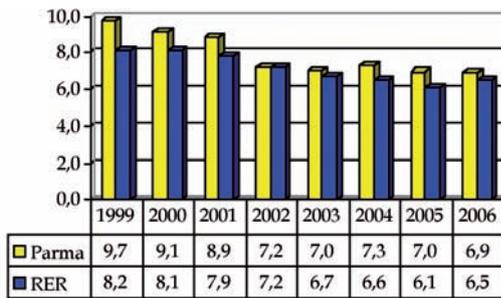
Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

## Metallurgia

Anche in questo Grande Gruppo continua a registrarsi a Parma la diminuzione dell'indice infortunistico, con un calo tendenziale nel 2006 rispetto al 2000 pari a 24%; tuttavia differente è l'andamento nei due gruppi di lavorazione più significativi, che costituiscono anche i settori di interesse regionale.

Nel Gruppo Metalmeccanica l'indice di incidenza documenta una progressiva e costante diminuzione (- 32.6%), attestandosi nel 2006 ai livelli più bassi mai registrati dal 2000. Nel Gruppo Macchine, il calo tendenziale è altrettanto evidente (- 24.4% rispetto al 2000), ma più fluttuante, osservandosi nell'ultimo triennio un modesto incremento dopo il valore più basso registrato nel 2003.

Fig.33 Metallurgia - Indice di incidenza



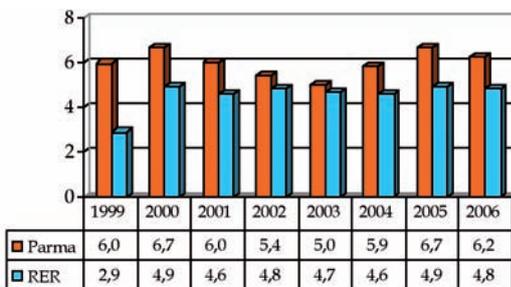
Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

## Sanità e Servizi Sociali

Questo aggregato di attività merita un'attenzione particolare per i connotati che assume l'indice infortunistico nel contesto locale, che si caratterizza per valori sempre sensibilmente superiori al dato medio regionale e per un andamento fluttuante nel tempo con lieve diminuzione nel 2006 rispetto al 2005 (- 6.6%).

L'elevata frequenza di eventi è elemento che ha orientato i SPSAL ad attuare tra il 2005 e 2006 uno specifico piano di intervento nelle strutture socio-assistenziali con un duplice obiettivo: di verificare le modalità di gestione e controllo dei rischi ergonomici connessi alla movimentazione di carichi e pazienti e di valutare il contributo di questo rischio al dato infortunistico del settore.

Fig.34 Sanità e Servizi Sociali



Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

## Altre lavorazioni

Nella tabella seguente sono riportati, per una più completa informazione, l'indice di incidenza 2006 e variazione 2006/2005 per alcune lavorazioni di particolare interesse locale (come ad esempio la produzione alimenti e la lavorazione vetro) o generale.

In tutte le lavorazioni descritte si assiste nel 2006 ad una sensibile riduzione dell'indice di incidenza rispetto al dato del 2000, ma anche il generale incremento dello stesso rispetto all'anno precedente, con la sola eccezione dei Servizi di Pulizia nei quali si registra una diminuzione dell'indice pari a - 22%.

Tab.39 Indice di incidenza 2006 e variazione 2006/2005 in altre lavorazioni

Gruppi INAIL di lavorazioni	2006	2005	2006/2005
Alimenti	6.4	6.06	+5.6%
Chimica	6.76	6.16	+9.7%
Falegnameria/Restauro	7.58	5.98	+26.7%
Lavorazione rocce	15.08	12.14	+24.2%
Lavorazione vetro	8.47	6.47	+31%
Servizi di Pulizia	10.33	13.24	-22%

Fonte: Banca dati INAIL - Osservatorio OREIL

## La gravità degli infortuni

L'analisi della gravità degli infortuni è effettuata ricorrendo ad un parametro semplificato rappresentato dalla percentuale di infortuni con danni permanenti (esiti permanenti + mortali) rispetto al totale degli infortuni.

I dati sembrano documentare negli anni la tendenza verso una maggiore gravità degli eventi: gli infortuni sono complessivamente meno frequenti, ma tendenzialmente più gravi.

L'agricoltura e l'edilizia (esiti permanenti intorno al 6%), in aggiunta ai trasporti, sono le attività lavorative ove gli infortuni risultano più gravi.

L'andamento descritto viene confermato, utilizzando un altro parametro costituito dalla Durata Media degli infortuni che passa dai 26 giorni del 2000, ai 29 giorni del 2005 e 31giorni del 2006.

## Gli infortuni mortali

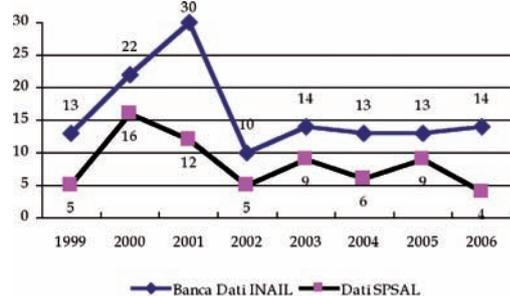
La Banca dati INAIL fornisce il dato di 118 infortuni mortali occorsi a Parma.

L'inclusione degli eventi mortali stradali, che su base regionale pesano in misura variabile tra il 55 ed il 70 % sul totale degli infortuni mortali, si comporta da variabile di confondimento, in quanto considera anche eventi che nulla hanno a che fare con causalità derivante da carenze nelle dinamiche prevenzionistiche, quali appunto gli incidenti stradali e quelli in itinere.

Pare più utile rappresentare il fenomeno considerando anche in particolare gli eventi mortali rispetto ai quali i Servizi PSAL dell'ASL si sono attivati con indagini di Polizia Giudiziaria e riportati nella Relazione Sanitaria Annuale, in quanto avvenuti in ambiente di lavoro e per cause allo stesso collegate.

Nel periodo di osservazione sono state condotte dagli SPSAL indagini su 61 infortuni mortali; la maggior frequenza di questi tragici eventi si è registrata negli anni 2000 e 2001 rispettivamente con 16 e 12 eventi, mentre nel 2004 si è arrestata a 4 casi concentrati in agricoltura (2 eventi) ed in metalmeccanica (2 eventi).

**Fig.35** Eventi mortali occorsi in Provincia di Parma distribuiti per anno di accadimento.



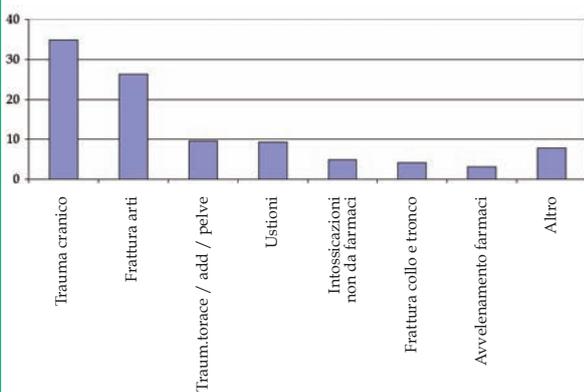
Fonte: Banca dati INAIL e dati SPSAL AUSL di Parma

## Infartuni domestici

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica e la loro prevenzione è stata individuata come obiettivo prioritario nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007.

Il recente rapporto SINIACA “Ambiente casa: la sicurezza domestica dalla conoscenza alla prevenzione” illustra i dati di mortalità disponibili rilevati nel periodo di attività 2000/2001. Quasi la metà degli eventi si verifica in quattro regioni: Lombardia, Piemonte, Emilia – Romagna e Veneto nell’ordine. Nella stragrande maggioranza si tratta di cadute accidentali (68,1%), seguite da ustioni, avvelenamenti e soffocamenti. La distribuzione per causa di morte vede al primo posto il trauma cranico così come evidenziato in figura 36.

**Fig.36** Distribuzione degli infartuni per causa di morte



Fonte: Rapporto SINIACA periodo di attività 2000/2001

La cucina è senz’altro il luogo dove si verifica il maggior numero di incidenti, seguita dalle scale; ma considerato che la cucina è un ambiente frequentato in maniera continuativa essendo il luogo più vissuto della casa, bisogna concludere che le scale ed i ballatoi, luoghi solo di passaggio, sono senz’altro i più pericolosi e spesso sono sede di cadute che coinvolgono anziani che comportano gravi conseguenze.

Per quello che riguarda la nostra regione, il Piano per la Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici è stato adottato dalla Giunta Regionale nel marzo 2006,

sono continuati i lavori dei sottogruppi regionali nella definizione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale, nello specifico operatori dell’Azienda hanno partecipato ai lavori per predisporre il materiale per la realizzazione del progetto denominato P2, di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini nella fascia d’età 0/3 anni anche attraverso la proposta di visita domiciliare per valutare insieme ai genitori la presenza di elementi di pericolo e/o comportamenti a rischio, e del progetto relativo alla realizzazione di interventi informativo/educativi rivolti agli operatori scolastici delle scuole dell’infanzia ed ai genitori degli alunni.

Si è inoltre giunti alla definizione degli ambiti territoriali in cui verranno sperimentati i diversi interventi, al fine di valutare l’impatto in termini di costi, considerato che le tipologie di intervento previste sono riconosciute efficaci per quanto attiene ai risultati in termini di prevenzione/riduzione del fenomeno.

## Conclusioni

Dai dati presentati appare come Parma rimanga una provincia ricca, che sembra abbia superato come dimostrano i dati economici ed occupazionali il periodo di recessione degli ultimi anni. All’espansione progressiva ma costante della città, fanno da contrappunto i comuni della cintura che conoscono una sempre maggiore urbanizzazione e crescita economica. Il peso demografico dei cittadini immigrati è tra i più alti della regione, anche in zone non necessariamente industrializzate (montagna) nelle quali vengono impiegati sia in attività agricole che socio-assistenziali, laddove il progressivo spopolamento ha determinato la presenza di un numero sempre maggiore di anziani soli, non più inseriti in un contesto familiare ed amicale di supporto. Il problema dell’integrazione resta aperto ed evidenzia preoccupanti segnali, soprattutto in campo educativo: si vedano ad esempio i dati sui numeri di bocciature/ritardi scolastici.

Inoltre i numeri forniti dalla pubblicazione della Provincia “Figli tra due mondi” ha sottolineato che i minori stranieri accolti nelle strutture di accoglienza nel 2005 sono stati 179 e rappresentano il 30% del totale. Per la maggior parte vengono accolti nelle strutture d’emergenza poiché si tratta di minori soli privi di accompagnatori.

## I Distretti in cifre

Distretto di Parma								
Densità	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥75 anni	% Stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
494,9	Colorno	8.735	9,9%	11,7%	22,2%	18,4%	137,9	51,5
	Mezzani	3.026	10,1%	10,4%	19,6%	16,8%	139,8	53,9
	Parma	177.069	11,5%	9,1%	14,8%	15,1%	193,1	53,3
	Sorbolo	9.295	9,4%	4,7%	6,6%	7,1%	140,1	49,2
	Torrile	7.251	6,3%	9,3%	14,6%	13,2%	87,6	41,9
	<b>Totale</b>	<b>205.376</b>	<b>11,1%</b>	<b>9,0%</b>	<b>14,8%</b>	<b>14,8%</b>	<b>182,0</b>	<b>52,6</b>
<b>Popolazione maschile: 98.158 - Popolazione femminile: 107.218</b>								
<b>Nazionalità più rappresentate: Albania, Tunisia 11% - Moldavia 10%</b>								
<b>Incremento stranieri nel periodo 2002-2007: 83,4%</b>								

Distretto di Fidenza								
Densità	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥75 anni	% Stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
149,9	Busseto	6.896	13,1%	8,7%	22,7%	15,6%	226,0	58,5
	Fidenza	24.296	12,9%	6,5%	12,6%	11,1%	211,2	59,1
	Fontanellato	6.572	11,2%	7,7%	13,5%	11,7%	180,3	54,7
	Fontevivo	5.476	8,6%	9,5%	17,6%	13,2%	138,0	46,1
	Noceto	11.465	10,2%	7,3%	13,6%	11,6%	145,3	52,3
	Polesine P.se	1.481	12,5%	9,6%	27,8%	16,4%	190,0	56,9
	Roccabianca	3.116	13,0%	7,4%	16,7%	12,9%	205,3	59,3
	Salsomaggiore T.	19.720	12,8%	8,5%	16,2%	15,3%	203,1	58,7
	S. Secondo P.se	5.338	12,9%	7,1%	12,6%	12,0%	178,0	56,6
	Sissa	4.085	13,0%	8,0%	16,1%	13,1%	184,1	58,2
	Soragna	4.666	10,7%	7,9%	14,7%	12,9%	156,7	51,9
	Trecasali	3.375	9,5%	7,0%	13,0%	10,7%	133,8	49,8
	Zibello	1.965	16,1%	6,6%	12,7%	11,4%	265,1	65,0
	<b>Totale</b>	<b>98.451</b>	<b>12,1%</b>	<b>7,7%</b>	<b>15,1%</b>	<b>12,8%</b>	<b>187,3</b>	<b>56,3</b>
<b>Popolazione maschile: 48.283 - Popolazione femminile: 50.168</b>								
<b>Nazionalità più rappresentate: Marocco 16% - Albania 15% - India 13%</b>								
<b>Incremento stranieri nel periodo 2002-2007: 121,2%</b>								

Distretto Valli Taro e Ceno								
Densità	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥75 anni	% Stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
31,0	Albareto	2.243	17,0%	2,3%	5,3%	4,1%	317,1	67,1
	Bardi	2.470	21,6%	3,3%	8,8%	8,0%	513,5	79,2
	Bedonia	3.748	15,4%	4,7%	8,1%	9,6%	294,7	65,5
	Berceto	2.296	19,0%	4,5%	11,6%	9,4%	432,2	67,6
	Bore	838	22,2%	1,2%	7,5%	3,5%	670,2	110,0
	Borgotaro	7.093	14,6%	4,2%	6,7%	6,3%	247,7	64,3
	Compiano	1.078	14,9%	4,4%	6,8%	6,3%	294,2	60,4
	Fornovo T.	6.029	12,4%	11,8%	27,6%	18,6%	188,8	59,7
	Medesano	10.091	10,0%	8,2%	16,5%	12,1%	147,9	51,2
	Pellegrino P.se	1.199	19,8%	4,0%	74,0%	8,4%	452,6	80,8
	Solignano	1.892	13,1%	6,0%	12,6%	9,1%	201,4	54,3
	Terenzo	1.227	17,6%	4,5%	6,7%	10,5%	404,0	68,5
	Tornolo	1.214	20,4%	1,2%	0,0%	3,4%	448,0	79,3
	Valmozzola	634	23,2%	6,2%	15,4%	12,0%	576,2	81,1
	Varano M.	2.575	10,3%	5,8%	13,6%	7,6%	145,4	54,5
	Varsi	1.369	25,3%	2,3%	10,7%	7,6%	670,6	91,7
<b>Totale</b>	<b>45.996</b>	<b>14,7%</b>	<b>6,0%</b>	<b>13,8%</b>	<b>10,2%</b>	<b>250,5</b>	<b>63,0</b>	

**Popolazione maschile: 22.771 - Popolazione femminile: 23.225**

**Nazionalità più rappresentate: Marocco 26% - Albania 15%**

**Incremento stranieri nel periodo 2002-2007: 115,1%**

Distretto Sud-Est								
Densità	Comuni	Popolazione residente					Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
		Complessiva	% ≥75 anni	% Stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri		
31,0	Calestano	1.942	15,1%	10,8%	17,2%	18,8%	247,9	61,7
	Collecchio	12.979	10,5%	6,6%	10,8%	10,5%	164,4	52,1
	Corniglio	2.109	22,9%	2,1%	4,5%	4,3%	618,9	81,8
	Felino	7.840	10,1%	5,3%	9,0%	7,7%	147,8	51,0
	Langhirano	9.203	10,5%	10,2%	18,8%	15,4%	147,5	52,5
	Lesignano B.	4.283	8,3%	6,5%	9,1%	8,8%	120,1	44,7
	Monchio d/C.	1.091	22,4%	1,2%	0,0%	4,3%	682,2	84,9
	Montechiarugolo	9.951	9,4%	7,4%	13,8%	12,0%	152,8	50,8
	Neviano A.	3.728	18,5%	7,2%	18,9%	12,3%	325	76,4
	Palanzano	1.263	20,2%	5,6%	11,8%	10,7%	501,1	76,4
	Sala Baganza	5.027	9,4%	7,1%	8,8%	11,9%	140,6	49,8
	Tizzano Val. P.	2.083	18,7%	6,9%	16,2%	13,9%	358,7	71,3
	Traversetolo	8.734	10,4%	8,8%	13,9%	12,4%	145,8	52,7
	<b>Totale</b>	<b>70.233</b>	<b>11,6%</b>	<b>7,3%</b>	<b>12,8%</b>	<b>11,5%</b>	<b>177,7</b>	<b>54,7</b>

**Popolazione maschile: 34.795 - Popolazione femminile: 35.438**

**Nazionalità più rappresentate: Albania 20% - Marocco 16%**

**Incremento stranieri nel periodo 2002-2007: 100,2%**

Indice di vecchiaia: (Popolazione ≥ 65 anni/Popolazione 0-14 anni) x 100

Indice di dipendenza totale: (Popolazione 0 - 14 anni + Popolazione ≥ 65anni/Popolazione 15-64 anni) x 100





# Sezione

## 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);
4. Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
5. Assistenza distrettuale;
6. Assistenza ospedaliera;
7. Qualità dell'assistenza.



## Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

### Sostenibilità economica

#### Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La sostenibilità economica, in larga parte rappresentata attraverso indici, permette di analizzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo, valutare il grado di incidenza dei costi connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi ed infine investire la composizione dei costi caratteristici aziendali. L'Azienda USL di Parma ha chiuso l'esercizio 2007 con un risultato pari a - 5,807 milioni di €; a fronte di finanziamenti regionali incrementali pari a 38,407 milioni di € (+ 6,3 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 38,538 milioni di € (+ 5,7%). Sui costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per beni sanitari e l'accantonamento per rinnovi contrattuali del personale dipendente.

Tab.1 Costi, ricavi e finanziamento regionale - 2005-2007

	2005	2006	2007
Totale ricavi	662.048	673.698	719.998
Totale costi	660.983	676.744	715.282
Finanziamento regionale	597.642	613.128	651.535
Incremento finanziamento regionale	8,12%	2,59%	6,26%

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

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

Tab.2 Risultato d'esercizio

2003	2004	2005	2006	2007
-2.263	-29.112	-5.721	-12.214	-5.807

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

La tabella rappresenta un andamento "ciclico" dei risultati d'esercizio in cui ad anni in cui l'Azienda ha raggiunto un sostanziale pareggio si alternano esercizi in perdita.

#### 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.

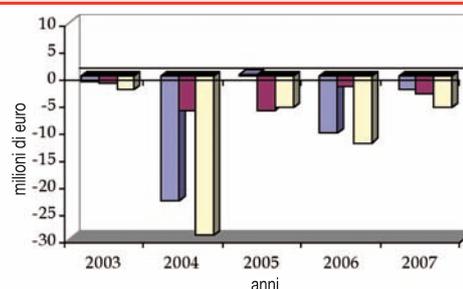
La Tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2003-2007 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

Tab.3 Risultato operativo caratteristico

2003	2004	2005	2006	2007
- 1.082	- 28.744	399	-8.848	-1.686

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

Fig.1 Incidenza sulla gestione caratteristica sul risultato aziendale



Fonte: Regione Emilia-Romagna

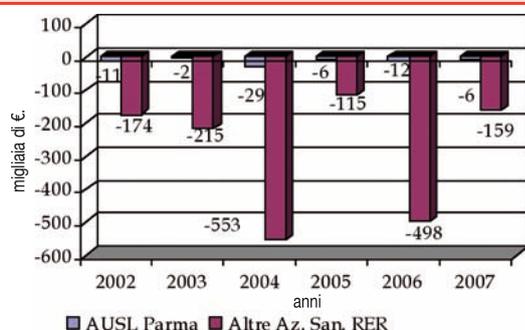
Nell'anno 2003 le due gestioni hanno sostanzialmente contribuito in maniera uguale al risultato d'esercizio,

mentre negli anni 2004 e 2006 la gestione caratteristica ha determinato in modo predominante il deficit aziendale. Il valore negativo relativo alla gestione non caratteristica per gli anni 2005 e 2007 è il risultato degli interessi passivi corrisposti ai fornitori ed alla tesoreria e delle sopravvenienze attive e passive.

## Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

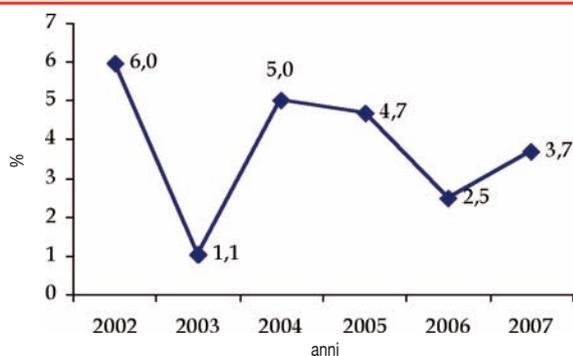
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale (Figure 2 e 3): tranne il 2003, nel quale l'incidenza del risultato dell'Azienda USL di Parma è stata relativamente contenuta (1,1%), in tutti gli altri anni il "peso" della performance aziendale su quella regionale si è mantenuto mediamente pari al 5%.

Fig.2 Confronto risultati d'esercizio con risultati regione Emilia-Romagna



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Fig.3 Risultato netto di esercizio/risultato complessivo regionale



Fonte: Regione Emilia-Romagna

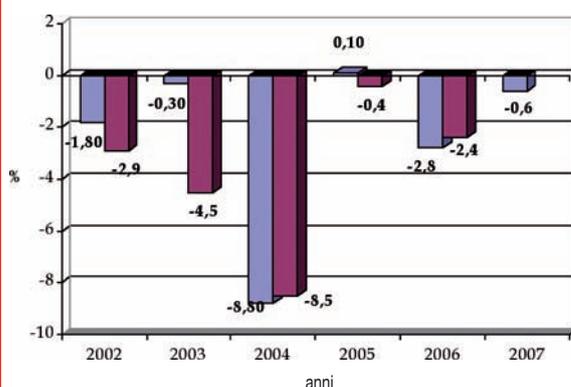
## Trend della performance e della gestione caratteristica

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 è la capacità dei ricavi disponibili di coprire i costi per la gestione caratteristica.

Nonostante un trend crescente, sia a livello regionale che aziendale, dei ricavi disponibili l'indicatore ha regi-

strato un aumento significativo tra il 2003 e il 2004: sono infatti aumentati i costi caratteristici, soprattutto il costo del lavoro, in seguito al rinnovo dei contratti del personale dipendente. La contrazione dell'indicatore nel 2005 è invece il risultato di un aumento dei ricavi disponibili anche in seguito ai maggiori contributi in conto esercizio derivanti dalla scelta regionale di perseguire l'equilibrio dell'intero sistema delle aziende sanitarie.

Fig.4 Incidenza della gestione caratteristica sui ricavi disponibili

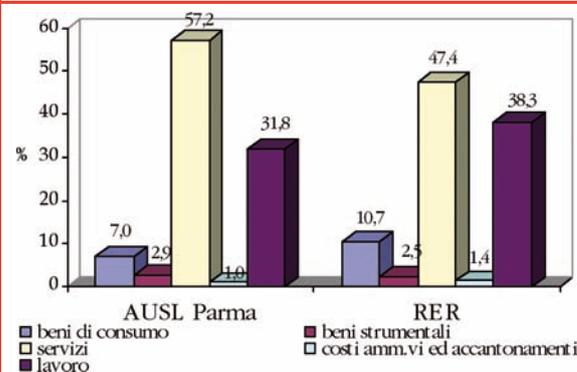


Fonte: anni 2002-2006 Regione Emilia-Romagna ; 2007: elaborazione aziendale

## Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori

È 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, dal 2005 al 2007, 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%.

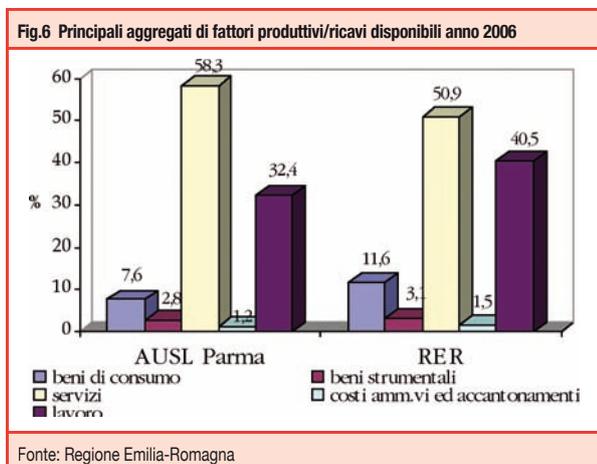
Fig.5 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2005



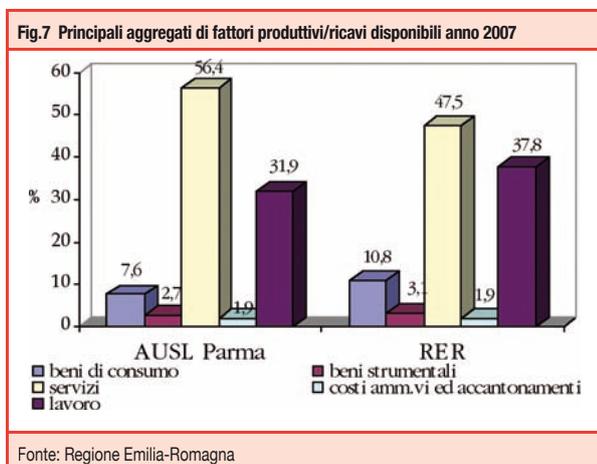
Fonte: Regione Emilia-Romagna

Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale resta sostanzial-

mente invariato anche nell'anno 2005. L'incidenza del costo del lavoro è più bassa a livello aziendale (- 6,5%) che a livello regionale come anche il costo per l'acquisto di beni (- 3,7%) mentre è più alto il costo di servizi (+9,8%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.



Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale resta sostanzialmente invariato anche nell'anno 2006. L'incidenza del costo del lavoro si abbassa ulteriormente rispetto al valore regionale (- 8,1%) come anche il costo per l'acquisto di beni (- 4 %) mentre è più alto il costo di servizi (+7,4 %). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.



Nel 2007 cresce lo scostamento, relativamente all'incidenza del costo dei servizi, tra Azienda USL e dato regionale: passa infatti dai 7,4 punti percentuali del 2006 a 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.

## Struttura dei costi aziendali

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

**Tab.4 Composizione percentuale dei costi d'esercizio AUSL Parma**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consumo beni	5,6%	5,7%	6,8%	7,0%	7,4%	7,6%
Servizi sanitari	53,3%	53,8%	52,6%	51,5%	50,3%	50,1%
Servizi non sanitari	4,2%	4,1%	4,5%	4,6%	4,9%	4,8%
Beni strumentali	2,3%	2,3%	2,8%	2,9%	2,8%	2,7%
Manutenzioni	1,0%	0,9%	0,9%	1,1%	1,3%	1,3%
Costi amministrativi	1,0%	0,9%	1,0%	0,9%	1,2%	1,2%
Accantonamenti	0%	0,7%	1,4%	0%	0%	0,7%
Costo del lavoro	32,6%	31,6%	31,3%	31,8%	32,1%	31,7%

Fonte: Regione Emilia-Romagna

## Grado di attrazione delle strutture aziendali

Un dato significativo che evidenzia la capacità dell'Azienda di attrarre utenti da altre zone geografiche è il rapporto tra la mobilità attiva e la mobilità passiva. I flussi di mobilità attiva o passiva vengono quantificati economicamente facendo riferimento alle tariffe, definite a livello regionale e/o nazionale, che le Aziende Sanitarie applicano alle prestazioni sanitarie rese a persone non residenti nell'ambito territoriale 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.

**Tab.5 Mobilità attiva e mobilità passiva**

	2004	2005	2006	2007
Mobilità attiva	28.380	29.877	31.476	32.006
Mobilità passiva	205.354	215.697	219.916	236.569
Mobilità attiva/mobilità passiva x100	13,8	14,1	13,8	13,5

Fonti: Regione Emilia-Romagna; 2006: elaborazione aziendale  
Valori espressi in migliaia di euro

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

Poiché nel territorio si trova l'Azienda Ospedaliero-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.

I residenti del territorio che si rivolgono ad altre strutture per la quasi totalità si indirizzano all'Azienda Ospedaliera di Parma (81%).

Rispetto alla capacità di attrazione media delle Aziende

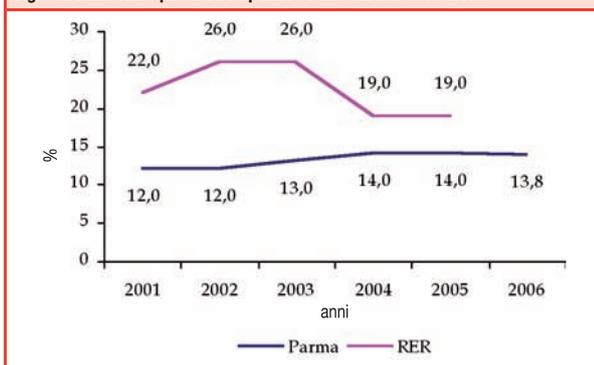
**Tab.6 Mobilità passiva verso AOSP Parma e verso altri**

	2004	2005	2006	2007
Mobilità passiva totale	205.354	215.697	219.916	236.569
Mobilità passiva vs. altri	165.800	176.645	179.245	193.147
Mobilità passiva AOSP	80,7%	81,9%	81,5%	81,6%

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

del gruppo omogeneo, l'Azienda USL di Parma evidenzia una capacità media inferiore come si evince dal grafico seguente:

**Fig.8 Mobilità attiva/passiva ausl parma ed altre aziende usl della rer**



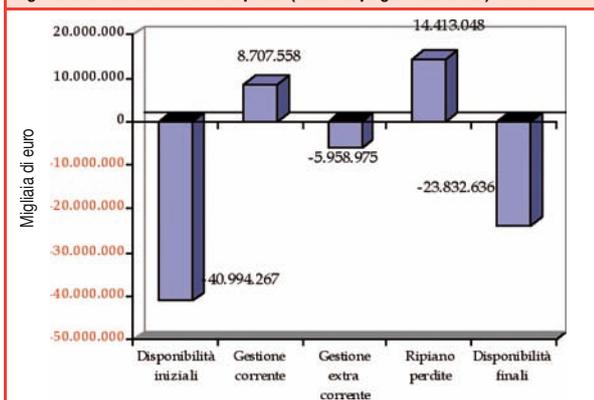
## Sostenibilità finanziaria

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.

**Fig.9 Rendiconto finanziario di liquidità (fonti - impieghi condensato) - 2007**



La gestione corrente ha ridotto il fabbisogno finanziario di circa 17 milioni di €, concomitante ad un miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori, seppure contenuto. Il miglioramento complessivo della gestione finanziaria deriva principalmente da un intervento straordinario di cassa deliberato nel primo semestre 2007 per complessivi 54 milioni di €, parte dei quali destinati a copertura perdite anni precedenti, da parte della Regione Emilia-Romagna mirato a ridurre l'esposizione debitoria delle Aziende. Inoltre si registrano nell'esercizio di riferimento due incassi di importo abbastanza significativo derivanti dalla alienazione di immobili aziendali non più destinati all'attività caratteristica.

## 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. La mancata corresponsione per cassa delle quote di fondo sanitario ha determinato negli anni una sempre più difficile situazione finanziaria che si è tradotta in un aumento dell'ammontare del debito scaduto ed in un progressivo allungamento dei tempi di pagamento verso i fornitori che ha generato contenzioso ed ulteriori passività per interessi di mora.

Per l'Azienda USL di Parma la durata media di esposizione verso i fornitori per l'anno 2007 è stata di 153 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva.

**Tab.7 Situazione dei debiti verso i fornitori per acquisti beni e servizi**

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
188.748.367	215.187.532	475.249.445

Fonte: Bilancio aziendale anno 2007

## 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, ed inoltre 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 2007 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

Tab.8 Stato patrimoniale anno 2007

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	55%	89%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	1%	Finanziamenti a medio lungo
Immobilizzazioni	44%	10%	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2007

La lettura dei grafici negli anni evidenzia come gli investimenti per l'Azienda USL di Parma siano prevalentemente costituiti da liquidità, ovvero da crediti aperti verso la Regione, Aziende Sanitarie ed altri soggetti pubblici e privati, con una percentuale di incidenza sul totale delle attività che rimane mediamente stabile e pari a circa il 55%. Per quanto riguarda invece gli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali scende dal 46% del 2006 al 44%.

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. Il loro andamento è rimasto sostanzialmente stabile rispetto al 2006.

Fig.10 Stato patrimoniale 2005-2007 attività

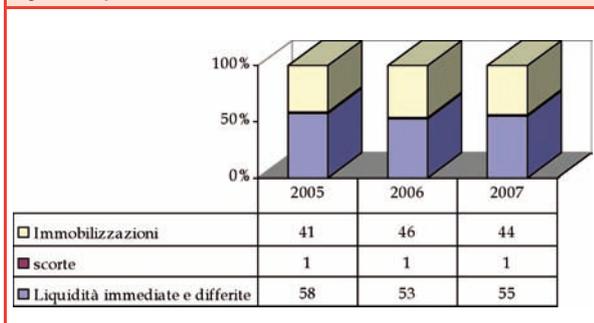
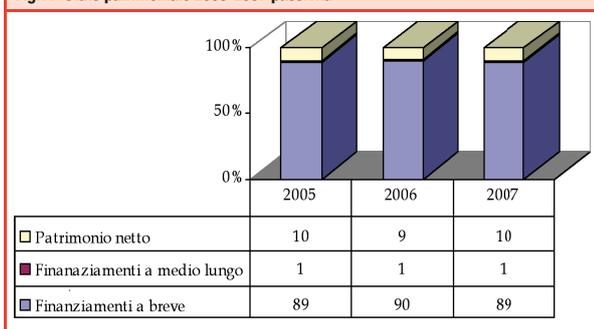


Fig.11 Stato patrimoniale 2005-2007 passività



## Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Per ciò che attiene gli investimenti effettuati nel triennio 2003-2007 la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale viene così rappresentata:

Tab.9 Investimenti

Investimenti	2003	2004	2005	2006	2007
Terreni	187,98	0	0	0	0
Fabbricati	1.610.054,10	60.278.240,14	16.843.955,41	1.514.175,00	6.016.868,69
Impianti e macchinari	0	22.327,65	6.260,99	3.416,40	35.696,00
Attrezzature sanitarie	1.746.498,54	8.100.119,31	1.654.220,94	1.152.575,20	1.547.265,33
Mobili e arredi	270.382,25	2.003.975,69	404.355,76	302.027,33	320.490,13
Automezzi	99.825,83	60.904,65	261.404,70	59.722,58	132.884,58
Altri beni	497.862,07	1.523.965,48	801.658,21	491.318,76	796.715,27
Totale	4.224.622,79	71.989.532,92	19.971.856,01	3.532.235,27	8.849.920,00

Fonte: Bilanci aziendali

Nell'anno 2003 sono stati conclusi lavori di manutenzione straordinaria iniziati in precedenza; l'anno 2004 ha visto la messa in funzione del nuovo Presidio Ospedaliero di Vaio con conseguente acquisto di nuove attrezzature, mobili e arredi, impianti e macchinari, inoltre sono stati completati anche l'edificio del Polo Socio Sanitario di Langhirano e del Poliambulatorio di Traversetolo. Nel 2005 sono stati effettuati alcuni interventi presso gli stabilimenti di San Secondo e Fidenza, nonché completati i lavori per il Centro Dialisi e per il Centro Cure Progressive di Langhirano. Nel 2006 l'Azienda ha ricevuto dal Comune di Borgotaro due edifici siti in località Pontolo destinati all'attività istituzionale. Nel 2007 si sono conclusi i lavori per l'adeguamento degli Ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro è stato inoltre acquistato un edificio a Parma dove sorgerà il nuovo Polo Pediatrico.

Tab.10 Contributi in conto capitale

Contributi	2003	2004	2005	2006	2007
Totale	3.339.904,60	7.790.899,29	471.880,00	2.811.759,96	500.641,43

Fonte: Bilanci aziendali

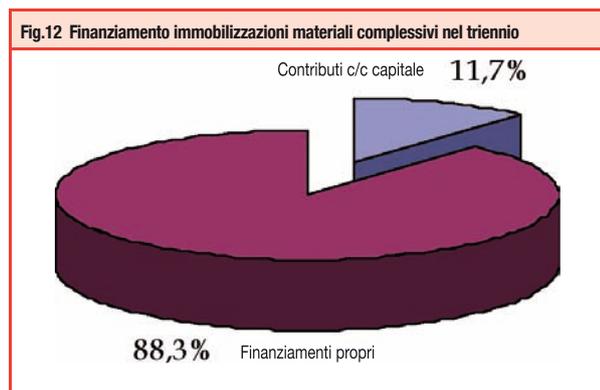
I contributi concessi nell'anno 2003 erano per lo più destinati all'adeguamento ex D.L. 626/94 del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro (€ 2.065.828); i contributi dell'anno 2004 erano destinati quasi totalmente al Polo socio sanitario di Langhirano (€ 5.167.311) e al Presidio Ospedaliero di Vaio (€ 2.197.008). Per il 2005 l'importo è stato quasi interamente destinato al Centro Dialisi di Langhirano, mentre i restanti 51.000 € sono stati utilizzati per l'acquisto di attrezzature per il PO di Fidenza-San Secondo. I contributi del 2006 erano soprattutto relativi alla riqualificazione dei servizi radiologici e poliambulatori del Distretto di Parma ed alla innovazione tecnologica in odontoiatria.

I contributi dell'anno 2007 sono così determinati:

- € 279.000 per innovazione tecnologica in odontoiatria (Delibera Giunta Regionale 1138/2007);
- € 61.130,84 per progetti vincolati;
- € 160.510,59 come plusvalenza per vendita di immobili aziendali non più destinati ad attività caratteristica.

Parte dei contributi erogati non sono stati ancora utilizzati.

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



## Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio

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

**Tab.11 Investimenti aziendali netti**

Investimenti	2003	2004	2005	2006	2007
Immob. immateriali	560.907,38	572.259,31	691.773,17	1.001.924,37	663.178,76
Fabbricati strumentali	1.476.998,66	42.914.694,94	16.799.076,57	1.458.559,71	5.918.367,78
Impianti e macchinari	0	22.327,65	6.260,99	3.416,40	35.696,00
Attrezz. sanitarie	1.746.498,54	8.100.119,31	1.654.220,94	1.152.575,20	1.547.265,33
Mobili e arredi	270.382,25	2.003.975,69	404.355,76	302.027,33	320.490,13
Altri beni	497.862,07	1.523.965,48	801.658,21	551.041,34	929.599,85
Immob. materiali in corso ed acconti	28.044.391,75	0	0	3.157.409,99	2.190.175,01
<b>Totale</b>	<b>32.597.040,65</b>	<b>55.137.342,38</b>	<b>20.357.345,64</b>	<b>7.626.954,34</b>	<b>11.604.772,86</b>

Fonti: Bilanci aziendali

Nel 2006 l'Azienda ha sottoscritto azioni speciali con limitati diritti patrimoniali emesse dalla Società CUP 2000 SPA per un valore di € 5.000,00. I soci fondatori della Società partecipata sono la Regione Emilia Romagna, la Provincia di Bologna, il Comune di Bologna, l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL di Imola, l'Azienda Ospedaliera S. Orsola - Malpighi e gli Istituti Ortopedici Rizzoli.

## Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

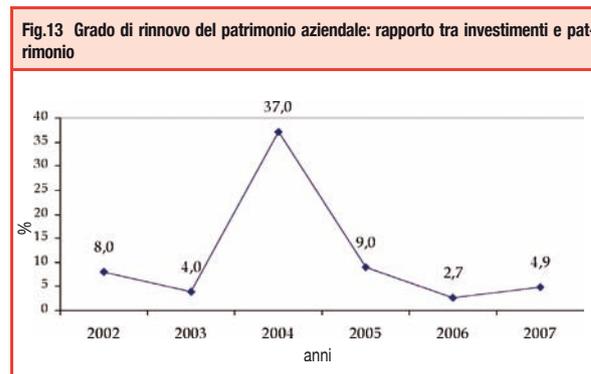
I nuovi investimenti nel periodo di riferimento rapportati al totale del patrimonio aziendale, immobiliare e mobiliare, mettono in evidenza il grado di rinnovo del patrimonio stesso. Maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio. Nella tabella seguente è possibile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

**Tab.12 Investimenti e patrimonio**

	2003	2004	2005	2006	2007
Investimenti	4.787.721,15	72.563.796,23	20.404.229,48	4.525.159,64	9.513.098,76
Totale immob.	121.067.861,32	193.547.214,78	215.577.259,90	170.585.882,36	195.118.121,01
Investimenti totale immob. x100	3,9	37,5	9,5	2,7	4,9

Fonti: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso, ma comprendono i fabbricati non strumentali. Il 2004 ha coinciso con il completamento di grandi opere strutturali iniziate in precedenza, come per esempio la messa in funzione del nuovo Presidio Ospedaliero di Fidenza. Questo trend è illustrato nel grafico seguente:



## 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.

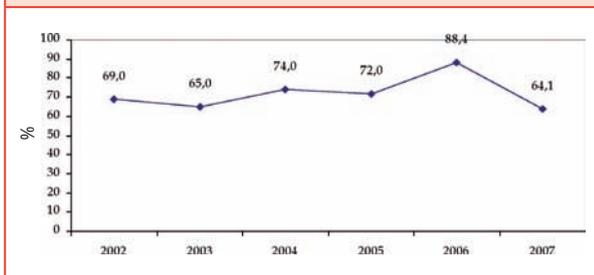
**Tab.13 Obsolescenza aziendale**

	2003	2004	2005	2006	2007
Residuo da ammortizzare	78.311.229,72	144.125.685,33	155.753.055,21	150.797.585,10	125.096.772,20
Totale immobilizzazioni	121.067.861,32	193.547.214,78	215.577.259,90	170.585.882,36	195.118.121,01
Residuo da ammortizzare / totale immobilizzazioni x100	64,7	74,5	72,2	88,4	64,1

Fonti: Bilanci aziendali

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

**Fig.14 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 2.411 dipendenti, pari all'1,3% dell'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 anni ed è passato dai 2.305 del 2002 ai 2.411 del 2006 (+ 4,7 %). L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (70,8%), 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 (70,3%). A questi occorre poi aggiungere 628 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 1.083 unità pari a 2,6 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).

**Tab.14 Numero dipendenti totali e suddivisi per ruolo**

Ruolo	Contratto	2003	2004	2005	2006
Sanitario	Medici e Veterinari	381	392	396	397
Sanitario	Dirigenti Sanitari	54	55	59	58
Professionale	Dirigente Professionale	5	6	7	7
Tecnico	Dirigente Tecnico	4	4	4	4
Amministrativo	Dirigente Amministrativo	17	19	18	18
Tot. Dirigenti		461	476	484	484
Sanitario	Comparto sanitario	1.203	1.214	1.241	1.241
Tecnico	Comparto tecnico	315	322	331	356
Amministrativo	Comparto amministrativo	326	334	335	330
Tot. Comparto		1.844	1.870	1.907	1.927
Totale Dipendenti		2.305	2.346	2.391	2.411

**Tab.15 Numero MMG, PLS e medici ambulatoriali**

Anni	Specialisti Titolari Sostituiti	Incarichi a tempo determinato	Medici di Medicina Generale	Pediatr Libera scelta	Medici di Guardia Medica
2003	99	5	317	50	138
2004	104	8	318	52	143
2005	117	12	318	54	153
2006	120	5	310	56	137
2007	113	7	309	53	144

**Tab.16 Emolumenti (Migliaia di Euro)**

	2003	2004	2005	2006	2007
Personale dipendente	91.913	99.953	102.076	109.621	110.695
Personale convenzionato	34.950	35.792	40.880	44.360	46.974
MMG e pediatri	28.846	29.481	33.260	36.701	39.085
Specialisti interni	3.752	3.823	4.503	4.436	4.699
Guardia Medica	2.352	2.488	3.117	3.223	3.190
Totale	126.863	135.745	142.956	153.981	157.669

Fonti: Bilanci aziendali

### Impatto sociale

**Tab.17 Lasciti e donazioni da cittadini e da altri**

	2003	2004	2005	2006	2007
Da cittadini	5.202,53	2.450,00	25.888,00	61.727,44	11.602,00
Da fondazioni bancarie	0	882.000,00	923.592,45	908.000,00	-
Da altri	26.047,78	187.594,83	355.637,00	658.743,92	409.282,02
Totale	31.250,31	1.072.044,83	1.305.117,45	1.628.471,36	420.884,02

Fonti: Bilanci aziendali

### Impatto culturale

Il patrimonio dell'Azienda USL di Parma è costituito da beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici. I beni che lo compongono hanno visto il susseguirsi di vicende storiche, politiche e amministrative, oltre a trasformazioni che nel corso dei secoli hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria.

Queste opere rivestono spesso un notevole interesse, in quanto strettamente legate alla storia sociale, culturale e artistica presente in tutta la Regione Emilia-Romagna.

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.



- **Ospedale Ugolino da Neviano:** fondato da Ugolino da Neviano 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. Vi erano in principio ricoverati i 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.



Fra le proprietà dell'Azienda un dipinto su tela raffigurante "La Sacra Famiglia" di epoca settecentesca (attualmente allocato 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 allestita una mostra dei dipinti nelle sale d'ingresso dello stabilimento ospedaliero in concomitanza con le manifestazioni, organizzate dal Comune di Fidenza, 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

La mobilità all'interno di un territorio si sviluppa in funzione delle attività insediate e dell'offerta di trasporto in essa presente. Le aree densamente urbanizzate sono, quindi, un luogo ad elevata mobilità, quasi sempre in condizioni insoddisfacenti sia per la bassa velocità media di percorrenza, che per il negativo impatto ambientale ed economico. La previsione di un'ulteriore crescita della domanda di mobilità nel futuro e il relativo peggioramento del traffico conseguente, crea la necessità di adottare strategie per una mobilità sostenibile. Dove per "sostenibile" si intende la correlazione tra le diverse forme di mobilità, la sicurezza dei cittadini, la qualità dell'aria e quella dei servizi offerti nelle varie forme modali: soddisfare la necessità di spostarsi, ma potendo scegliere il modo ottimale (per se stessi e per la comunità) per farlo.

Pertanto, occorre che l'intervento di management sia diretto a promuovere interventi e iniziative per realizzare anche un mutamento delle abitudini acquisite dalla massima parte della popolazione, soprattutto per ridurre l'uso dell'autovettura privata a favore di sistemi alternativi.

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), con l'obiettivo di coinvolgere aziende e lavoratori nella progettazione e gestione delle soluzioni alle problematiche della congestione del traffico urbano relativamente agli spostamenti casa-lavoro.

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

L'attuazione del PSCL passa attraverso quelle fasi programmatiche che meglio consentono il raggiungimento delle finalità fissate.

In buona sostanza, tutte le azioni devono mirare ad assicurare il soddisfacimento dei bisogni di mobilità, ma con un occhio di riguardo ai consumi energetici, ai costi

ambientali, sociali ed economici.

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

Tab.18 Benefici di un Piano di Spostamenti Casa-Lavoro

	Per i dipendenti	Per l'Azienda
Economici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minori costi del trasporto</li> <li>- Possibilità di premi economici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesso ai fondi ministeriali</li> <li>- Introiti dalla tassazione delle aree di parcheggio</li> </ul>
Mobilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione dei tempi di spostamento</li> <li>- Diminuzione del rischio di incidenti</li> <li>- Maggiore regolarità nei tempi di trasporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regolarità di arrivo dei propri dipendenti</li> <li>- Riduzione delle aree di parcheggio usufruibili per altre finalità</li> <li>- Aumento dell'accessibilità aziendale</li> </ul>
Personali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minore stress psicofisico da traffico</li> </ul>	
Clima		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilità di creare una condizione di maggiore socializzazione tra i dipendenti</li> <li>- Possibilità di offrire un servizio utile ai propri dipendenti, con eventuali vantaggi, seppure indiretti, in termini di dedizione al lavoro</li> </ul>
Immagine aziendale		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rafforzamento dell'immagine aziendale</li> </ul>

Anche l'AUSL di Parma si è dotata di questi strumenti, nominando un Mobility Manager Aziendale che, come tutti i Mobility Manager delle Aziende presenti sul territorio, si relazionerà con il Mobility Manager d'Area del Comune di Parma.

L'Azienda, con il suo Progetto del PSCL, si è inserita nel programma di mobilità di Area del Comune di Parma, e ha coinvolto i 108 dipendenti del Distretto Parma Città di V.le Basetti la cui collaborazione è stata ottima. L'80% del ritorno dei questionari compilati ha consentito importanti considerazioni.

Il 78,5% risiede in città, con distanze medie di 4,4Km e tempi di percorrenza di 17'; il 20,3% risiede nell'ambito della provincia e l'1,2% fuori provincia, con distanze medie di 23Km e tempi di percorrenza di 20' e 36'. Nell'uso dei mezzi di trasporto spicca, per ovvie ragioni, l'uso dell'auto propria (64%) tra i non residenti in città e per i residenti un uso più omogeneo di auto, bus e bicicletta (risp. 34%, 25% e 23%), ma con l'arrivo della bella stagione aumenta il ricorso alle due ruote.

Purtroppo, fra le motivazioni alla scelta di mezzi propri spicca una insoddisfazione di varia natura del Trasporto Pubblico Locale (TPL) (assenza di collegamenti diretti o più favorevoli, coincidenze sfavorevoli, irregolarità delle corse, tempi di percorrenza troppo lunghi, fermate troppo distanti...). Ma dalle domande relative alla disponibilità di passare dall'auto propria all'utilizzo di mezzi alternativi, emergono risposte lusinghiere, anche se con qualche richiesta di compensazione.

Quindi, analizzate nel particolare la georeferenziazione dei dipendenti, la situazione logistica delle linee dei bus, delle piste ciclo-pedonali, dei parcheggi scambiatori e quant'altro, si è passati a definire proposte e ipotesi con interventi diretti e indiretti quali, per esempio, maggiore flessibilità degli orari di lavoro, concessione di benefits per gli utenti del TPL, incentivazione ad aderire al "car pooling", ampliamento di piste ciclabili, campagne di informazione. Particolare attenzione è rivolta alla valutazione di quanto attuato attraverso un monitoraggio, con verifica annuale, consentendo una buona qualità delle misure messe in atto.

Infine va considerato che una buona comunicazione rivolta ai dipendenti non potrà non tenere conto della possibilità di trasmettere, sì, valori etici, ma anche i più semplici benefici individuali: meno stress, più regolarità di spostamenti, più sicurezza personale, risparmi economici.

## 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. Tra le azioni intraprese ricordiamo la razionalizzazione delle ore di utilizzo delle strutture sanitarie a carattere non residenziale con accorpamento di alcune attività pomeridiane, l'abbassamento di un grado di temperatura in tutte le strutture ad uso ufficio, la ritaratura degli impianti ad aria e la riduzione notturna dei volumi di ricambio dei comparti operatori.

### RISPARMIO ENERGETICO:

campagna di sensibilizzazione/informazione nei confronti dell'utente/dipendente con consigli tesi all'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.

### 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.

### DIAGNOSI ENERGETICHE:

sono in corso di completamento alcuni studi di fattibilità per la riqualificazione energetica di alcuni edifici di proprietà dell'Azienda.

## Livelli essenziali di assistenza

### Costi e finanziamento

Il costo procapite è costruito come rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento e permette di quantificare l'entità delle risorse impiegate, per il singolo residente, sia a livello complessivo che di singola funzione nell'ambito di una Azienda USL o di un Distretto Sanitario.

L'analisi dei dati riportati per l'Azienda USL di Parma evidenzia un costo per assistito cresciuto del 17,2% nel periodo considerato, inferiore all'incremento del costo per assistito evidenziato a livello regionale e pari al 20,2%. A livello aziendale questi risultati derivano, da un lato, da un aumento dei costi nel periodo 2002-2006 del 21,7% e, dall'altro, da una crescita della popolazione del 3,9%.

Il trend aziendale vede uno scostamento rispetto a quello regionale. Infatti lo scostamento tra valore aziendale del 21,7% e valore regionale del 24,7% mette in evidenza una migliore performance aziendale. Si segnala inoltre come il costo per l'Azienda di Parma sia, nei cinque anni considerati, tra i più bassi nella Regione, secondo solo al valore registrato dall'Azienda USL di Reggio Emilia.

Tab.19 Costi per assistito - 2002-2006

	AUSL Parma			Scostamento % PR vs RER
	Costi	Popolazione	Procapite	
2002	521.163	409.991	1.271,16	
2003	533.183	413.154	1.290,52	
2004	582.190	419.438	1.388,02	
2005	612.390	423.991	1.444,35	
2006	634.444	426.140	1.488,82	
	Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Costi	Popolazione	Procapite	
2002	5.358.265	4.037.095	1.327,26	- 4,2%
2003	5.548.909	4.059.417	1.366,92	- 5,6%
2004	5.969.996	4.101.324	1.455,63	- 4,6%
2005	6.320.685	4.151.335	1.522,57	- 5,4%
2006	6.680.245	4.187.544	1.595,27	- 7,10%

Nota: la popolazione è stata pesata per tenere conto della struttura per età e sesso - differisce pertanto rispetto a quella reale utilizzata in tutte le altre elaborazioni di questa sezione

Il finanziamento per assistito rappresenta invece il rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma nei 5 anni considerati e la popolazione aziendale nei medesimi anni. La quota per assistito di Fondo Sanitario è cresciuta negli anni di oltre il 13% (13,88%), una percentuale lievemente superiore alla crescita della quota a livello regionale, incrementata del 13,43% nel quinquennio 2002-2006.

Fig.15 Costo procapite aziendale e regionale – anni 2002-2006

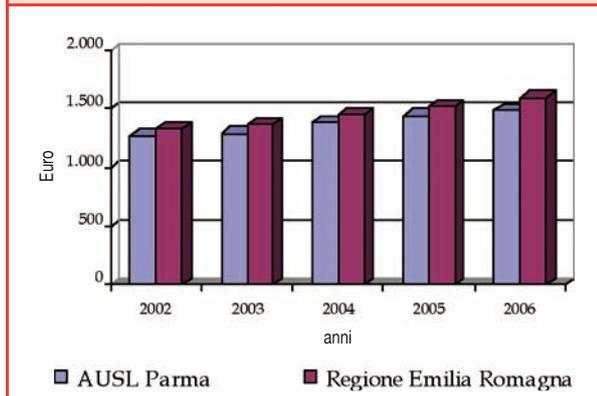
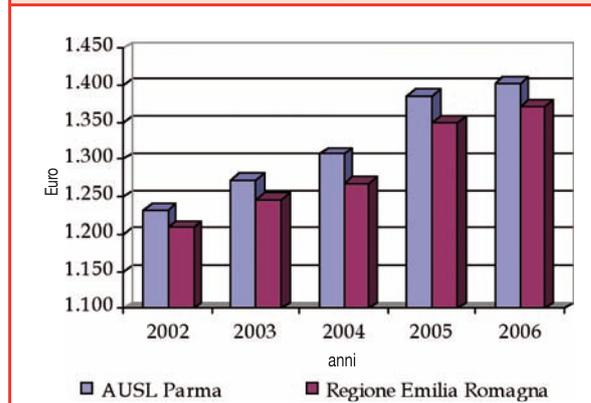


Fig.16 Finanziamento procapite aziendale e regionale – anni 2002-2006



Tab.20 Finanziamento per assistito - 2002-2006

	AUSL Parma			Scostamento % PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	
2002	495.434	402.330	1.231,41	1,9%
2003	514.940	404.722	1.272,33	2,1%
2004	533.220	407.754	1.307,70	3,1%
2005	572.733	413.182	1.386,15	2,8%
2006	584.533	416.832	1.402,32	2,3%

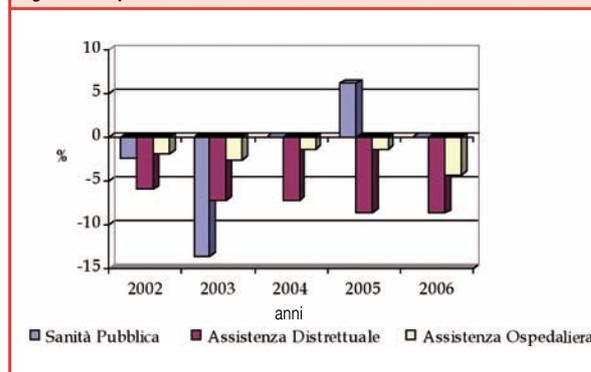
	Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	
2002	4.878.431	4.037.095	1.208,40	1,9%
2003	5.059.502	4.059.416	1.246,36	2,1%
2004	5.200.000	4.101.324	1.267,88	3,1%
2005	5.600.000	4.151.335	1.348,96	2,8%
2006	5.740.000	4.187.544	1.370,73	2,3%

Questa differenza positiva rispetto al finanziamento medio regionale deriva anche dal sistema di ponderazione della popolazione per sesso ed età applicato in sede di ripartizione del finanziamento regionale, un sistema che tende ad assegnare una quota proporzionalmente maggiore di risorse alle realtà caratterizzate da una maggior percentuale di persone anziane: la struttura demografica parmense, contraddistinta da una quota rilevante (10,41% del totale regionale) di persone di età superiore ai 75 anni, contribuisce ad aumentare la quota di risorse per l'assistenza sanitaria.

Tab.21 Costi per livello di assistenza - 2002-2006

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2002	45,26	46,38	673,13	715,57	554,44	565,30
2003	39,53	45,73	694,37	747,97	558,67	573,22
2004	48,34	48,32	741,34	799,44	599,16	607,86
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

Fig.17 Scarto percentuale costi livelli di assistenza – AUSL – RER – anni 2002-2006



La Figura riporta, per ogni livello di assistenza, lo scarto percentuale tra costo per assistito regionale e aziendale: negli anni 2002-2006 l'Azienda USL di Parma risulta aver registrato costi per assistito inferiori rispetto alla media regionale. Nell'anno 2006 per il Livello di Assistenza Sanità Pubblica l'AUSL di Parma registra un costo sostanzialmente in linea con la media regionale, mentre nei Livelli di Assistenza Distrettuale e Ospedaliera si continuano a registrare costi per assistito inferiori rispetto alla media regionale (-8% Assistenza Distrettuale; -4% Assistenza Ospedaliera).

## Assistenza collettiva in ambienti 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 1/4 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, è il tumore più frequente in assoluto.

Già dal 1997 è attivo nella Regione Emilia-Romagna, prima in Italia, un programma di offerta attiva di scre-

ening per la prevenzione dei tumori della mammella e della cervice uterina, a cui si è aggiunto dal 2005 anche quello del colon retto.

Tab.22 Caratteristiche screening

	Popolazione interessata	Cadenza	Tipo di test
Mammella	Donne 50/69 anni	Biennale	Mammografia a doppia proiezione
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap-test
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)

L'impegno per la nostra Azienda è notevole, sia in termini organizzativi che gestionali: infatti, la popolazione interessata da almeno un programma è di oltre 179.000 persone, pari al 43% della popolazione provinciale. Inoltre le donne fra i 50 ed i 64 anni ricevono l'offerta completa di tutti e 3 i programmi di screening (circa 40.000 persone). Si riportano di seguito i dati relativi ai round finora conclusi e quelli di adesione al 31 dicembre 2006 dell'AUSL di Parma confrontati con quelli regionali.

Fig.18 Screening mammografico: adesione al 31/12/2006

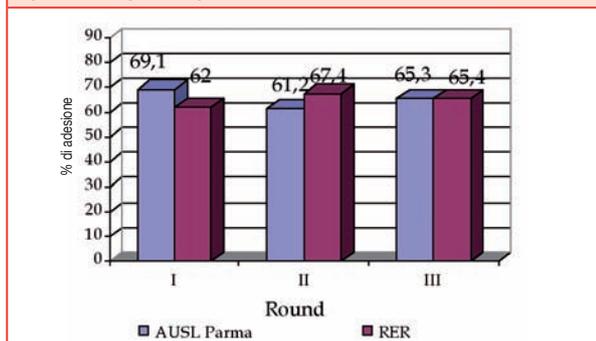


Fig.19 Screening del carcinoma uterino: adesione al 31/12/2006

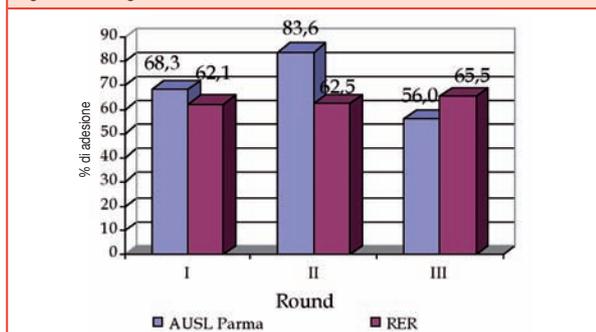
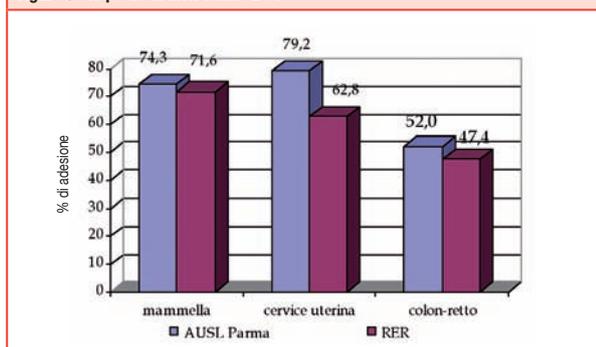


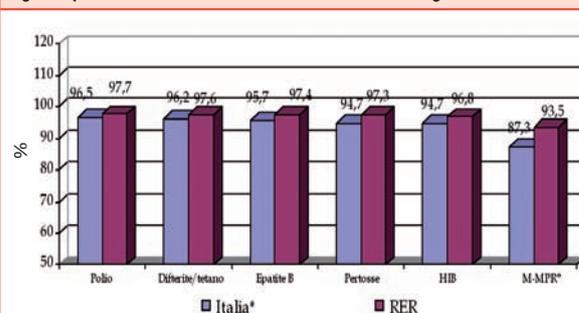
Fig.20 % risposta all'invito: anno 2007



## Copertura vaccinale nei bambini

La copertura vaccinale dell'infanzia presenta da anni nella nostra Regione tassi tra i più elevati d'Italia e superiori in tutti gli indicatori alla media nazionale.

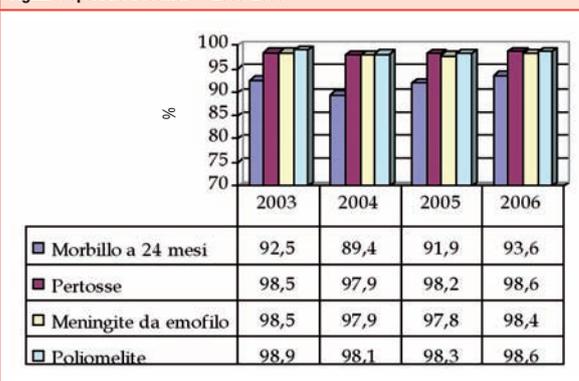
Fig.21 Copertura vaccinale a 24 mesi in Italia ed Emilia-Romagna - 2006



Fonte: "Copertura vaccinale nell'infanzia" - Regione Emilia-Romagna.  
\*Ministero della Salute. Dati al novembre 2007.  
\*M: monovalente morbillo; MPR: morbillo, parotite, rosolia.

La Figura seguente riporta i tassi di copertura vaccinale per i residenti di Parma nel periodo 2003-2006.

Fig.22 Copertura vaccinale - 2003-2006



Il tasso di copertura vaccinale per il morbillo a 24 mesi è aumentato in Regione dall'82,7% del 1996 al 93,7% del 2006. A Parma nello stesso periodo si è passati dal 64,8% del 1996 al 93,6% del 2006. Soprattutto negli ultimi anni, gli sforzi del Servizio di Pediatria di Comunità hanno portato ad una buona copertura vaccinale, ormai in linea con le medie regionali ed a una maggiore uniformità nei Distretti.

Tab.23 Copertura vaccinale morbillo a 24 mesi per Distretto - 2006

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.876	1.710	91,2
Fidenza	861	834	96,9
Valli Taro e Ceno	352	336	95,5
Sud Est	606	578	95,4
Totale	3.695	3.458	93,6

La copertura vaccinale contro la pertosse a 24 mesi è già dal 1998 superiore al 95% in tutta la Regione ed ha raggiunto nel 2006 il 97,3%, con valori omogenei tra tutte le Aziende USL: anche a Parma il dato è confermato con minime differenze tra Distretti.

**Tab.24 Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi per Distretto - 2006**

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.876	1.834	97,8
Fidenza	861	857	99,5
Valli Taro e Ceno	352	352	100,0
Sud Est	606	599	98,8
<b>Totale</b>	<b>3.695</b>	<b>3.642</b>	<b>98,6</b>

Per quanto riguarda la meningite da emofilo si confermano i dati molto positivi degli ultimi anni, con tassi di copertura che a Parma sono superiori alla media regionale, pur partendo da percentuali molto basse nel 2000 e 2001.

**Tab.25 Copertura vaccinale Hib a 24 mesi per Distretto - 2006**

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.876	1.832	97,7
Fidenza	861	854	99,2
Valli Taro e Ceno	352	352	100,0
Sud Est	606	599	98,8
<b>Totale</b>	<b>3.695</b>	<b>3.637</b>	<b>98,4</b>

Relativamente alla poliomielite, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 97,1% per la poliomielite a 4 anni, contro una media regionale di 94,6%.

**Tab.26 Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi per Distretto - 2006**

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.876	1.835	97,8
Fidenza	861	857	99,5
Valli Taro e Ceno	352	352	100,0
Sud Est	606	599	98,8
<b>Totale</b>	<b>3.695</b>	<b>3.643</b>	<b>98,8</b>

I tassi di copertura regionale per la rosolia, infine, sono ancora insufficienti ad eliminare la circolazione del virus e quindi a proteggere le donne in età fertile dalla possibile infezione in gravidanza. Viene quindi richiesto uno sforzo a tutte le Aziende USL per rafforzare la motivazione alla vaccinazione da parte dei ragazzi e delle ragazze, anche in vista dell'attuazione della seconda fase del Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita programmata a partire dal 2007 che si pone come obiettivo l'eliminazione della rosolia congenita entro il 2010 (meno di un caso ogni 100.000 nati vivi).

Nella Regione Emilia - Romagna il tasso di copertura contro la rosolia a 24 mesi è arrivato nel 2006 al 93,5%, mentre le coperture riferite a maschi e femmine a 13 anni, pur in aumento, restano ancora basse, 90,6%.

**Tab.27 Copertura vaccinale rosolia a 13 anni per Distretto - 2006**

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.466	1.273	86,8
Fidenza	781	732	93,7
Valli Taro e Ceno	328	311	94,8
Sud Est	568	533	93,8
<b>Totale AUSL PR</b>	<b>3.143</b>	<b>2.849</b>	<b>90,6</b>
<b>Totale RER</b>	<b>32.644</b>	<b>29.746</b>	<b>91,1</b>

## Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno dell'obiezione è ancora contenuto, ma in costante crescita: dal 1996 al 2006 si è passati dallo 0,2 allo 0,9% dei nuovi nati (coorte 2005), il 67% dei quali residenti nel Distretto di Parma. A Parma nel 2006 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta erano 54 al 24° mese, 43 dei quali, pari quasi all'80%, residenti nel Distretto di Parma (in Regione nello stesso periodo erano 1.011).

## Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Gli sforzi compiuti per promuovere la vaccinazione antinfluenzale hanno portato nel giro di un decennio a raggiungere buoni livelli di copertura, circa il 70% negli ultrasessantacinquenni già nella campagna 2005/2006, anche se tali livelli hanno risentito sia di eventi particolari (pressione emotiva legata all'emergenza aviaria) sia atmosferici (inverni particolarmente miti).

La provincia di Parma, pur restando ultima in Regione, ha compiuto notevoli progressi, soprattutto negli ultimi anni, passando da 48% nella campagna del 2001/2002 al 68,3% per l'ultima campagna.

**Tab.28 Tasso di copertura vaccinale per influenza nella popolazione di età superiore a 65 anni**

Anni	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Parma	48,8	53,3	56,5	62,3	69,0	68,3
Regione	61,2	65,2	69,3	70,8	74,2	74,4

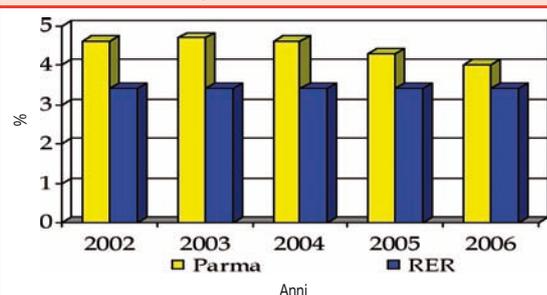
**Tab.29 Proporzioni soggetti vaccinati ultrasessantacinquenni**

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

## Controllo sugli ambienti di lavoro

L'attività di controllo sulla tutela della salute negli ambienti di lavoro è misurata attraverso un indicatore di processo rappresentato dalla percentuale di aziende controllate sul totale di unità produttive esistenti nel territorio. Nel 2006 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'AUSL hanno controllato 1.545 aziende pari al 4,03% del totale delle aziende. L'indice di controllo si mantiene negli anni sostanzialmente stabile e sempre superiore al dato regionale.

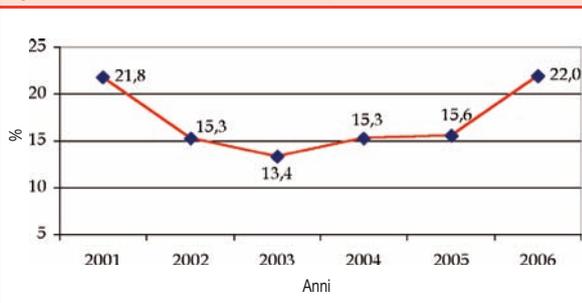
**Fig.23 Percentuale di aziende controllate sul totale delle aziende esistenti nel territorio - confronto dato regionale**



Nelle aziende oggetto di controllo nel 2006 sono stati emanati 340 provvedimenti prescrittivi che hanno portato ad un indice di violazione pari al 22%.

Nella figura sottostante è riportato l'andamento dell'indice di violazione nel periodo 2001-2006; anche in questo caso si registra una sostanziale stabilità dell'indicatore negli anni precedenti, con una nuova impennata nel 2006.

**Fig.24 Andamento dell'indice di violazione nel periodo 2001/2006**



## 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.

**Tab.30 Aziende trasformazione lavorazione confezionamento: percentuale aziende controllate su esistenti**

Anno	Parma	RER
2002	66,1	42,1
2003	67,7	42,5
2004	57,3	39,1
2005	52,7	37,5
2006	46,9	32,9

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.

**Tab.31 Aziende trasformazione lavorazione confezionamento: percentuale aziende con infrazioni su controllate**

Anno	Parma	RER
2002	33,6	21,4
2003	33,9	23,9
2004	19,3	20,8
2005	27,4	26,8
2006	28,5	30,4

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 rispetto 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.

**Tab.32 Ristorazione: percentuale aziende controllate su esistenti 2002-2006**

Anno	Parma	RER
2002	49,7	44,2
2003	51,0	41,9
2004	44,3	40,4
2005	42,0	38,3
2006	31,6	35,4

**Tab.33 Ristorazione: percentuale aziende con infrazioni su controllate**

Anno	Parma	RER
2002	22,1	21,3
2003	25,2	24,9
2004	18,6	32,5
2005	24,3	29,1
2006	22,5	30,6

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.

Tab.34 Numero medio di sopralluoghi per allevamento. Anni 2002-2006

Anno	Parma	RER
2002	3,30	3,67
2003	3,87	4,57
2004	7,14	5,11
2005	7,77	5,12
2006	6,29	4,87

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

## Assistenza distrettuale

### Assetto organizzativo

L'Assistenza distrettuale in ambito aziendale trova una sua distribuzione in tutto il territorio attraverso strutture gestite direttamente dall'Azienda USL, strutture dell'Azienda Ospedaliera e strutture private, con le quali

l'Azienda USL ha stipulato accordi di fornitura o convenzioni. La rete dell'offerta vede una forte polarizzazione su Parma in cui sono presenti, oltre alle strutture dell'AUSL, anche l'Azienda Ospedaliera e gran parte delle strutture private. Gli altri bacini di gravitazione sono incentrati su sedi in cui c'è un presidio ospedaliero: Fidenza, San Secondo e Borgo Val di Taro nonché strutture poliambulatoriali rilevanti (Fornovo, Langhirano). Per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche, è stato istituito 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 comprendono strutture residenziali, semiresidenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali.

In provincia sono infine presenti 129 punti di accesso alla prenotazione distribuiti capillarmente (presenti in 45 comuni su 47) sul 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 alle 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).

Fig.25 Rete Assistenziale - Distretto di Parma

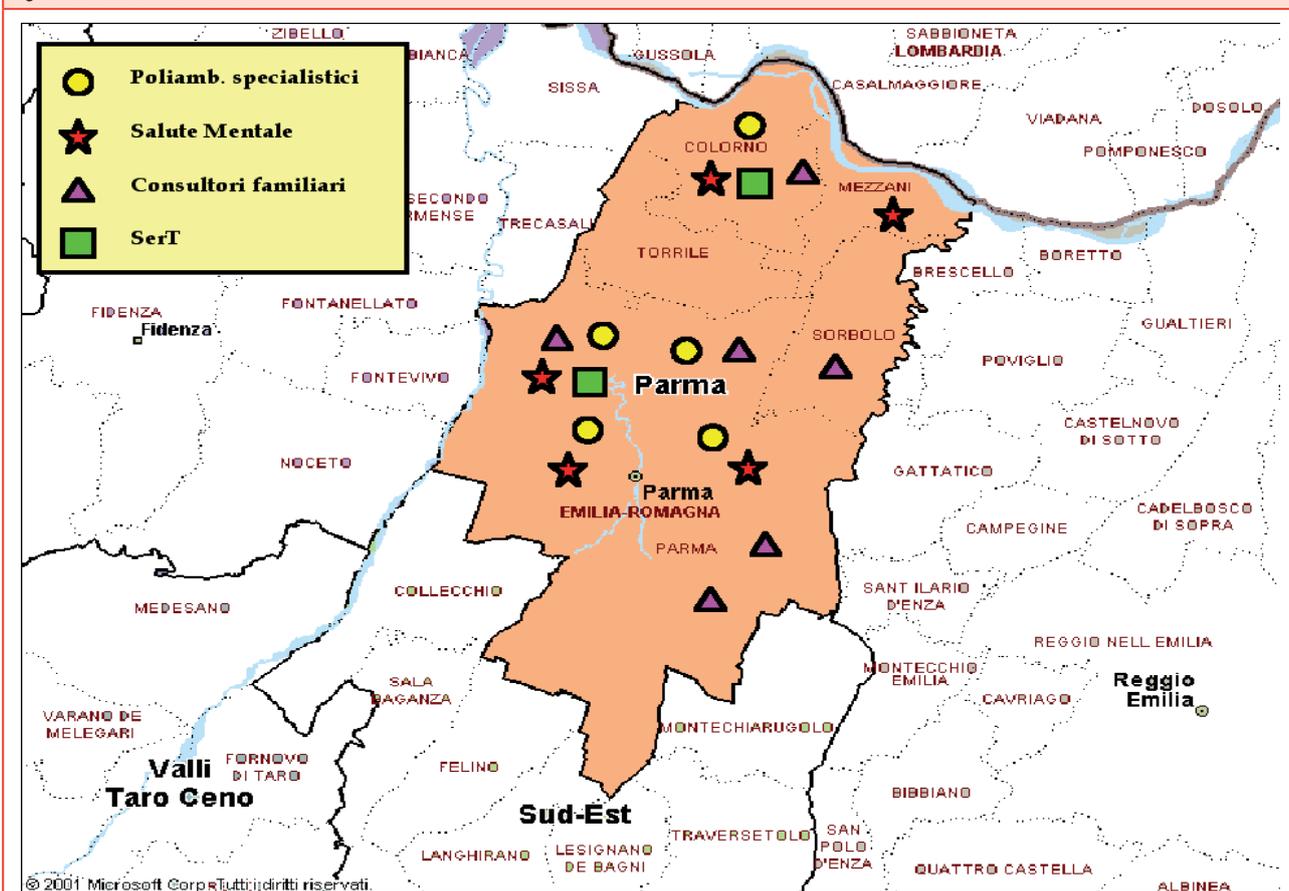


Fig.26 Rete Assistenziale - Distretto di Fidenza

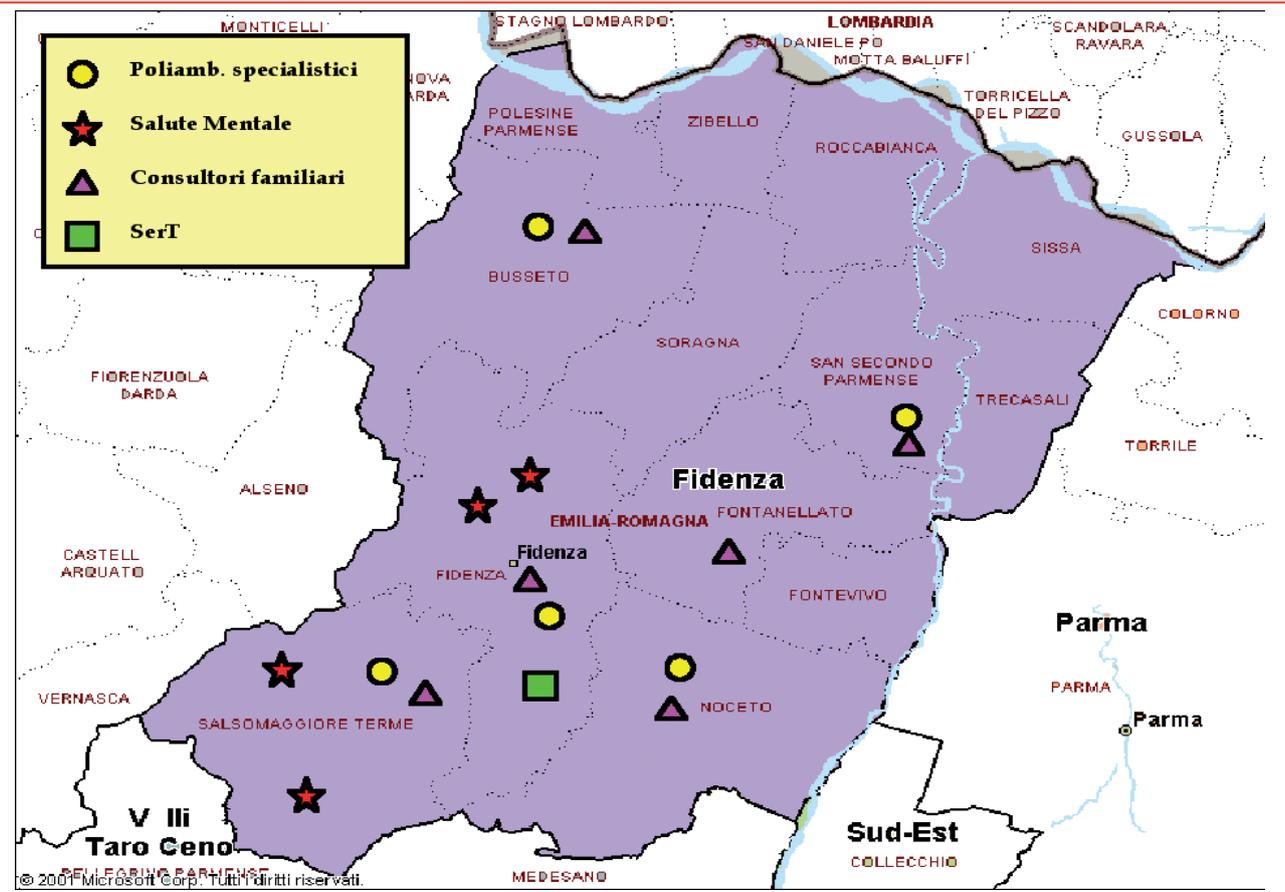


Fig.27 Rete Assistenziale - Distretto Sud-Est

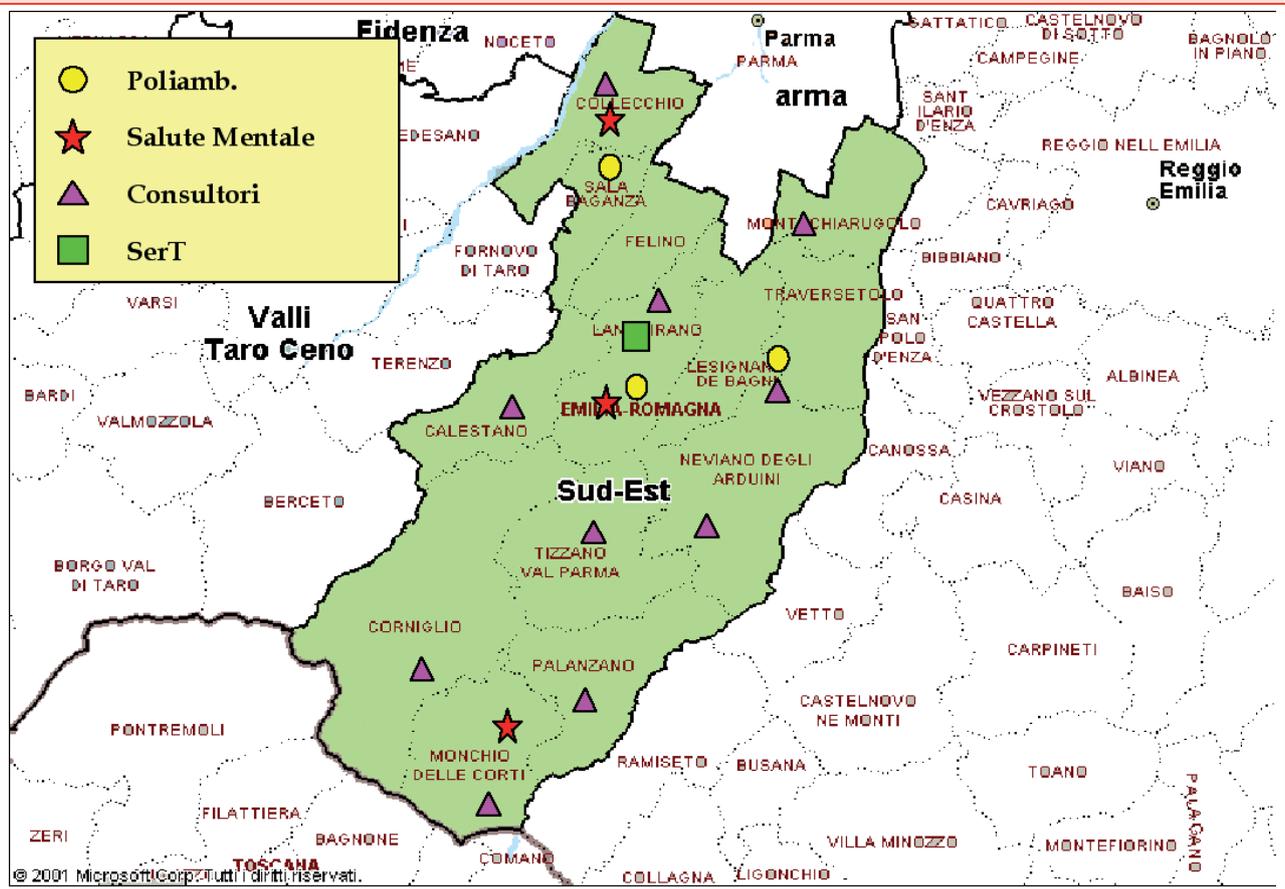
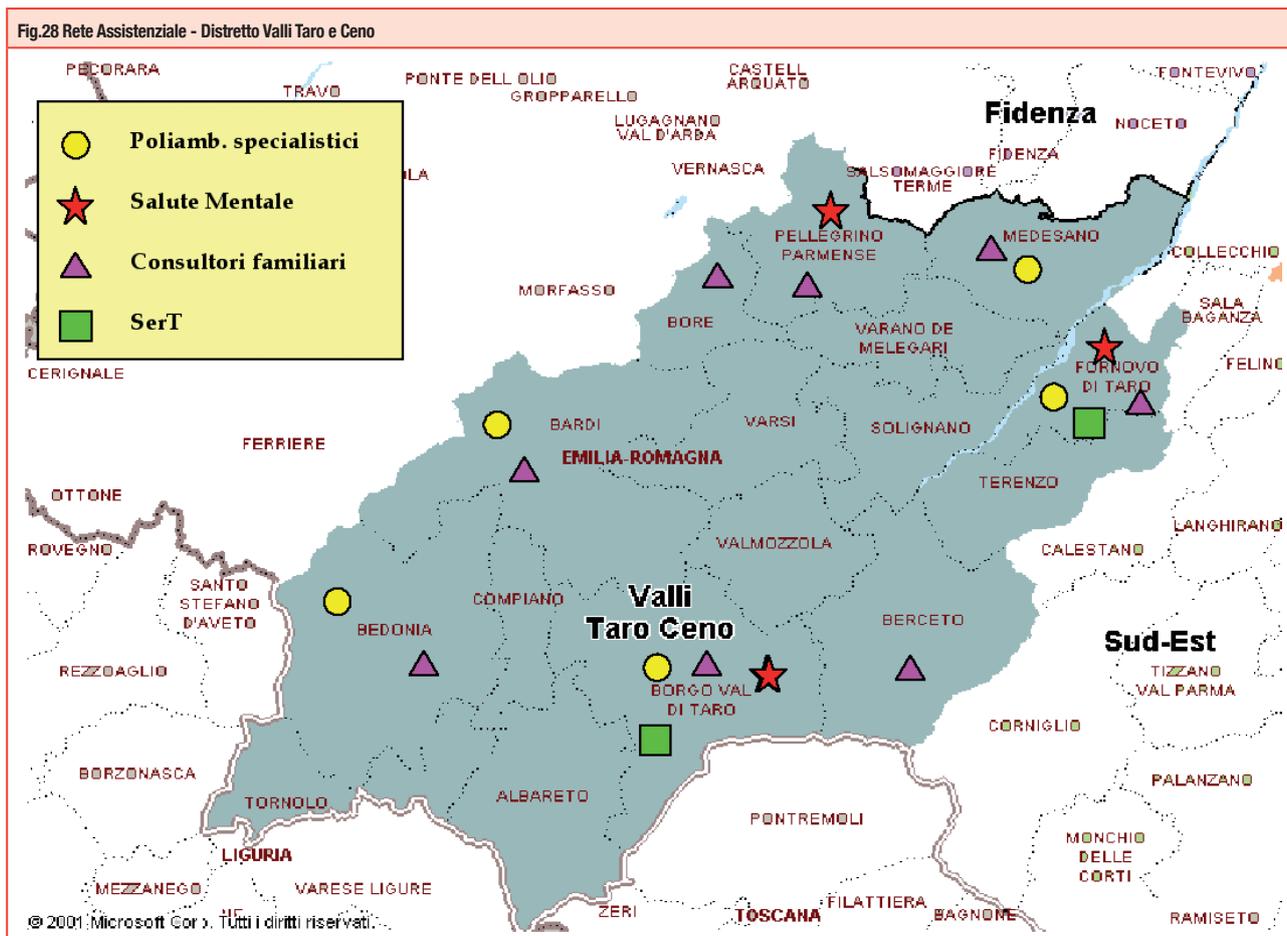


Fig.28 Rete Assistenziale - Distretto Valli Tarò e Ceno



## Assistenza residenziale e semiresidenziale

### Anziani

Il 2007 ha visto un ulteriore rafforzamento dell'offerta, in linea con il potenziamento finalizzato al riequilibrio avviato nel 1999, che ha determinato una disponibilità superiore alla media regionale di quasi 2 posti per 1.000 anziani. In particolare l'aumento è avvenuto nei Distretti di Parma (40 posti di Casa Protetta) e Sud-Est (9 posti di Casa Protetta), la cui offerta era inferiore rispetto alla media provinciale.

Tab.35 Posti letto residenziali (popolazione di età superiore ai 74 anni)

	AUSL Parma		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2003	1.556	46.969	33,1
2004	1.578	47.472	33,2
2005	1.584	48.219	32,8
2006	1.595	49.157	32,4
2007	1.644	49.707	33,1
	Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2003	14.238	443.430	32,1
2004	14.302	451.235	31,7
2005	14.618	461.202	31,7
2006	14.822	481.575	30,8
2007	nd	nd	nd

Analogamente a quanto osservato per i posti letto residenziali, è stata anche progressivamente potenziata l'offerta di posti presso i centri diurni, passati da 401 nel 2002 a 469 nel 2007, con un aumento dell'8% ed un parametro significativamente superiore a quello medio regionale; in particolare il rafforzamento ha riguardato i Distretti di Fidenza (40 posti) e Sud-Est (12 posti).

Tab.36 Posti semiresidenziali (popolazione di età superiore ai 74 anni)

	AUSL Parma		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2003	401	46.969	8,0
2004	411	47.472	8,6
2005	413	48.219	8,6
2006	417	49.157	8,5
2007	469	49.707	9,4
	Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2002	2.192	433.078	4,9
2003	2.328	443.430	5,2
2004	2.436	451.235	5,3
2005	2.459	461.202	5,3
2006	2.592	481.575	5,4
2007	nd	nd	nd

Il numero di posti semi-residenziali, stabilmente superiore al valore regionale, è frutto di una scelta di investi-

mento 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.

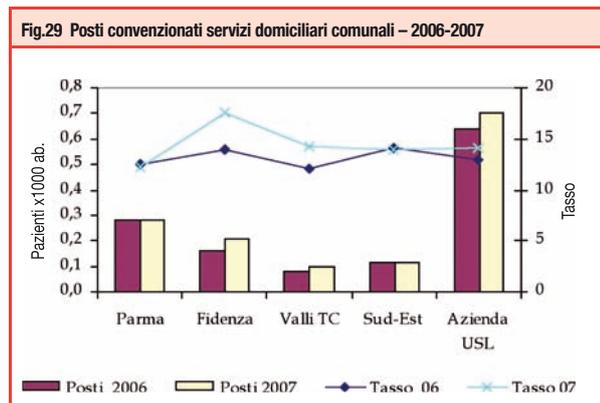
Nel 2007 nel territorio provinciale sono presenti 41 Case Protette e 3 RSA convenzionate, distribuite in 32 Comuni. L'azione di miglioramento della qualità assistenziale nelle strutture protette, secondo criteri di qualificazione dell'accoglienza e della cura, è proseguita mediante percorsi di formazione specifica del personale e l'elaborazione condivisa di linee guida in materia di assistenza sanitaria.

Come già osservato nel corso del 2006, si rileva, a livello provinciale, un sistematico aumento dell'indice di occupazione dei posti semi-residenziali, con particolare riguardo ai distretti extra urbani. La progressiva introduzione di elementi di flessibilità che consentono la possibilità di diversificare la frequenza in termini di orari e giornate e la presenza di progetti individualizzati, ha favorito sempre più l'affermarsi di tale servizio come sostegno ad un progetto di permanenza a domicilio. Il fenomeno più saliente è rappresentato dal significativo aumento delle giornate di frequenza di utenti affetti da demenza e con gravi disturbi comportamentali.

## L'assistenza domiciliare: oneri a rilievo sanitario

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, 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.

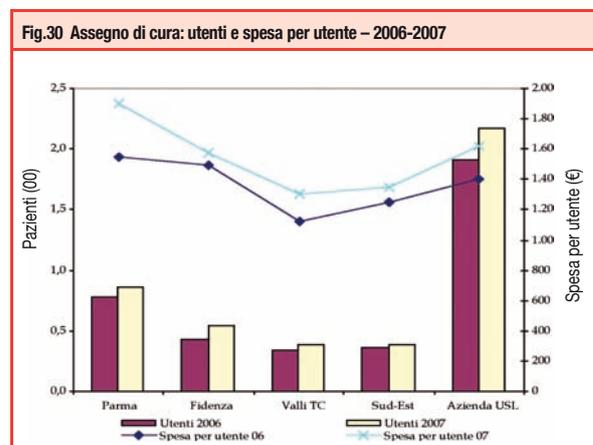
Alla data del 31.12.2007, nel territorio provinciale, gli anziani assistiti secondo questa modalità, con rimborso degli oneri a rilievo sanitario da parte del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, erano complessivamente 702, con un incremento, rispetto all'anno precedente, di 62 posti, di cui 47 nel Distretto di Fidenza e 15 nel Distretto Valli Taro e Ceno. Parallelamente è aumentato il numero di ore di assistenza rimborsate.



## L'assegno di cura

L'assegno di cura, di importo variabile tra gli 11 € ed i 20 € giornalieri a seconda della gravità della persona, è un sostegno economico a favore delle famiglie che assistono in casa propria un anziano non autosufficiente e rappresenta una delle opportunità previste dalla L.R. 5/94; è concesso in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali.

Rispetto al 2006 in cui si era registrata una riduzione del numero di destinatari degli assegni di cura in conseguenza dell'applicazione della DGR 2686/05, che prevede la continuità dei contratti in costanza del bisogno assistenziale, nel 2007, in considerazione della maggior disponibilità di risorse derivanti dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, è stato possibile dare risposta ad un numero più consistente di richieste.



Si conferma infatti il significativo aumento della domanda in tutto il territorio provinciale: è crescente la richiesta da parte delle famiglie di anziani, in gravi condizioni sanitarie o affetti da demenza con gravi disturbi comportamentali. La stragrande maggioranza dei casi è titolare anche di assegno di accompagnamento a conferma della severità del livello di non autosufficienza.

Parallelamente, l'aumento di risorse più che proporzionale rispetto al numero di assegni, ha comportato un incremento della spesa media annuale per utente passata da 1.400 € a 1.620 € con una variabilità, anche in considerazione della durata media dei contratti e della complessità della casistica in carico, compresa tra 1.300 € per il Distretto di Valli Taro e Ceno e 1.900 € per quello di Parma.

## Gravi disabilità acquisite in età adulta

In attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 2068 del 2004, sono state messe in rete e rese pienamente operative le équipes disabili dei quattro Distretti di cui si compone l'AUSL di Parma (Distretto di Parma, Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno).

È stato definito l'assetto del futuro sistema informativo di area, che sarà concretamente implementato secondo le indicazioni regionali (pervenute nel dicembre 2007) a partire dall'anno 2008. Inoltre, è stato approvato, il

“Protocollo Operativo interaziendale per l’assistenza a persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta”, che rappresenta anche la base per avviare stabili rapporti di collaborazione con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria, le strutture residenziali ed i Comuni.

La Tabella seguente riporta il numero di assegni di cura riconosciuti nel corso del 2007; i familiari o coloro che si fanno carico dell’assistenza ad una persona disabile non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza possono infatti usufruire di un contributo economico, pari a 23 €/giorno erogato dalla Regione sulla base di precise condizioni di reddito familiare e del grado di non autosufficienza dell’assistito.

**Fig.37 Assegno di cura per disabili gravi riconosciuti al 31.12.2007**

Distretto	N. assegni
Parma	19
Fidenza	14
Sud Est	9
Valli Taro e Ceno	7
Totale	49

**Fig.38 Posti letto per persone affette da gravi disabilità acquisite in età adulta (2006)**

Denominazione struttura	PP. LL
S. Mauro Abate Colorno	7
Lungodegenza San Secondo	4
Centro Cure Progr. Langhirano	8
Lungodegenza Borgo Val di Taro	4
Casa Scarzara	3
Cardinal Ferrari Fontanellato	5
Totale	31

## Area Handicap

Il 2007 ha visto l’ulteriore sviluppo di quest’area sia sul versante della qualificazione e potenziamento della rete dei servizi territoriali esistenti (residenziali e semi-residenziali), sia su quello dell’interazione coi molteplici soggetti e tavoli di lavoro avviati all’interno dei Piani di Zona.

In particolare, dopo l’ultimazione della ristrutturazione, il Centro Residenziale “Varese” è oggi in grado di accogliere disabili all’interno di spazi interamente rinnovati e pienamente funzionali, con una struttura che opera a pieno regime.

Nel contempo, ha ormai superato la fase di avvio la struttura denominata “Casa Scarzara”, destinata ad accogliere (in regime semiresidenziale e residenziale) persone affette da Sclerosi Multipla in fase avanzata, o da patologie assimilate.

Infine, raccogliendo richieste provenienti da singoli utenti in condizioni di bisogno, è stata potenziata l’accoglienza presso strutture convenzionate del territorio provinciale.

La rete dei servizi per disabili della nostra regione comprende:

Servizi territoriali:

- assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziale;
- assistenza domiciliare e territoriale con finalità socio-educativa.

Servizi diurni:

- centri socio-riabilitativi diurni;
- centri (o laboratori) socio-occupazionali.

Centri residenziali:

- centri socio-riabilitativi residenziali;
- comunità alloggio (Gruppi appartamento, Residenze protette).

Di seguito vengono riportati i dati, aggiornati al 31.12.2005, dei servizi residenziali e semi-residenziali.

**Tab.39 Posti residenziali per portatori di handicap**

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2001	101	0,25	1.057	0,26
2002	101	0,25	1.058	0,26
2003	110	0,27	1.236	0,30
2004	116	0,27	1.437	0,34
2005	133	0,32	1.518	0,36

Fonte: Regione Emilia-Romagna

**Tab.40 Posti semiresidenziali per portatori di handicap<sup>a</sup>**

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2001	156	0,39	2.602	0,64
2002	156	0,39	2.570	0,63
2003	196	0,48	2.822	0,69
2004	210	0,50	3.382	0,80
2005	238	0,57	3.234	0,77

a: comprensivo dei posti nei centri socio-occupazionali  
Fonte: Regione Emilia-Romagna

## Psichiatria

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

Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono 72 posti in piccoli appartamenti assistiti, che rappresentano una peculiarità distintiva del DSM di Parma per l’alto grado di personalizzazione nell’ambito degli interventi riabilitativi.

Nel 2007 l’offerta di posti residenziali del DSM si conferma a 209 unità totali di cui 73 a gestione diretta e 136 in convenzione.

Tab.41 Posti residenziali DSM

	2003	2004	2005	2006	2007
Parma	207	205	221	224	209
Regione	1.335	1.395	1.688	1.679	nd

Meno estesa è l'offerta di posti semiresidenziali rispetto ai quali sono in corso interventi di valorizzazione e potenziamento, sia in ambiti istituzionali che extra istituzionali. Attualmente, i posti formalmente istituiti e sottoposti all'accreditamento 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.

Tab.42 Posti semiresidenziali

	2003	2004	2005	2006	2007
Parma	57	61	57	67	61
Regione	931	932	983	1.008	nd

## 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 adulti e bambini con patologie 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 e può coinvolgere anche operatori delle associazioni di volontariato. L'assistenza a domicilio, quando necessario, prevede anche servizi di aiuto alla persona e alla cura dell'abitazione.

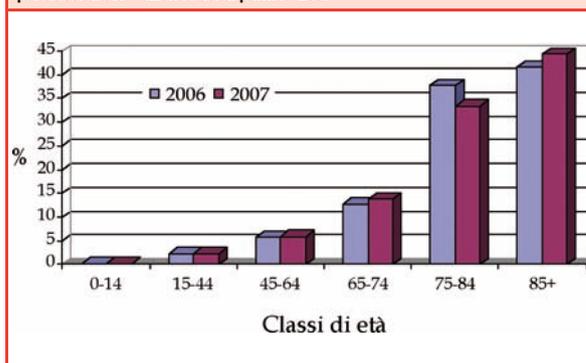
L'assistenza si differenzia in tre livelli:

- 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 comunque, 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 croniche degenerative di lunga durata o riacutizzazioni di malattie croniche che richiedono un incremento dell'intensità assistenziale per brevi periodi) e l'assistenza viene erogata principalmente tramite una integrazione tra il MMG e le équipes infermieristiche;
- assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria (III

livello): il bisogno degli utenti è rappresentato dalla cura di eventi patologici particolarmente intensi, ma comunque tali da poter essere ancora gestiti a domicilio, o da situazioni nelle quali si debba far fronte alle problematiche della terminalità anche non neoplastica, tramite molteplici interventi di équipes domiciliari e pluriprofessionali che rappresentano il valore aggiunto del percorso assistenziale.

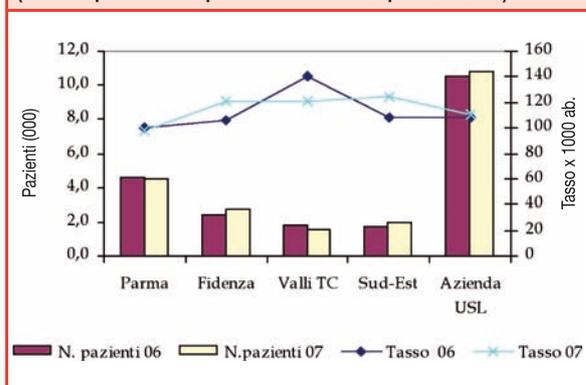
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2007 evidenzia un ulteriore incremento della numerosità dei casi seguiti che si mantengono oltre la soglia dei 100 pazienti seguiti a domicilio per 1.000 ultrasessantacinquenni. I casi passano infatti da 10.542 a 10.802 con un aumento del 2,5%. Indubbiamente il risultato dipende dal progressivo miglioramento dell'accuratezza della rilevazione dei dati, ma non va trascurata neanche la capillarità del servizio che ormai ha raggiunto livelli soddisfacenti. Testimonianza ne sia la praticamente totale assenza di tempi di attesa per l'attivazione del servizio ed il riallineamento delle percentuali di presa in carico da parte delle varie figure professionali in causa.

Fig.31 Percentuale di pazienti seguiti in assistenza domiciliare per classi di età - azienda usl di parma - 2007



Interessante segnalare come il servizio tenda sempre più a rivolgersi a soggetti molto anziani, mentre nella fascia di età compresa tra 75 ed 84 anni la contrazione di attività è abbastanza significativa.

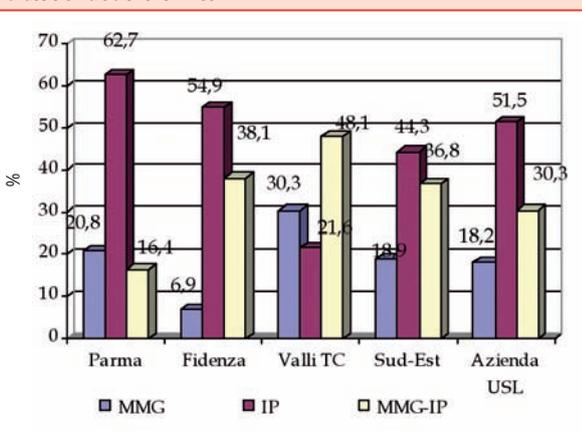
Fig.32 Assistenza domiciliare (numero di pazienti e tasso per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2006 e 2007 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni.

Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti ormai una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari a 111 per 1.000 residenti. Anche il numero medio di accessi per paziente in carico tende ad aumentare: il dato passa da 20,08 a 22,91 accessi per paziente con un incremento percentuale del 14,1% rispetto all'anno precedente. È possibile analizzare la performance aziendale considerando anche la distribuzione degli assistiti per tipologia di assistenza: pazienti seguiti esclusivamente da équipes infermieristiche (IP), pazienti la cui assistenza è affidata all'integrazione tra medico di medicina generale ed équipes infermieristiche (MMG-IP) e pazienti seguiti principalmente dal Medico di Medicina Generale (MMG).

**Fig.33 Assistenza domiciliare: distribuzione percentuale degli assistiti per tipologia di assistenza e distretto - 2007**



La Figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, anche in questo caso, una maggiore omogeneità nelle scelte assistenziali. Da sottolineare il diverso assetto organizzativo per il Distretto Valli Taro e Ceno, dove sembra essere predominante la modalità assistenziale caratterizzata dall'intervento congiunto del Medico di Medicina Generale e dell'Infermiere Professionale.

## Posti di sollievo

Nel 2007, è continuata l'attività dei 2 posti di sollievo, istituiti nell'ambito territoriale di Colorno (Distretto di Parma) per favorire l'iter diagnostico-terapeutico quando le condizioni del paziente suggeriscono la permanenza in una struttura protetta, o per patologie e terapie che richiedano una maggiore sorveglianza sanitaria evitando il ricovero ospedaliero. È stato così possibile assistere 16 pazienti, di età media pari a 83 anni; coerentemente con le indicazioni del progetto, il 41% dei pazienti soffriva di patologie cardiovascolari, seguito dal 25% dei pazienti con patologie di natura neurologica. Analogamente i posti sono attivati nelle Case Protette di Bardi e Varsi, destinati all'assistenza temporanea per persone anziane che presentano situazioni di scompenso e riacutizzazione di patologie croniche, alternativi o complementari rispetto al ricovero ospedaliero. Il nu-

mero di pazienti è passato dal 50 a 46 con una lieve riduzione dovuta ad una minor occupazione dei posti presso la struttura di Varsi, il cui indice di occupazione è passato dal 92% all'88%.

Si è infine consolidata l'attività, avviata nel 2006, dei posti presso la Casa Protetta "Pallavicino" di Busseto, dedicati sia all'assistenza temporanea a favore di persone anziane che non presentano le condizioni necessarie per la prosecuzione delle cure domiciliari, ma che non hanno ancora i requisiti clinici per la residenzialità, sia all'effettuazione di prestazioni di riabilitazione post-chirurgica. Il numero di pazienti trattati è rimasto sostanzialmente invariato, mentre l'aumento della degenza media ha influito significativamente sull'indice di occupazione passato dal 90% al 97%. Da segnalare il forte ricorso a questa modalità assistenziale per soggetti affetti da demenza, pari al 56% del totale.

I principali dati di attività relativi ai posti letto di sollievo sono i seguenti:

**Tab.43 Posti di sollievo aziendali 2006**

	Bardi	Varsi	Colorno	Busseto
Pazienti	27	23	30	25
Età media	84	77	83	81
Giornate di degenza media	23	26	21	26
Indice occupazione	93,3%	91,6%	85,6%	90,0%
Principali patologie				
- osteoarticolare	44,8%	23,1%	-	40,0%
- neurologica	17,2%	30,8%	23,3%	23,5%
- dismetabolica	20,7%	23,8%	6,7%	12,8%
- cardiovascolare	13,8%	15,4%	43,3%	12,7%
- neoplastica	-	-	16,7%	10,0%
- altro	3,5%	6,9%	11,0%	1,0%

**Tab.44 Posti di sollievo aziendali 2007**

	Bardi	Varsi	Colorno	Busseto
Pazienti	26	20	16	23
Età media	82	83	83	80
Giornate di degenza media	24	27	18	30
Indice occupazione	95,7%	87,8%	81,7%	97,0%
Principali patologie				
- osteoarticolare	48,1%	12,0%	-	26,1%
- neurologica	11,1%	8,0%	25,1%	56,5%
- dismetabolica	18,5%	28,0%	5,8%	4,3%
- cardiovascolare	7,4%	32,0%	40,8%	13,0%
- neoplastica	3,7%	4,0%	18,2%	-
- altro	11,1%	16,0%	10,1%	-

## Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2007, 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.

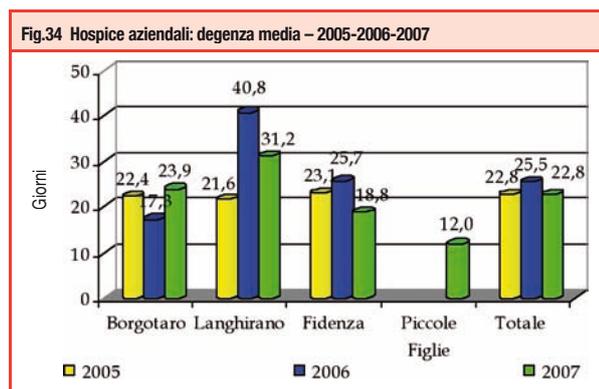
La rete della residenzialità territoriale si è completata con l'avvio, a partire dall'ottobre 2007, dell'attività dell'Hospice presso la Casa di Cura "Piccole Figlie" di Parma (8 posti letto).

Nelle restanti strutture (Fidenza, Borgotaro e Langhirano) è continuata l'attività, come sempre coordinata dal "Programma aziendale di cure palliative" che, dal 2005, definisce ed uniforma gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ospedaliera delle cure palliative.

Come noto, gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e da 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.

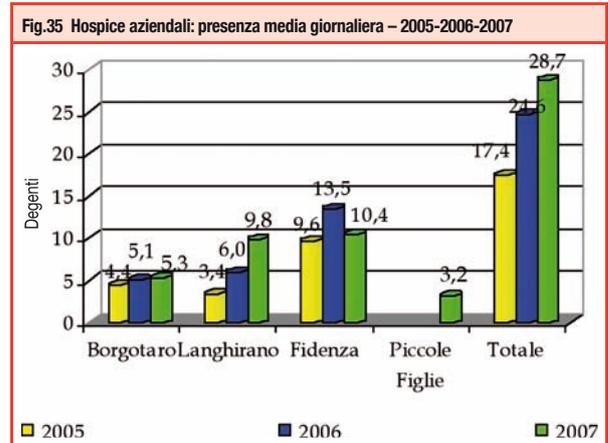
	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	05	06	07	05	06	07	05	06	07
Posti letto	15	15	15	8	8	8	12	12	12
Pazienti	150	192	202	59	107	81	25	54	115
Giornate di degenza	3.508	4.932	3.793	1.320	1.849	1.936	541	2.203	3.583
	Parma			Totale					
	05	06	07	05	06	07			
Posti letto	0	0	8	35	35	43			
Pazienti	0	0	24	234	353	422			
Giornate di degenza	0	0	289	5.369	8.984	9.601			

I dati di attività per i 3 anni, pur manifestando un incremento significativo, non sono perfettamente comparabili in quanto le strutture di Langhirano e Borgotaro hanno iniziato la propria attività nel corso del 2005 e quella delle Piccole Figlie ad ottobre 2007.



Si segnala comunque un aumento del numero assoluto di pazienti (cresciuti del 50%) ed un incremento della presenza media giornaliera passata da 17 pazienti/giorno a 29 pazienti/giorno a testimonianza di un utilizzo più efficiente dei posti letto.

Per quanto invece riguarda la degenza media la variabilità osservata deriva principalmente dal fatto che oltre il 70% delle dimissioni avviene, per decesso. Questo è stato, nel 2007, particolarmente vero per le strutture di Fidenza e Langhirano i cui decessi sono aumentati del 24% con un impatto significativo sulla durata di degenza. Da sottolineare infine come l'aumento dei decessi a Fidenza sia andato di pari passo con una contrazione delle dimissioni protette in ADI.



## 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 ed una rimodulazione degli interventi degli operatori con particolare riferimento al percorso nascita, alle tematiche della menopausa, ma anche a quello dello screening e dei consultori per la popolazione immigrata.

L'attività dei Consultori Familiari è caratterizzata da un'ampia gamma di prestazioni e da una vasta diffusione delle sedi in modo da facilitare l'accesso a tutti gli utenti della città e della provincia. Si riscontra un'elevata presenza di sedi rispetto alla popolazione target e ai dati della Regione Emilia-Romagna (valore aziendale 2006 di 2,2 sedi per 10.000 residenti target vs. valore regionale di 1,6) ed un orario di apertura settimanale congruo in ogni distretto (valore aziendale 2006 di 3,9 per 10.000 residenti target vs. valore regionale di 3,5).

A livello aziendale inoltre, si evidenzia una significativa presenza del personale medico e ostetrico sulla popolazione target (valore aziendale 2006 di 10 vs. valore regionale di 11,6).

Gli utenti stranieri sono sensibilmente aumentati negli ultimi anni a conferma della capacità dei Consultori di rispondere alle esigenze di popolazione di diverse culture. Particolare attenzione è dedicata all'attività di promozione della salute nelle fasce giovanili: le ore dedicate all'educazione sessuale e i soggetti coinvolti rispetto alla popolazione target sono in netto aumento (valore aziendale 2006 di 6,5 vs. valore regionale di 6,3). Più specificatamente si dettagliano alcune attività.

## Percorso nascita

Nell'anno 2007 è proseguita la linea d'intervento adottata negli anni precedenti, anche in adempimento alla legge regionale 26/98, 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 2006 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1.252, di cui 579 donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (46,2%), 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 dettate 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.

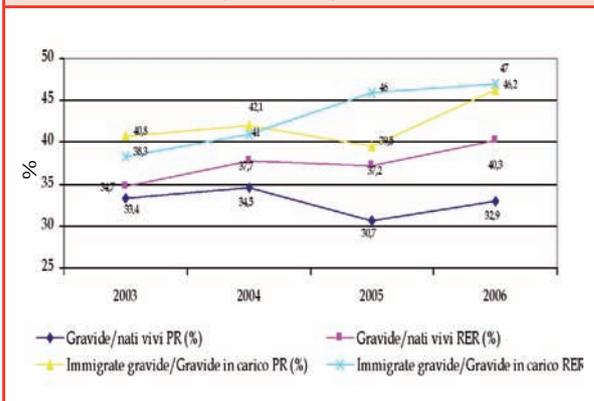
L'attività ginecologica si articola in attività di prevenzione e diagnosi precoce da un lato, e di specialistica ginecologica dall'altro, con l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici per la fascia di donne in menopausa.

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 2006, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è di 32,9; il dato è inferiore alla media regionale (40,3) ma registra un aumento del 7,2% rispetto all'anno precedente.

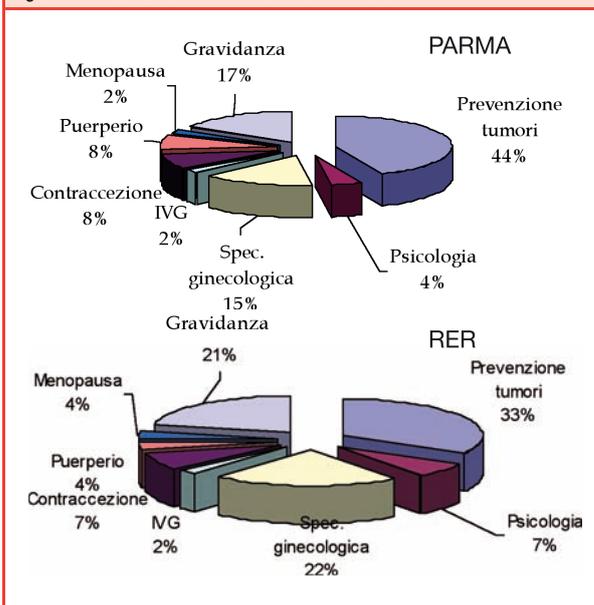
Sempre nel 2006 la percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari, rispetto alle donne gravide seguite, è passata al 46,2 evidenziando un aumento significativo delle attività (+17%); a livello regionale, nel 2006, si registra un lieve aumento delle donne immigrate gravide in carico (+2,2%).

Fig.36 Percentuale di donne gravide su nati vivi  
Densità abitativa del territorio (ab/km quadrati)



L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2006, a Parma, il 44% delle attività consultoriali riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili (in aumento), il 15% ad attività ginecologica (in diminuzione), il 17% alla gravidanza (stabile), l'8% al puerperio (in diminuzione), l'8% alla contraccezione (stabile), il 4% all'attività psicologica (in diminuzione), il 2% alla menopausa (stabile) e all'interruzione volontaria di gravidanza 2% (stabile).

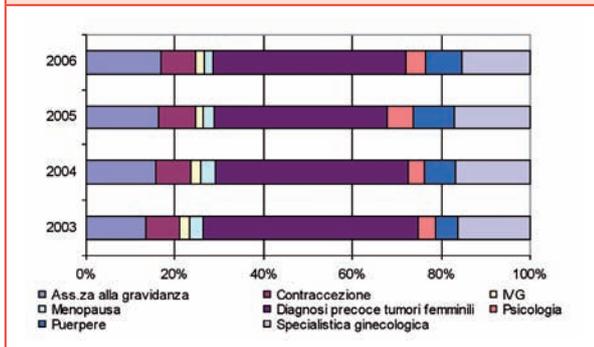
Fig.37 Attività consultoriale - AUSL Parma e RER - 2006



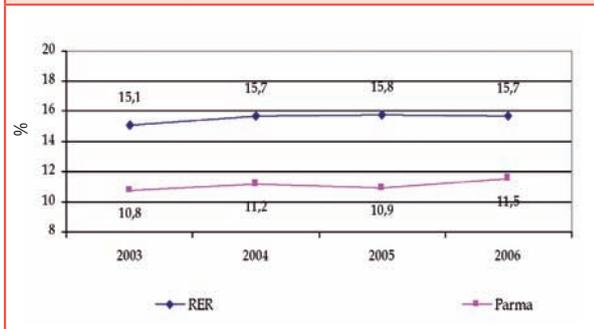
Il confronto con i dati regionali evidenzia, da parte dei consultori di Parma, una percentuale di attività maggiore nella prevenzione dei tumori femminili, nell'attività di contraccezione nonché puerperio; al contrario, i consultori di Parma presentano percentuali di attività minori, rispetto ai valori 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.

La percentuale di utenti a cui sono state erogate prestazioni di ostetricia e ginecologia a livello aziendale aumenta del 5,5 rispetto al 2005, mentre a livello regionale il dato è stabile nel tempo.

**Fig.38** Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate dai consultori familiari – 2003-2006



**Fig.39** Percentuale di utenti su popolazione target (prestazioni di ostetricia/ginecologia) 2003-2006



## Salute Mentale

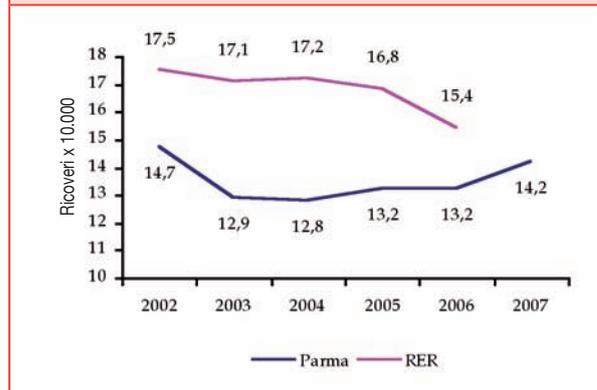
Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura volta alla tutela della salute mentale attraverso l'erogazione di prestazioni specifiche.

La salute, considerata come uno stato di pieno benessere psichico, somatico e sociale, richiama fattori biologici, psicologici, sociali: la salute mentale perciò, 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 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 di Salute Mentale si esplicita, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree della Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza nonché attraverso il Programma per le Dipendenze Patologiche, assicurando quell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria alla tutela degli obiettivi assistenziali e di salute mentale.

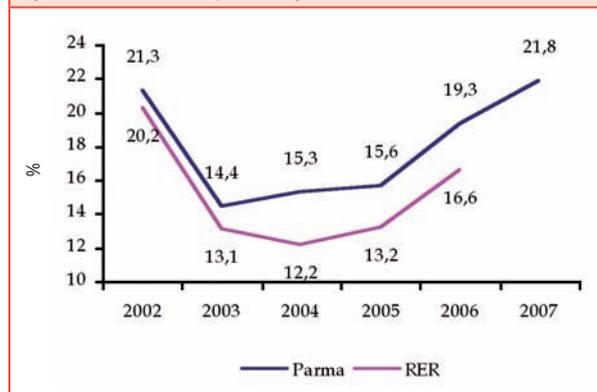
L'attività del Dipartimento di Salute Mentale è stata analizzata mediante il tasso di ospedalizzazione presso le strutture psichiatriche di Diagnosi e Cura, il ricorso a Trattamenti Sanitari Obbligatori e al numero di utenti trattati.

**Fig.40** SPDC: tasso di ospedalizzazione per 10.000 ab. – 2002-2007



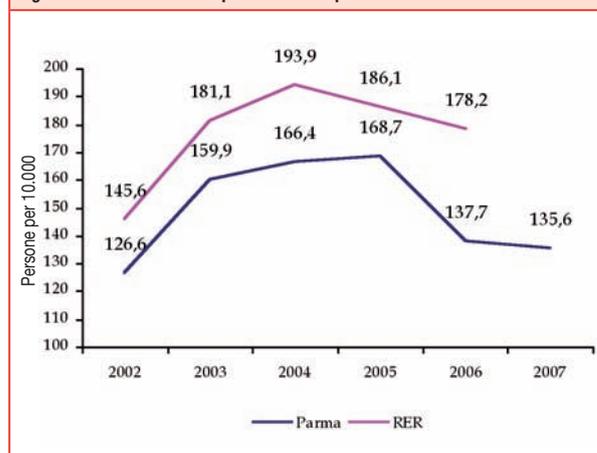
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mostra un tasso di ospedalizzazione che si sta avvicinando alla media regionale (14,2).

**Fig.41** TSO su dimessi dal reparto di diagnosi e cura – 2002-2007



La percentuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO), sul totale dei dimessi, pari al 21,8 nel 2007, è superiore al valore regionale (16,6). Il dato, negli ultimi anni, ha un andamento parallelo ai valori medi regionali pur attestandosi su tassi leggermenti più elevati.

**Fig.42** Centri salute mentale: persone trattate per 10.000 residenti – 2002-2006



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2007 ha trattato quasi 5.000 persone con una percentuale di 135,6 per 10.000 abitanti; i dati evidenziano, dal 2002

al 2006, un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Centri di Salute Mentale - sebbene con valori inferiori a quelli dell'utenza media regionale - per poi diminuire drasticamente, nel 2006, del 17,1% ed attestarsi su valori simili nel 2007. Tale riduzione non corrisponde a significative variazioni organizzative o della domanda e pertanto è verosimile che il fenomeno sia dovuto a modalità diverse di raccolta dei dati per l'avvio di un nuovo sistema informativo.

## Dipendenze Patologiche

Il Programma Dipendenze Patologiche, attraverso i servizi socio-sanitari operanti nei distretti di Parma e provincia, si prende cura dei soggetti che hanno problematiche legate all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali. L'utenza può accedere ai programmi di trattamento di propria iniziativa, oppure tramite l'invio da altre istituzioni rientranti nella rete dei servizi alla persona.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche sono caratterizzati da équipe multiprofessionali integrate volte a pianificare programmi individualizzati a carattere psicologico, sociale e sanitario, offrendo molteplici prestazioni (da percorsi di accoglienza, osservazione e diagnosi ad interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi, ad attività riabilitative residenziali e semiresidenziali, nonché interventi in carcere).

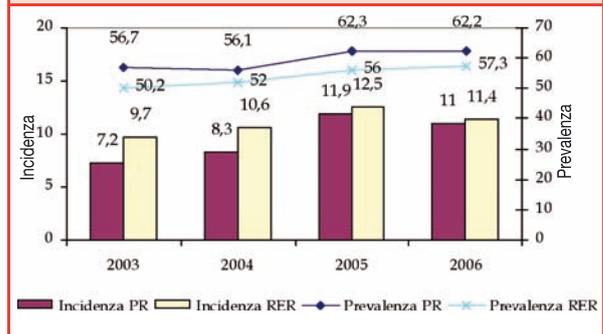
Rispetto ai mutamenti avvenuti negli ultimi anni nell'ambito del fenomeno tossicodipendenza (ad esempio l'aumento dell'utilizzo di nuove sostanze, la diffusione della politossicodipendenza, la presenza maggiore di patologie psichiatriche associate) il Programma Dipendenze Patologiche sta organizzandosi per acquisire modalità di lavoro più flessibili che siano dirette a tutte le persone nelle situazioni e nei luoghi in cui si trovano, organizzando risposte adeguate alla logica di "territorio" e di "prossimità" al bisogno.

Per quanto riguarda le Dipendenze Patologiche l'andamento degli utenti e dei nuovi utenti è stato rappresentato mediante il tasso di prevalenza e di incidenza (tra gli utenti in carico nei Ser.T., sia tossicodipendenti che alcolodipendenti, vi sono anche soggetti non residenti nell'AUSL considerata, per cui il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento).

Il tasso di prevalenza (utenti in carico) dell'AUSL di Parma presenta valori più elevati rispetto al dato medio regionale, stabilizzandosi nell'ultimo anno al 62,2%; a livello regionale il dato (57,3%) è in progressiva crescita (+2,3%), dopo il significativo aumento tra il 2004-2005 (+ 7,1%) peraltro riscontrabile, nel medesimo periodo, anche a Parma e provincia (+ 11,1%).

Nel 2006 il tasso di incidenza (nuovi ingressi) a livello regionale denota una contrazione dell'8,8%; anche a Parma si verifica una diminuzione del 7,6%.

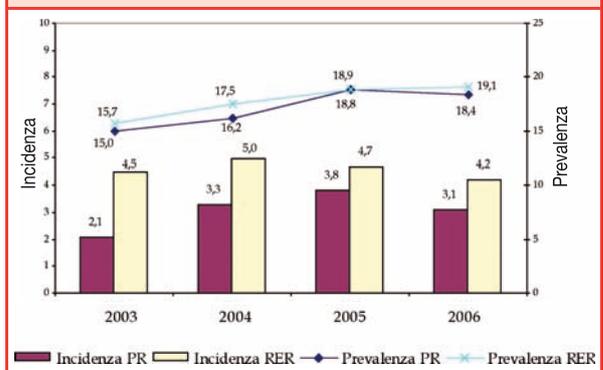
**Fig.43 Tossicodipendenti: tasso di incidenza e prevalenza per 10.000 residenti di età compresa tra 15 e 54 anni - 2003-2006**



Complessivamente i dati di Parma e provincia evidenziano, negli anni, un andamento simile a quello regionale: nel 2006 il settore delle dipendenze da sostanze illegali da un lato evidenzia un incremento del numero complessivo degli individui che iniziano la terapia, dall'altro il numero delle nuove domande, ovvero gli individui che entrano in terapia per la prima volta, è in diminuzione.

Nella realtà del consumo di sostanze stupefacenti vi sono diversi fattori concomitanti: è mutata la tipologia di utenza che accede ai Ser.T. (negli anni '80 e '90 gli utenti erano in netta prevalenza eroinomani, oggi si delinea una nuova tipologia di trattamento, in particolare per uso problematico di cocaina), è aumentata la capacità dei Servizi per le Dipendenze di accogliere utenza multiproblematica (ad esempio con doppia diagnosi o con problematiche sociali gravi); si è differenziata l'offerta terapeutica verso interventi più settoriali e specialistici. In tal senso i Ser.T. hanno una maggiore capacità di "ritenere in trattamento" gli utenti tossicodipendenti grazie al miglioramento della qualità delle prestazioni e degli interventi negli anni (facilità di accesso ad un servizio, orari di apertura flessibili, disponibilità dei terapeuti, buon clima all'interno del servizio, presenza di regole chiare...); inoltre la presenza di pazienti tossicodipendenti gravi con caratteristiche di cronicità, richiede un trattamento continuo presso i Ser.T. al fine di recuperare le dimensioni sociali, sanitarie, familiari, psicologiche.

**Fig.44 Alcolisti: tasso di incidenza e prevalenza per 10.000 residenti di età compresa tra 15 e 64 anni - 2003-2006**



La prevalenza del fenomeno alcolismo, dopo anni di progressivo aumento sia nella provincia di Parma che a livello regionale, si stabilizza a livello locale al 18,4 (valore regionale 19,1) confermando, da parte dei servizi, la

capacità di accoglienza e di incisione sulle problematiche alcolcorrelate sul territorio, con strutture ad hoc in risposta a specifiche problematiche territoriali.

Il tasso di incidenza degli alcoldipendenti, nella provincia di Parma come a livello regionale, dopo la sensibile crescita degli anni precedenti, diminuisce rispettivamente del 18,4% e del 10,6%.

In linea generale, per il 2006, i dati sulle dipendenze patologiche mostrano una crescita della domanda di trattamento, cioè aumentano le persone che chiedono di entrare in terapia nei Servizi della provincia di Parma per affrontare una problematica connessa con le dipendenze.

Per ciò che riguarda l'andamento dei nuovi utenti (coloro che formulano una richiesta di trattamento per la prima volta in un determinato Ser.T. o Centro Alcologico) dopo anni di crescita costante, nell'ultimo periodo si registra una flessione considerevole sia a Parma che in Regione: si tratta di un fenomeno di assestamento dopo l'aumento considerevole dei nuovi utenti avvenuto in precedenza, in particolare tra il 2004-2005 per quanto concerne i tossicodipendenti. Anche il calo riscontrato tra i nuovi alcolisti in carico è attribuibile ad un fenomeno di assestamento dopo l'impulso all'accesso ai servizi degli anni precedenti.

A Parma, in un luogo discreto e protetto, è situata la struttura "Mondo Teen", formata da una équipe di specialisti che si dedica all'accoglienza e alla cura di ragazzi/e con età compresa tra i 15 e i 20 anni che usano e/o abusano di sostanze stupefacenti. I professionisti svolgono attività di sostegno psicologico ai familiari dei ragazzi tossicodipendenti, così come di supporto alla funzione educativa genitoriale; inoltre danno consulenza agli insegnanti anche in merito alla prevenzione del disagio giovanile nell'ambito delle attività di prevenzione primaria. L'obiettivo principale è quello di tenere diversificata l'utenza più giovane e spesso occasionale da quella conclamata e storica, offrendo al contempo percorsi terapeutici differenziati.

### 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.

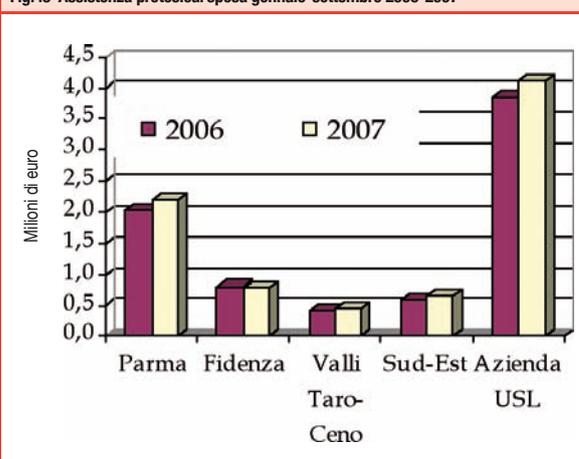
Le prestazioni di assistenza protesica sono individuate e definite nelle modalità di erogazione dal Decreto Ministeriale n. 322 del 27 agosto 1999 e sono rappresentate da:

- 1) protesi, cioè apparecchi che sostituiscono parti del corpo mancanti o non funzionanti;
- 2) ortesi, cioè le macchine che, applicate al corpo, suppliscono ad una funzione mancante;
- 3) 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.).

Nei primi 9 mesi del 2007 si evidenzia una sostanzia-

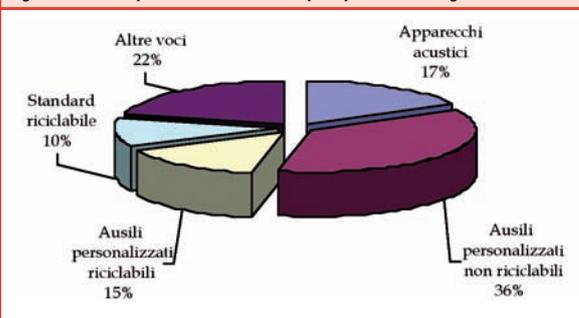
le stabilità della spesa pur in presenza di un aumento della popolazione anziana che necessita in particolare di ausili per incontinenza; la spesa complessiva per la protesica è cresciuta nel 2007 del 6,6 % da 3,8 milioni di € per il 2006 agli attuali 4,1 milioni di €. A questa spesa occorre poi aggiungere quella relativa alla fornitura di ossigenoterapia domiciliare che nei primi 9 mesi del 2007 ha raggiunto l'importo complessivo di 1.440.000 €, con un aumento del 12,7% rispetto all'analogo periodo del 2006. Di questi, circa 915.000 € sono relativi al noleggio di concentratori, ventilatori e nebulizzatori, mentre i restanti 525.000 € vanno a coprire la spesa per l'ossigeno liquido.

Fig.45 Assistenza protesica: spesa gennaio-settembre 2006-2007



La Figura seguente riporta la distribuzione della spesa 2007 nelle principali macrocategorie oggetto di erogazione da parte dell'Azienda USL: apparecchi acustici, ausili personalizzabili non riciclabili (protesi d'arto, ausili ottici, ecc.), ausili personalizzati riciclabili (biciclette, carrozzine, accessori), standard riciclabile (montascale, letti, ausili per movimentazione oggetti) e altre voci (materiale per ossigenoterapia, ausili per stomie, ecc.).

Fig.46 Assistenza protesica: distribuzione spesa per macro-categorie 2007



In un periodo di risorse limitate per la sanità, diventa assolutamente indispensabile mettere in atto comportamenti volti a perseguire il principio dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, adottando protocolli condivisi che garantiscano efficacia della prestazione rispetto all'utente a cui è rivolta, ed efficienza rispetto alle risorse impiegate.

Al fine di assicurare omogeneità di interpretazione della

normativa vigente e migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel ricorso a presidi ed ausili, sono state adottate, con atto deliberativo n° 295 del 19 giugno 2002, specifiche Linee Guida, riviste, per quanto riguarda alcune modalità di prescrizione, nel maggio 2005.

Nel 2006 sono state condivise con gli specialisti Otorinolaringoiatri che operano nell'Azienda USL di Parma, alcune indicazioni operative utili per una prescrizione appropriata delle protesi acustiche, che sono state formalizzate nel corso del 2007.

## Assistenza farmaceutica

Nel 2007 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una riduzione ulteriore rispetto a quanto osservato nel 2006 raggiungendo la cifra di 76.747.157 € al netto sia della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che degli sconti applicati dalle case farmaceutiche. Il risparmio rispetto all'anno precedente è stato pertanto pari a circa 4.500.000 € (5,5% in meno, una percentuale quasi doppia rispetto a quella registrata a livello regionale del -2,98%).

Per quanto riguarda infine l'erogazione diretta di farmaci, il potenziamento del programma aziendale e la campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori hanno permesso di incrementare ulteriormente la spesa di circa 1,5 milioni di €. La contemporanea riduzione della spesa convenzionata ha così determinato una riduzione complessiva della spesa farmaceutica territoriale (distribuzione tramite farmacie aperte al pubblico e distribuzione diretta) del 2,9%, in controtendenza rispetto ad un aumento regionale dell'1,3%.

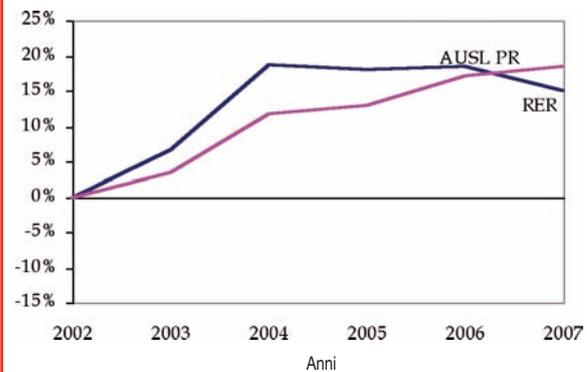
**Tab.46 Spesa farmaceutica distinta per quota distribuita tramite farmacie convenzionate e quota a distribuzione diretta**

	Spesa lorda convenzionata	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa totale a favore dei cittadini (no ricovero)
<b>2003</b>				
Parma	85.517.345	80.941.262	14.691.907	95.633.169
Regione	804.345.417	763.912.105	138.215.149	902.127.254
<b>2004</b>				
Parma	93.862.629	87.295.250	19.187.193	106.482.443
Regione	861.151.294	803.305.052	170.685.624	973.990.677
<b>2005</b>				
Parma	90.599.905	83.434.546	22.274.910	105.709.456
Regione	843.381.619	778.666.779	205.908.467	984.575.246
<b>2006</b>				
Parma	85.776.282	81.225.893	25.018.754	106.244.648
Regione	836.379.195	793.383.348	227.579.992	1.020.693.340
<b>2007</b>				
Parma	81.549.731	76.747.157	26.408.237	103.155.394
Regione	817.532.282	769.734.202	264.235.787	1.033.969.988

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

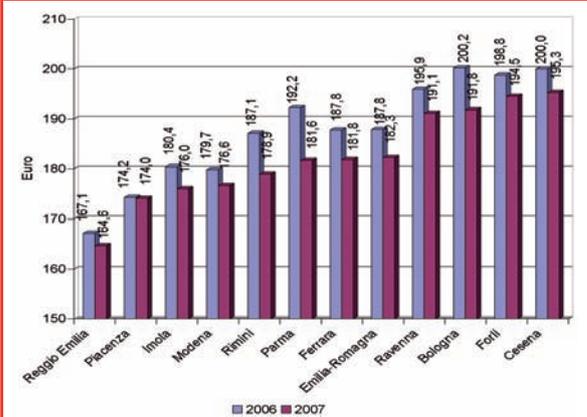
La Figura riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2002 ed evidenzia come dal 2004 l'Azienda sia riuscita a stabilizzare ed invertire il trend di crescita che aveva caratterizzato gli anni successivi al 2000, riuscendo nel 2007 a raggiungere una percentuale di crescita inferiore a quella registrata dalla Regione nel medesimo periodo.

**Fig.47 Spesa farmaceutica territoriale: variazione 2002-2007**



La spesa farmaceutica convenzionata per assistito è ulteriormente scesa fino a raggiungere il livello di 181,6 €, inferiore rispetto ai 182,2 € della Regione. È importante sottolineare che l'Azienda USL di Parma, oltre ad essere stabilmente passata nel gruppo delle Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, è anche quella che ha registrato il miglior risultato: la riduzione delle altre Aziende è infatti compresa tra gli 0,2 € di Piacenza e gli 8,5 € di Rimini.

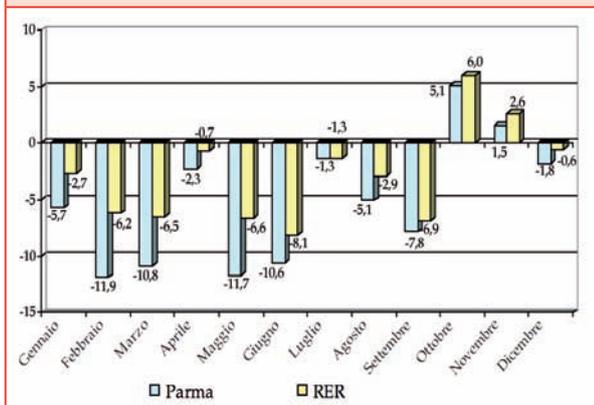
**Fig.48 Spesa farmaceutica per assistito pesato -2006-2007**



Fonte: Servizio Politica del farmaco - Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica evidenzia una netta inversione di tendenza nel mese di ottobre 2007 in corrispondenza della cessazione degli effetti della determinazione AIFA del 27 settembre 2006 che imponeva uno sconto generalizzato del 5% dei prezzi al pubblico. Mentre nel periodo gennaio-settembre 2007 il confronto di spesa si basava su farmaci venduti nel 2007, a prezzi scontati, e farmaci venduti nel 2006, a prezzi non scontati, dal mese di ottobre 2007 i prezzi in vigore nei due anni risentono entrambi dei provvedimenti di contenimento della spesa e pertanto sono "confrontabili": l'incremento osservato è pertanto reale e non "mitigato" da manovre AIFA.

**Fig.49 Spesa farmaceutica: variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente - anno 2007**



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

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2007, 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'acidità gastrica (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli legati alla terapia cardiaca e quelli per il sistema renina-angiotensina (es. trattamento dell'ipertensione).

## 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 oltre 6.000.000 di prestazioni.

Data la complessità e per consentire 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 offrire ai propri residenti un'offerta di prestazioni complessivamente sufficiente rispetto al fabbisogno;
- il Distretto di Parma all'interno del quale esistono sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che numerose strutture pubbliche e private accreditate costituisce il bacino gravitazionale di maggior offerta e produzione in ambito provinciale soprattutto per le prestazioni di secondo livello;
- il Distretto Sud-Est che ha una distribuzione geografica che si estende dalla zona sud di Parma all'alta montagna est, risulta abbastanza condizionato dalla viabilità e da un sistema di trasporti che vede come punto di riferimento principale il capoluogo provinciale. Inoltre

l'assenza di una struttura ospedaliera pubblica nel Distretto fa convergere l'utenza per una serie di prestazioni a maggiore impatto sulle strutture di Parma.

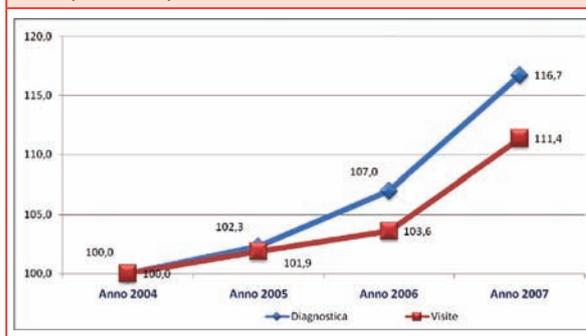
## Prestazioni erogate

Il sistema di erogazione fa riferimento al CUP provinciale che è la banca dati unica di riferimento che contiene tutta l'offerta pubblica e gran parte dell'offerta delle strutture private accreditate. Di seguito sono indicate le prestazioni erogate in tutto l'ambito provinciale nel periodo 2005-2007 che evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accreditato e presenti nel flusso ASA regionale, mettono in luce volumi di attività superiori ai 6.000.000 di prestazioni.

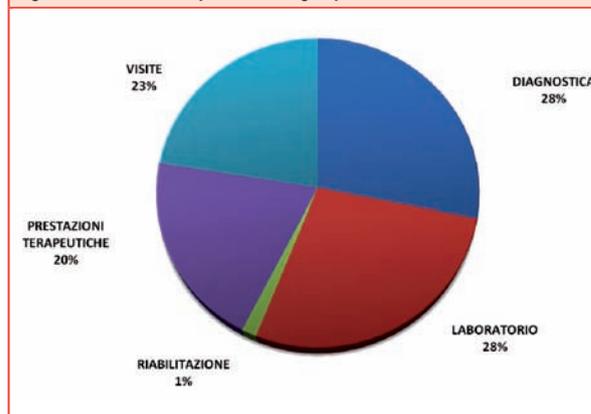
Nel raffronto 2005-2007 si evidenzia che, in linea con la programmazione svolta, si sono registrati sensibili incrementi di attività nell'area della diagnostica ed in quella delle visite, mentre per le altre tipologie si può osservare un consolidamento o un leggero contenimento connesso anche ad azioni di valutazione dell'appropriatezza clinica.

**Fig.50 Incrementi percentuali dell'attività erogata in ambito provinciale: diagnostica e visite (numeri indice)**



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 sia per la diagnostica (+ 16,7%) che per le visite (+11,4%) a fronte di volumi produttivi già elevati.

**Fig.51 Distribuzione delle prestazioni erogate per macrolivelli**



Tab.47 Assistenza specialistica ambulatoriale - prestazioni erogate - 2005-2007

Distretto di erogazione	Tipologia	2005	2006	2007
		N	N	N
Parma	Diagnostica	106.658	110.171	136.756
	Laboratorio	1.207.142	997.069	1.076.667
	Riabilitazione	73.802	67.424	67.996
	Terapeutiche	34.930	33.216	46.125
	Visite	123.609	130.719	157.389
	<b>Totale</b>	<b>1.546.141</b>	<b>1.338.599</b>	<b>1.484.942</b>
Fidenza	Diagnostica	105.082	109.374	115.839
	Laboratorio	838.767	838.706	853.197
	Riabilitazione	35.107	35.983	36.416
	Terapeutiche	35.185	35.911	36.015
	Visite	120.681	128.651	141.321
	<b>Totale</b>	<b>1.134.822</b>	<b>1.148.625</b>	<b>1.182.788</b>
Valtaro Valceno	Diagnostica	33.286	33.341	39.195
	Laboratorio	404.575	427.616	409.135
	Riabilitazione	11.579	13.751	10.900
	Terapeutiche	13.906	9.778	18.940
	Visite	56.456	55.660	64.069
	<b>Totale</b>	<b>519.802</b>	<b>540.146</b>	<b>538.239</b>
Sud Est	Diagnostica	12.139	16.756	21.987
	Laboratorio	376.450	320.047	383.539
	Riabilitazione	8.349	10.104	10.646
	Terapeutiche	3.356	3.910	8.906
	Visite	21.347	20.564	30.490
	<b>Totale</b>	<b>421.641</b>	<b>371.381</b>	<b>455.568</b>
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	274.907	286.925	297.365
	Laboratorio	1.794.540	1.968.605	1.908.031
	Riabilitazione	27.457	23.573	20.833
	Terapeutiche	123.308	113.823	103.751
	Visite	440.291	439.762	440.227
	<b>Totale</b>	<b>2.660.503</b>	<b>2.832.688</b>	<b>2.770.207</b>
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	532.072	556.567	607.142
	Laboratorio	4.621.474	4.552.043	4.630.569
	Riabilitazione	156.294	150.835	146.791
	Terapeutiche	210.685	196.638	213.737
	Visite	762.384	775.356	833.505
	<b>Totale</b>	<b>6.282.909</b>	<b>6.231.439</b>	<b>6.431.744</b>

Tab.48 Assistenza specialistica ambulatoriale - importo tariffario prestazioni erogate - 2005-2007

Distretto di erogazione	Tipologia	2005	2006	2007
		€	€	€
Parma	Diagnostica	3.112.642	3.397.663	4.736.679
	Laboratorio	4.214.345	3.371.278	3.901.902
	Riabilitazione	548.842	508.120	516.100
	Terapeutiche	3.645.965	3.149.007	4.433.327
	Visite	2.738.570	2.888.415	3.474.744
	<b>Totale</b>	<b>14.260.364</b>	<b>13.314.483</b>	<b>17.062.752</b>
Fidenza	Diagnostica	3.485.416	3.731.681	4.206.411
	Laboratorio	2.904.124	2.891.847	3.074.032
	Riabilitazione	281.611	288.091	299.198
	Terapeutiche	1.912.814	2.121.876	2.346.563
	Visite	2.635.622	2.711.851	2.947.421
	<b>Totale</b>	<b>11.219.587</b>	<b>11.745.346</b>	<b>12.873.625</b>
Valtaro Valceno	Diagnostica	970.571	949.005	1.036.709
	Laboratorio	1.409.818	1.460.643	1.425.294
	Riabilitazione	95.955	106.901	91.697
	Terapeutiche	881.950	858.510	1.507.608
	Visite	1.266.832	1.253.802	1.417.659
	<b>Totale</b>	<b>4.625.126</b>	<b>4.628.861</b>	<b>5.478.967</b>
Sud Est	Diagnostica	169.513	430.708	798.453
	Laboratorio	1.250.507	1.019.061	1.329.243
	Riabilitazione	69.832	79.746	85.961
	Terapeutiche	306.481	370.981	1.174.612
	Visite	476.791	457.864	679.600
	<b>Totale</b>	<b>2.273.124</b>	<b>2.358.360</b>	<b>4.067.869</b>
Azienda Usi (totale)	Diagnostica	7.738.142	8.509.057	10.778.252
	Laboratorio	9.778.794	8.742.829	9.730.471
	Riabilitazione	996.240	982.858	992.956
	Terapeutiche	6.747.210	6.500.374	9.462.110
	Visite	7.117.815	7.311.932	8.519.424
	<b>Totale</b>	<b>32.378.201</b>	<b>32.047.050</b>	<b>39.483.213</b>
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	11.114.686	11.689.784	11.925.677
	Laboratorio	10.964.490	12.711.376	12.754.678
	Riabilitazione	238.310	203.638	178.746
	Terapeutiche	7.273.295	7.236.044	6.680.673
	Visite	9.624.278	9.700.339	9.580.934
	<b>Totale</b>	<b>39.215.059</b>	<b>41.541.181</b>	<b>41.120.708</b>
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	18.852.828	20.198.841	22.703.929
	Laboratorio	20.743.284	21.454.205	22.485.149
	Riabilitazione	1.234.550	1.186.496	1.171.702
	Terapeutiche	14.020.505	13.736.418	16.142.783
	Visite	16.742.093	17.012.271	18.100.358
	<b>Totale</b>	<b>71.593.260</b>	<b>73.588.231</b>	<b>80.603.921</b>

## 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) e alle prestazioni di base. 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 aziendale distretto (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. Considerando che i dati relativi al flusso dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) hanno un livello di completezza molto elevato, si può sostenere che i cittadini della provincia di Parma non sono grandi consumatori di prestazioni sanitarie.

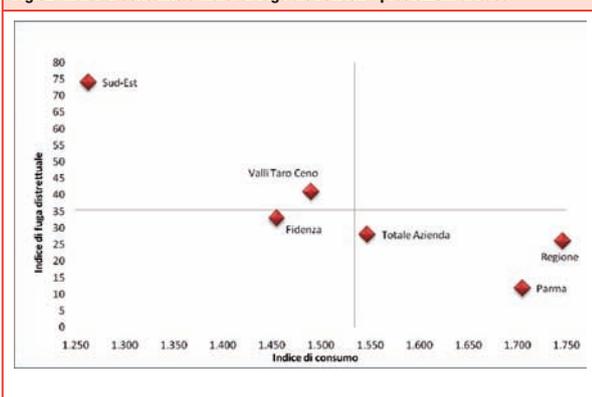
## Prestazioni di Base

Tab.49 Indici di consumo per 1000 abitanti: prestazioni di base

Distretto	2005		2006		2007	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	1.609	7,8	1.605	8,1	1.705	11,8
Fidenza	1.341	39,7	1.391	38,5	1.455	33,0
V. Taro Ceno	1.342	38,8	1.351	40,5	1.490	41,0
Sud Est	1313	79,6	1.325	81,2	1.263	74,0
Totale Azienda	1.464	28,6	1.478	29,1	1.547	28,1
Regione	1.356	26,5	1.405	27,1	1.746	26,1

Le prestazioni di base sono riferite ad un set minimo di prestazioni e visite programmabili di primo livello che si ritiene debbano avere un'ampia diffusione territoriale.

Fig.52 Indici di consumo e indici di fuga distrettuali - prestazioni di base



## Visite

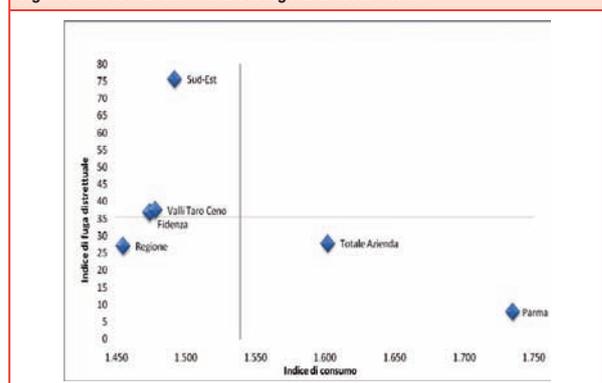
Tab.50 Indici di consumo x 1000 abitanti: visite

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga
Parma	1.609	5,9	7,8	1.605	5,9	8,1
Fidenza	1.341	6,2	39,7	1.391	6,3	38,5
V. Taro Ceno	1.342	3,4	38,8	1.351	3,6	40,5
Sud Est	1313	9,0	79,6	1.325	8,7	81,2
Totale Azienda	1.464	6,2	28,6	1.478	6,2	29,1
Regione	1.356	7,5	26,5	1.405	7,7	27,1

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga
Parma	1.735	5,4	7,9
Fidenza	1.474	6,3	36,8
V. Taro Ceno	1.478	3,7	37,5
Sud Est	1.492	7,6	75,6
Totale Azienda	1.602	5,7	27,8
Regione	1.455	7,6	27,0

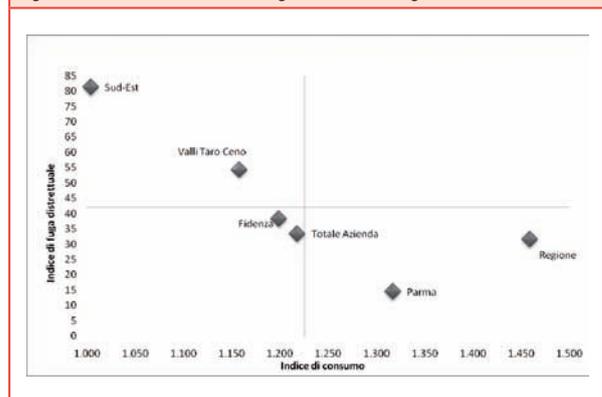
Fig.53 Indici di consumo e indici di fuga distrettuali - visite



L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di visite rispetto al parametro regionale. Tale dato dipende soprattutto dalla maggiore prevalenza di consumi nel Distretto di Parma.

## Diagnostica

Fig.54 Indici di consumo e indici di fuga distrettuali - diagnostica



Tab.51 Indici di consumo per 1000 abitanti: diagnostica

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	1.163	8,8	14,7	1.187	8,2	14,2
Fidenza	1.138	11,4	42,3	1.121	10,0	38,6
V. Taro Ceno	1.028	6,0	53,4	1.054	5,5	52,3
Sud Est	847	11,6	86,7	900	10,6	84,0
Totale Azienda	1.089	9,5	34,9	1.108	8,7	33,5
Regione	1.296	9,2	30,4	1.361	9,4	31,0

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	1.317	8,1	14,5
Fidenza	1.199	10,0	38,2
V. Taro Ceno	1.158	5,9	54,3
Sud Est	1.004	10,3	81,3
Totale Azienda	1.218	8,6	33,4
Regione	1.459	9,2	31,5

Gli indici di consumo relativi alla diagnostica mettono in luce valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità dal Distretto Sud-Est (81,3%) prevalentemente verso il Distretto di Parma.

## Laboratorio

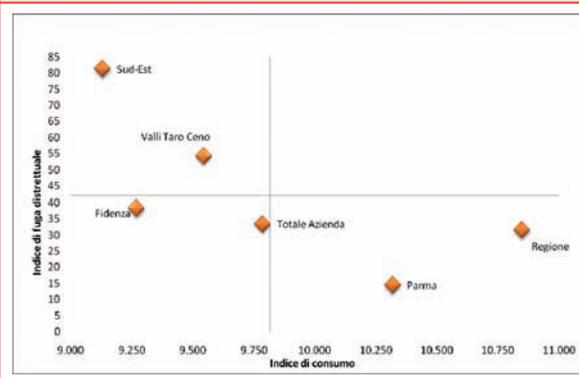
Tab.52 Indici di consumo per 1000 abitanti: laboratorio

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga
Parma	10.763	3,2	5,6	10.178	3,5	6,0
Fidenza	9.383	3,1	19,6	9.242	3,2	19,5
V. Taro Ceno	9.028	2,7	20,9	9.517	2,8	20,2
Sud Est	9359	5,5	47,0	8.858	6,6	53,1
Totale Azienda	10.002	3,5	16,6	9.663	3,8	17,8
Regione	10.311	4,3	25,8	10.925	4,5	27,2

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga
Parma	10.318	3,5	6,4
Fidenza	9.269	3,5	19,8
V. Taro Ceno	9.544	2,9	22,1
Sud Est	9.130	6,2	45,9
Totale Azienda	9.785	3,8	17,2
Regione	10.848	4,5	27,8

Gli indici di consumo relativi al Laboratorio mettono in luce valori decisamente al di sotto della media regionale in tutti i Distretti (2007).

Fig.55 Indici di consumo e indici di fuga distrettuali - laboratorio



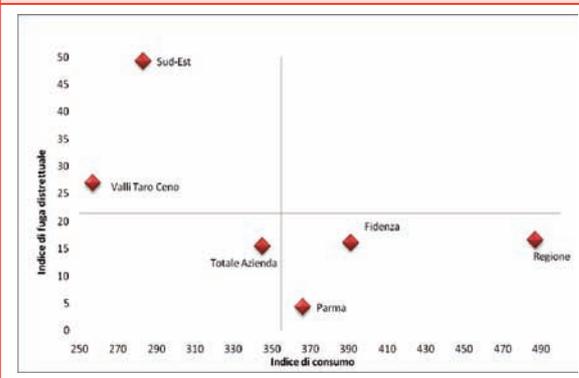
## Riabilitazione

Tab.53 Indici di consumo e di fuga per 1000 abitanti: riabilitazione

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	410	2,5	4,8	365	2,7	4,7
Fidenza	415	6,2	20,4	409	5,2	17,3
V. Taro Ceno	267	3,6	28,0	287	2,1	20,3
Sud Est	285	7,1	60,7	301	5,0	55,0
Totale Azienda	374	4,1	17,8	356	3,7	16,5
Regione	486	4,2	17,0	517	4,0	16,6

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	366	2,3	4,3
Fidenza	391	6,2	16,1
V. Taro Ceno	257	2,4	26,9
Sud Est	283	3,6	49,3
Totale Azienda	345	3,5	15,5
Regione	487	4,0	16,6

Fig.56 Indici di consumo e indici di fuga distrettuali 2007 - riabilitazione



Gli indici di consumo relativi alla riabilitazione evidenziano un trend in riduzione e valori distrettuali ben al di sotto del livello medio regionale. La mobilità interdistrettuale si verifica con maggiore consistenza da parte dei residenti dei Distretti Sud-Est e Valli Taro Ceno.

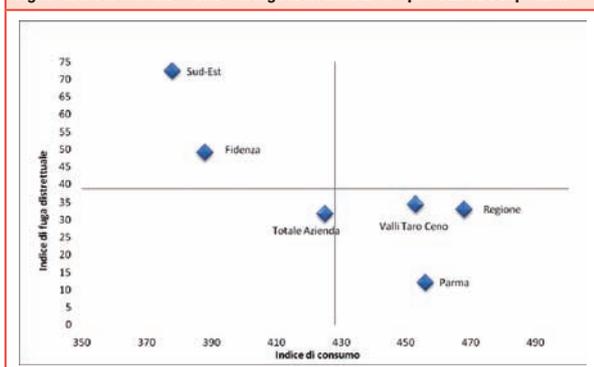
## Prestazioni Terapeutiche

Tab.54 Indici di consumo e di fuga per 1000 abitanti: prestazioni terapeutiche

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	448	8,1	10,0	419	9,2	11,5
Fidenza	393	9,4	53,2	381	10,0	49,0
V. Taro Ceno	375	5,0	47,3	322	7,6	53,7
Sud Est	333	9,5	86,3	334	12,9	84,7
Totale Azienda	405	8,3	34,1	383	9,7	34,9
Regione	440	11,1	34,1	461	10,6	33,1

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	456	8,6	12,1
Fidenza	388	10,6	49,1
V. Taro Ceno	453	4,3	34,3
Sud Est	378	7,0	72,4
Totale Azienda	425	8,2	31,7
Regione	468	10,4	32,9

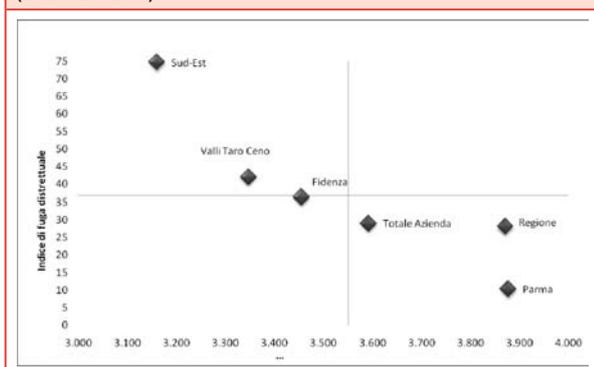
Fig.57 Indici di consumo e indice di fuga distrettuali 2007 - prestazioni terapeutiche



Gli indici di consumo relativi alle prestazioni terapeutiche evidenziano un trend in riduzione e valori distrettuali al di sotto del livello medio regionale soprattutto nell'ultimo periodo. Gli indici di fuga più alti si manifestano nei distretti di Fidenza e Sud-Est.

## Prestazioni Totali (Tranne Laboratorio)

Fig.58 Indici di consumo e indice di fuga distrettuali 2007 - prestazioni totali (tranne laboratorio)



Tab.55 Indici di consumo e di fuga per 1000 abitanti: prestazioni totali (tranne laboratorio)

Distretto	2005			2006		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	3.632	6,76	10,03	3.427	2,12	5,72
Fidenza	3.288	8,41	39,81	3.150	2,89	33,74
V. Taro Ceno	3.014	4,48	43,79	2.895	1,31	42,16
Sud Est	2.779	9,71	80,65	2.837	7,67	79,36
Totale Azienda	3.332	7,31	30,17	3.198	3,03	26,81
Regione	3.579	8,14	27,57	3.575	5,03	25,22

Distretto	2007		
	IC stand.	I. di fuga aziend.	I. di fuga distr.
Parma	3.877	6,5	10,3
Fidenza	3.455	8,1	36,4
V. Taro Ceno	3.347	4,4	42,0
Sud Est	3.160	8,1	74,7
Totale Azienda	3.592	6,9	29,0
Regione	3.871	8,1	28,1

Prendendo come riferimento tutte le prestazioni consumate (escludendo il Laboratorio) si osserva un graduale contenimento dei consumi entro lo standard, soprattutto nell'ultimo periodo.

## Sintesi sui Consumi

In sintesi si può osservare una situazione abbastanza compensata rispetto ai livelli di consumo. Si registra una quota di prestazioni che vengono consumate al di fuori dal Distretto di residenza. Questo fattore dipende sia da fattori di scelta 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 del Distretto di residenza. In tale senso i confini amministrativi dei Distretti vengono ridisegnati in bacini di gravitazione funzionali a questi fattori.

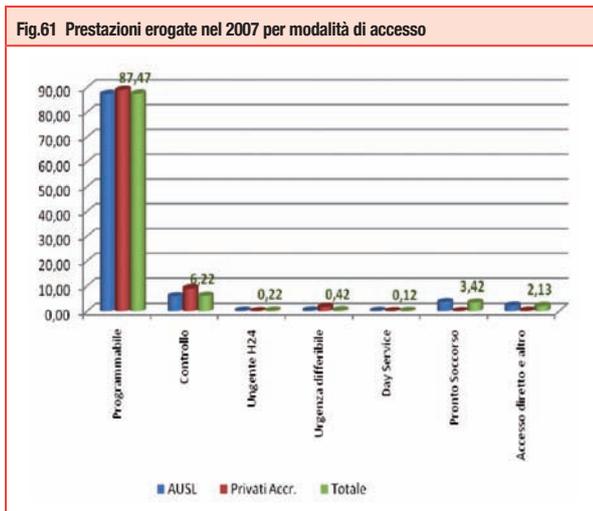
La rappresentazione grafica mette in luce come il Distretto di Parma, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera, abbia un bacino di afferenza più ampio dei confini amministrativi, mentre in altri casi si identificano specifiche sub-aree di afferenza nei vari Distretti in relazione alla polarizzazione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



## Indici di Consumo in Mobilità Passiva

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

## Modalità di accesso



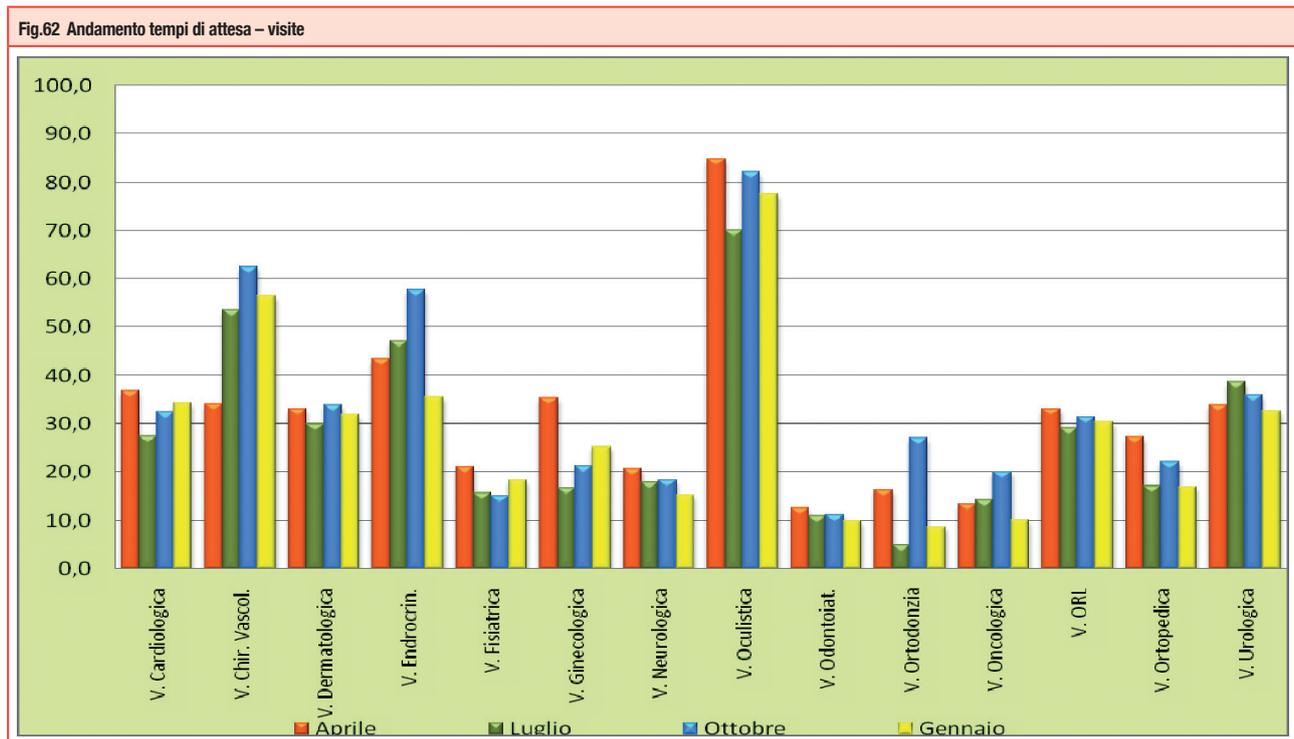
Analizzando i dati di attività per modalità di accesso, relativamente all'ambito dell'Azienda USL (comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate) si evidenzia una forte concentrazione di prestazioni programmabili rispetto ai controlli. Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero sono il 3,42%.

## Tempi di attesa

La valutazione del tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta per il cittadino un elemento di valutazione importante. Chiaramente la valutazione del tempo di attesa nell'ottica complessiva del sistema deve calarsi in una valutazione multifattoriale che prenda in esame anche i livelli di consumo per le prestazioni, il sistema di offerta e accessibilità, l'appropriatezza e il governo della domanda. In ambito aziendale il tema del monitoraggio dei tempi di attesa ha trovato una puntuale applicazione fin dalla fase sperimentale propedeutica all'attivazione delle rilevazioni nazionali e regionali. Inoltre mensilmente viene prodotta a livello locale una locandina relativa ai tempi di attesa, che considera come tempo di riferimento la prima disponibilità che si colloca in una sequenza di più giorni. Dal 2006 i dati dei 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 corso del 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).

Di seguito vengono proposti i dati relativi alle rilevazioni effettuate nel 2007. Per congruenza con il Piano dei tempi di attesa (con un nuovo set di prestazioni) è stato utilizzato il periodo aprile 2007-gennaio 2008. I dati rappresentati nei grafici sottostanti si riferiscono al valore medio dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri.

I dati rappresentati si riferiscono ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice e quindi possono risentire dei fattori di scelta dell'utente.



L'andamento dei tempi di attesa per le visite mette in luce una situazione abbastanza compensata per la gran parte delle visite. Si segnalano significative criticità per la visita oculistica, la visita endocrinologica e la visita chirurgica vascolare. In altre situazioni la criticità evidenziata (visita cardiologica, visita urologica) riguarda solo alcuni abiti distrettuali.

L'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica – alte tecnologie mette in luce una situazione abbastanza compensata. Le TAC non hanno caratteristiche di criticità, mentre permangono situazioni di criticità contingente per le RMN.

L'andamento dei tempi di attesa per le altre prestazioni di diagnostica strumentale mette in luce una situazione molto positiva.

Dalle osservazioni svolte si evidenzia che tutte le presta-

zioni stanno all'interno dello standard di attesa dei 60 giorni, con un solo caso (ottobre per la ecografia della mammella) appena oltre lo standard.

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 corso del 2007 sono state avviate azioni per il miglioramento dell'appropriatezza relativa all'accesso alle prestazioni di RMN e una ridefinizione dell'organizzazione dell'offerta relativa all'oculistica, finalizzate a produrre effetti di miglioramento dei tempi di attesa nel medio periodo.

Fig.63 Andamento tempi di attesa – diagnostica alte tecnologie

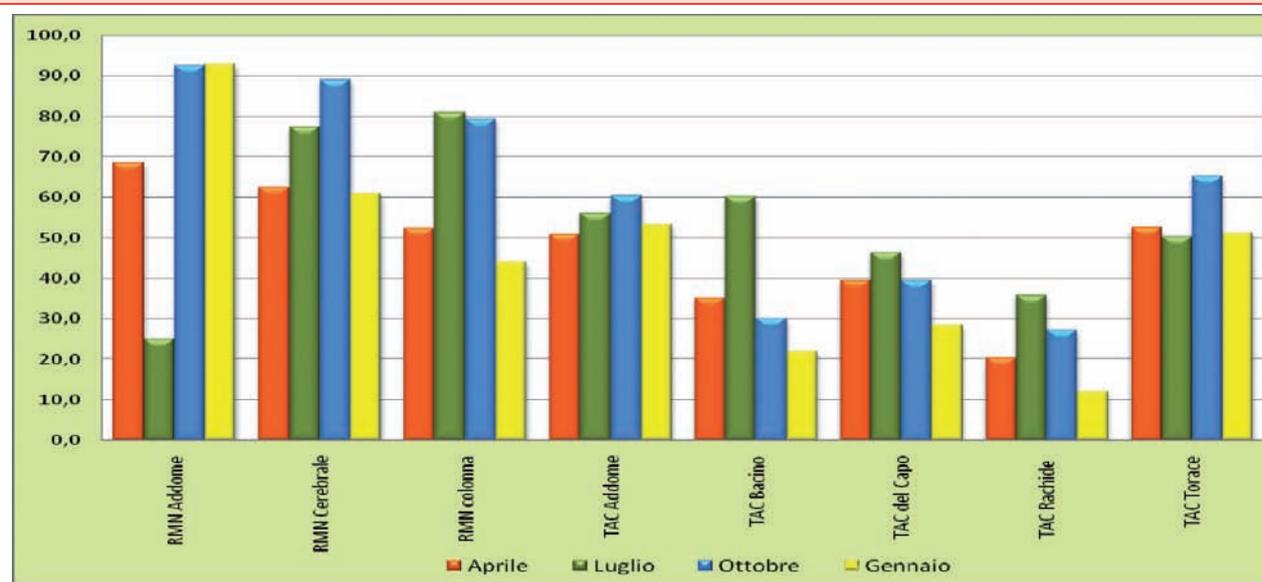
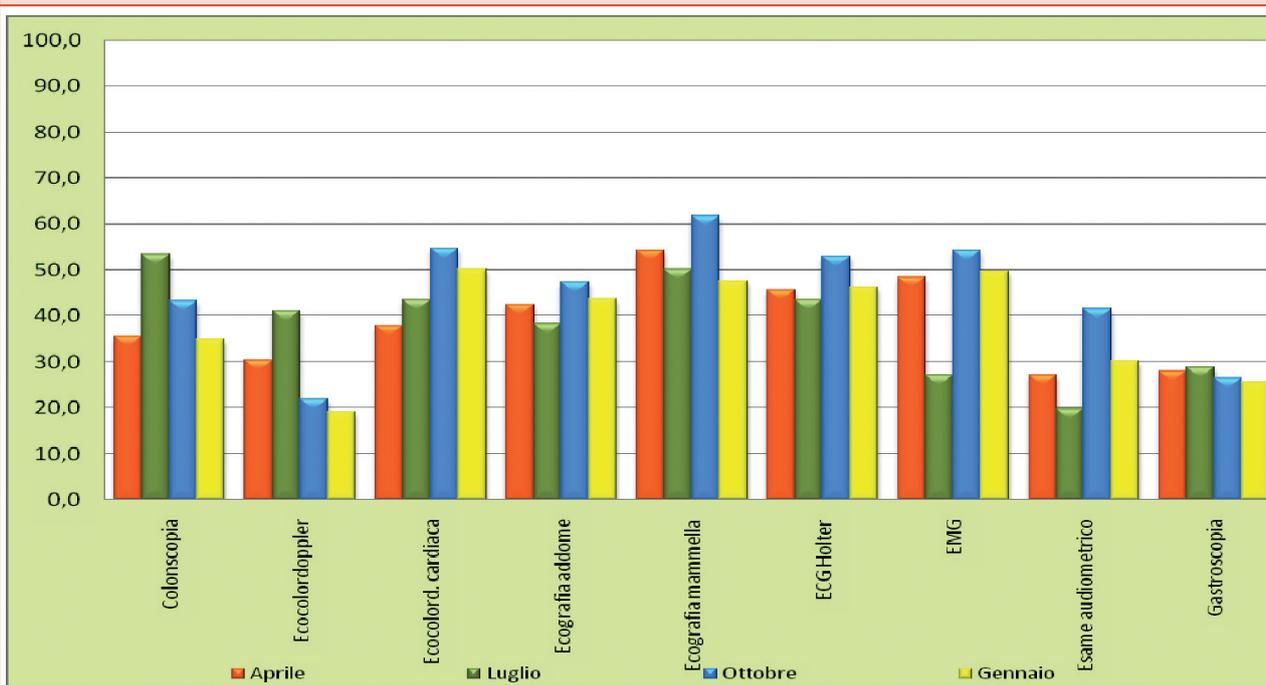


Fig.64 Andamento tempi di attesa – altra diagnostica



## Assistenza ospedaliera

L'Assistenza ospedaliera nell'ambito della provincia di Parma è garantita da una rete di strutture pubbliche e private che nel 2007 complessivamente contavano 2.372 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il Presidio Ospedaliero Aziendale di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate.

A livello provinciale, l'83% dei posti letto è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 59% all'intero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 25%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.

Dei 2.372 posti complessivamente disponibili, il 76,6% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,4% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 12% viene utilizzato per lungodegenza. Le Case di Cura della provincia di Parma dispongono di quasi il 60% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione e quindi tendono ad erogare un numero inferiore di ricoveri con durata di degenza più lunga.

Anche nel 2007 si osserva un'offerta di posti letto, peraltro già evidenziata negli anni precedenti, superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,7. I posti letto per acuti sono lentamente scesi dai 4,7 del 2001 agli attuali 4,3, mentre sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione l'offerta è progressivamente salita dallo 0,7 del 2001 all'1,3 del 2007. 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 1,3 i posti letto della disciplina di riabilitazione.

Fig.65 La rete delle strutture ospedaliere

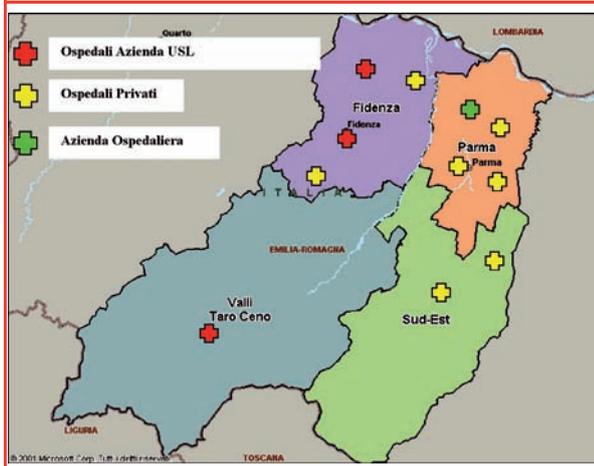


Fig.66 Numero e distribuzione percentuale dei posti letto e dei ricoveri per tipologia di struttura -2007

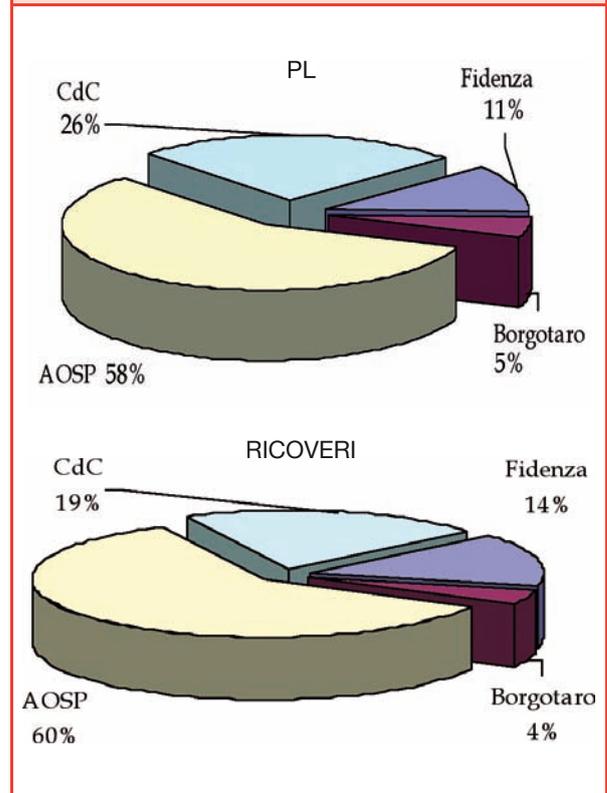
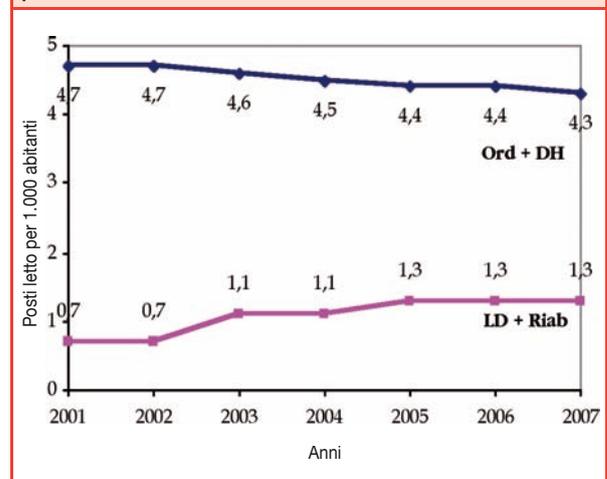


Fig.67 Posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti - anni 2001-2007

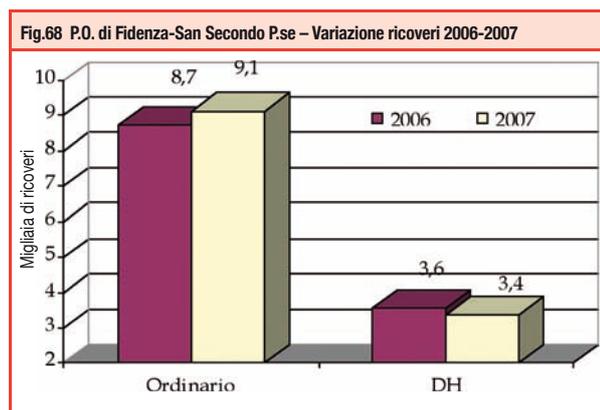


L'analisi dell'attività dei due Ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2007 ha evidenziato quanto segue.

## Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2007 il Presidio Ospedaliero di Fidenza – San Secondo Parmense ha ulteriormente incrementato la propria attività, passando da un totale di 12.283 ricoveri a 12.489, con una variazione positiva dell'1,7%, derivante da un aumento di 241 ricoveri per i residenti della provincia di Parma e da una riduzione di 35 casi per i ricoveri a favore di residenti di altre province e Regioni. La variazione negativa del flusso di mobilità è il risultato di un incremento significativo nel numero di ricoveri dall'estero e da altre Regioni (+ 56) e da una riduzione dei ricoveri per residenti della provincia di Piacenza (- 106).

In termini di regime di ricovero l'aumento più consistente si è concentrato negli accessi ordinari, dove il numero di pazienti trattati è cresciuto di 402 casi (+ 4,6%), con particolare riferimento agli interventi di gastroenterologia, ginecologia, chirurgia ORL e, dopo una fase iniziale di riduzione della casistica, di chirurgia ortopedica. Per i trattamenti in regime diurno, la contrazione di attività è stata molto consistente e pari al 5,5% (- 196 casi), derivante prevalentemente da una riconversione dei trattamenti di tipo medico verso il contesto assistenziale di tipo ambulatoriale di day surgery.



**Tab.56 P.O. di Fidenza - San Secondo P.se - Variazione DRG 2006-2007**

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza Day Hospital		
	2006	2007	Var. %	2006	2007	Var. %
DRG medici	5.152	5.376	4,3	2.105	1.762	-16,3
DRG chirurgici	2.960	3.037	2,6	1.460	1.670	14,4
DRG indifferenziati	605	706	16,7	1	1	0,0
Totale	8.717	9.119	4,6	3.566	3.370	-5,5

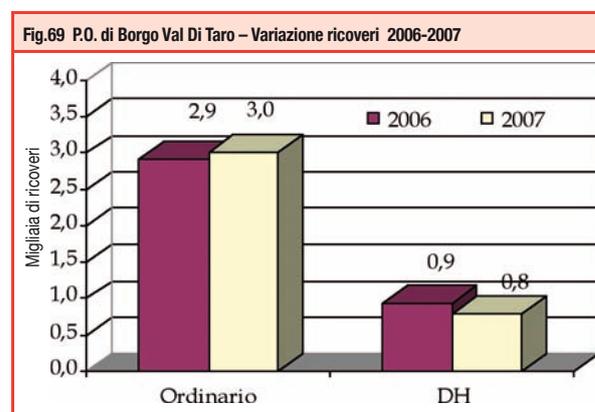
All'aumento di attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense è corrisposta, in termini di complessità della casistica trattata, una riduzione del peso medio dei ricoveri diminuito dell'1,5% per i ricoveri ordinari, mentre per i ricoveri, in regime diurno, l'aumento degli interventi afferenti all'area della gastroenterologia eseguiti in day-surgery ha contribuito ad incrementare dello 0,6% la complessità media della casistica. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale approvato nel

mezzo di dicembre 2007 e valevole per l'intero 2007, è incrementata di circa 2.000.000 € (+6,8%).

## Ospedale di Borgo Val di Taro

L'attività del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro ha subito, nel 2007, una contrazione di 47 ricoveri (- 1,2%), passati da 3.846 del 2006 a 3.799. La riduzione di attività ha riguardato sia l'attività a favore dei residenti, diminuita di 37 casi, che quella a favore di altre province e Regioni, diminuita di 10 casi. La variazione più significativa nei flussi di mobilità attiva ha riguardato i ricoveri per residenti della provincia di Reggio-Emilia, diminuiti di 7 unità.

Il risultato complessivo è frutto di un aumento nel numero di ricoveri in regime ordinario, cresciuti di 92 casi (+ 3,2%) e di una corrispondente riduzione di quelli in regime diurno, ridotti di 139 unità (- 14,9%). Tra gli aumenti di attività in ambito di degenza ordinaria vanno segnalati quelli nell'area della cardiologia, della chirurgia ortopedica, dell'oncologia e dell'ostetricia, mentre in ambito diurno le riduzioni significative si riferiscono alla chirurgia ortopedica, alla chirurgia gastroenterologica ed alla chirurgia vascolare. Da segnalare il consolidamento dell'attività chirurgica in regime ambulatoriale per il trattamento della cataratta, che ha visto un numero di trattamenti pari a 245 con un aumento del 2,5% rispetto al 2006.



**Tab.57 Ospedale di Borgo Val Di Taro - Variazione DRG 2006-2007**

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza Day Hospital		
	2006	2007	Var. %	2006	2007	Var. %
DRG medici	1.635	1.614	-1,3	261	267	2,3
DRG chirurgici	1.058	1.154	9,1	674	529	-21,5
DRG indifferenziati	218	235	7,8	-	-	-
Totale	2.911	3.003	3,2	935	796	-14,9

Il potenziamento di attività nell'area dell'alta complessità (chirurgia ortopedica, cardiologia) ha determinato anche un aumento, in termini di complessità della casistica trattata, del peso medio dei ricoveri ordinari passato dall'1,01 al 1,04; per i ricoveri in regime diurno, la riduzione consistente di attività ha ridotto la complessità

media dallo 0,94 del 2006 allo 0,93 del 2007. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale approvato nel mese di dicembre 2007 e valevole per l'intero 2007, è incrementata di circa 300.000 € (+2,8%).

Ulteriori informazioni rispetto alle caratteristiche e potenzialità della rete ospedaliera della provincia di Parma provengono dall'analisi dell'indice di attrazione, calcolato come distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche aziendali per area di residenza (provincia di Parma, Regione Emilia-Romagna, altre Regioni); l'indicatore permette di valutare la capacità dei presidi aziendali di attrarre ricoveri da popolazioni diverse rispetto a quella di riferimento (tipicamente la popolazione residente nella provincia).

Nel caso della Azienda USL di Parma il dato rimane nei 5 anni considerati sostanzialmente stabile e pari a circa 86% per i ricoveri di residenti provinciali e mediamente pari a 14,5% per i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni, anche se relativamente a questi ultimi preme segnalare il recupero rispetto allo scorso anno con una quota di ricoveri di residenti di altre Regioni passata da 6,2% a 6,5%.

L'incremento di attività a favore di residenti e di mobilità attiva extra-regionale ha contratto la quota di ricoveri provenienti da altre Aziende della Regione, passati dal 7,9% al 7,3%. Diversamente da quanto osservato per i presidi di altre Aziende USL della Regione (Cesena, Forlì e Rimini), i presidi della provincia confermano la vocazione "locale", destinati prevalentemente al trattamento di pazienti provenienti dall'ambito provinciale.

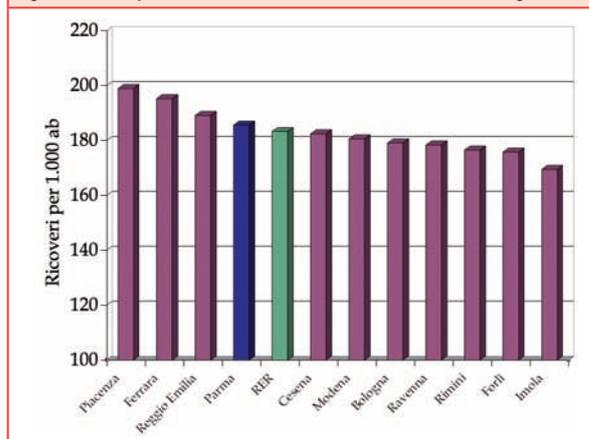
## Tasso di ospedalizzazione

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 è pari a 185,5 ricoveri per 1.000 residenti, di poco superiore al valore regionale, pari per il 2007 a 183,2. Dopo la significativa riduzione nel numero di ricoveri registrata tra il 2002 ed il 2003, questo indicatore sembra avere raggiunto un livello abbastanza stabile senza significative variazioni nel periodo 2003-2006 e comunque inferiore a quanto osservato nelle Aziende di Piacenza, Reggio-Emilia e Ferrara.

La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di day-hospital in trattamenti erogabili o in regime ambulatoriale (es. rimozione del tunnel carpale, interventi per cataratta) o gestibili in contesti di tipo territoriale, rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo: i ricoveri medici in day-hospital sono infatti scesi dal 30,0 del 2001 agli attuali 23,1 ricoveri per 1.000 abitanti mentre quelli di tipo chirurgico sono passati dal 31,2 al 24,9.

È possibile calcolare il tasso di ospedalizzazione considerando sia l'area di residenza degli assistiti (in questo caso il Distretto Sanitario) che la struttura di riferimento, sia questa il presidio aziendale, l'Azienda Ospedaliero-

Fig.70 Tasso di ospedalizzazione standardizzato – Aziende Usi Emilia-Romagna – 2007



Universitaria di Parma, le strutture private aziendali, altre strutture pubbliche e private regionali (mobilità infra-regionale) oppure strutture pubbliche e private di altre regioni (mobilità extra-regionale).

È evidente l'importanza che i due Ospedali a gestione diretta rivestono per le popolazioni del Distretto: in entrambi i casi il tasso di ospedalizzazione risulta essere molto elevato ed addirittura il più elevato per il Distretto di Fidenza, mentre per quello di Valli Taro e Ceno il tasso più elevato si riferisce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Quest'ultima costituisce invece il punto di riferimento principale per i residenti dei due Distretti di Parma e Sud-Est anche se per queste due realtà, anche in considerazione delle caratteristiche strutturali dell'offerta, il ruolo del settore privato è significativo: in entrambi i casi il tasso di ospedalizzazione è doppio rispetto a quello osservato nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno. Interessante da ultimo segnalare l'attrattiva che strutture ubicate al di fuori della Regione Emilia-Romagna esercitano, anche in considerazione della collocazione rivierasca di molti comuni, sugli abitanti dei Distretti di Fidenza e Parma.

Tab.58 Tasso grezzo di ospedalizzazione per 1.000 abitanti – 2006

	Pres. del Distr.	Altri pres.	AOSP	CdC prov.	Mob. intra-reg.	Mob. extra-reg.	Tot.
Parma	-	8,40	126,23	39,21	9,51	18,74	202,09
Fidenza	80,67	1,42	56,38	18,15	15,29	18,26	190,17
Sud-Est	-	7,14	110,21	43,20	18,02	12,08	190,65
Valli Taro e Ceno	62,45	16,47	70,66	21,41	6,74	14,24	191,97
Totale	25,84	7,45	101,04	32,96	11,97	17,02	196,28

Tab.59 Tasso grezzo di ospedalizzazione per 1.000 abitanti – 2007

	Pres. del Distr.	Altri pres.	AOSP	CdC prov.	Mob. intra-reg.	Mob. extra-reg.	Tot.
Parma	-	8,90	126,67	39,03	9,59	18,59	202,77
Fidenza	80,55	1,25	56,54	17,98	15,74	18,13	190,19
Sud-Est	-	7,29	106,65	40,29	18,35	11,90	184,49
Valli Taro e Ceno	62,66	16,35	71,94	20,37	6,98	14,28	192,58
Totale	25,74	7,65	100,89	32,26	12,21	16,89	195,65

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 Sissa (208 ricoveri per 1.000 residenti), Roccabianca (205 ricoveri), Parma (202), Lesignano e Colorno (201). Dall'altro lato i comuni di Valmozzola e Compiano hanno tassi di ospedalizzazione molto contenuti e pari, rispettivamente a 150 e 149.

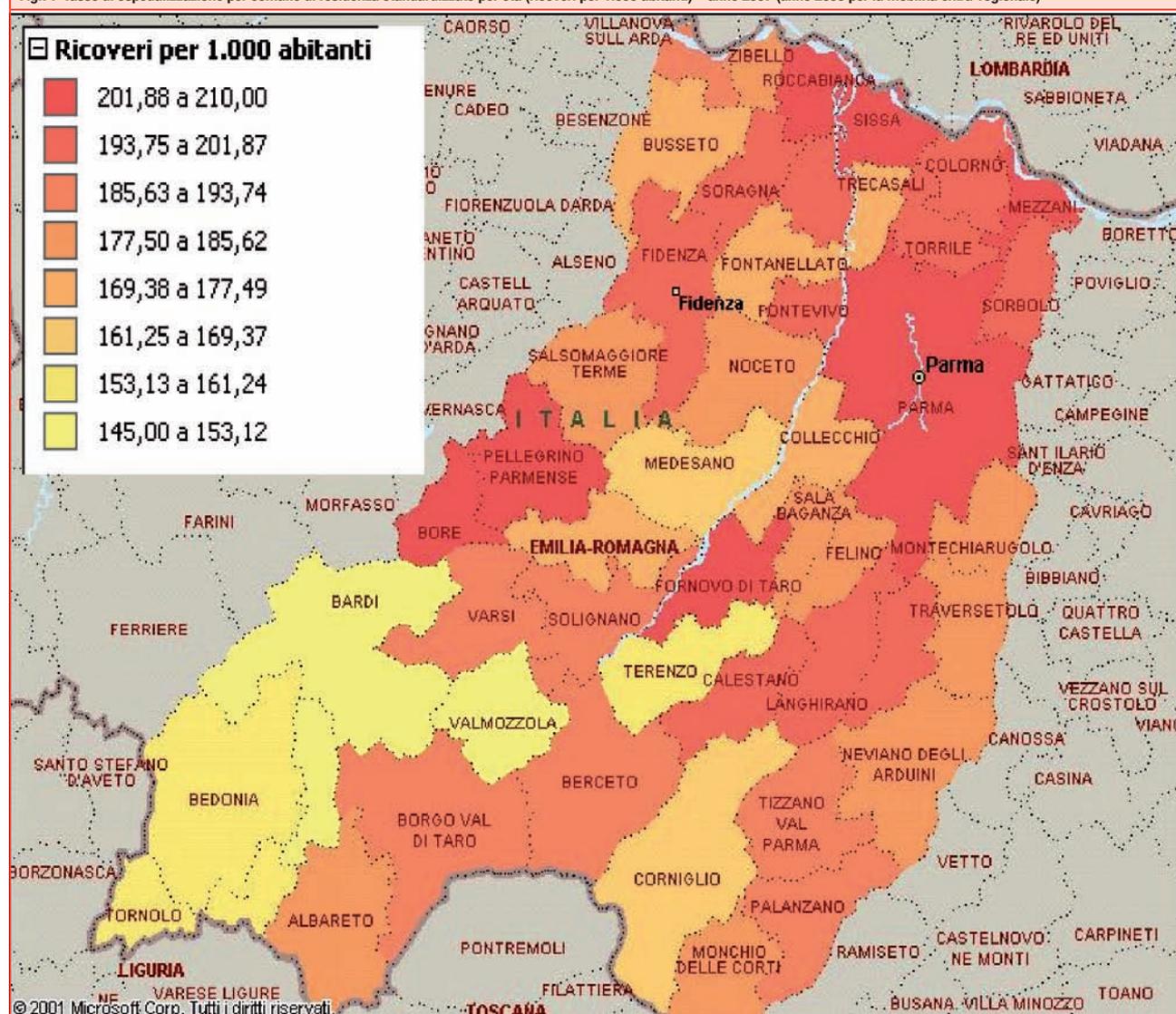
La Tabella n.60 che riporta la distribuzione dei ricoveri dei residenti per struttura di riferimento e principale categoria diagnostica, permette di evidenziare alcune caratteristiche:

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta il principale punto di riferimento dell'assistenza ospedaliera in Provincia di Parma con quasi il 52%

di tutti i ricoveri e con punte massime del 70% per traumatismi e malattie infettive, dell'83% per HIV e del 97% per ustioni (ricordiamo che l'AOSP di Parma è sede di uno dei due Centri Grandi Ustionati della Regione Emilia-Romagna);

- le categorie diagnostiche maggiormente oggetto di ricovero sono quelle relative a patologie dell'apparato muscoloscheletrico, cardiocircolatorio e digerente, che da sole rappresentano quasi il 37% di tutti i ricoveri a favore dei residenti;
- gli Ospedali a gestione diretta rappresentano un punto di attrazione significativo soprattutto per le patologie relative a gravidanza, parto e puerperio (21%), all'apparato riproduttivo femminile (24%), alle malattie del rene (26%) e dell'apparato riproduttivo maschile (41%);
- per quanto infine riguarda le Case di Cura della provincia, significativo il ruolo svolto nel trattamento delle malattie mentali (30% di tutti i ricoveri), dell'abuso di alcool e farmaci (58%), delle patologie dermatologiche (31%) e delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (26%).

Fig.71 Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza standardizzato per età (ricoveri per 1.000 abitanti) – anno 2007 (anno 2006 per la mobilità extra-regionale)



Tab.60 Ricoveri per struttura di riferimento e categoria diagnostica – anno 2007

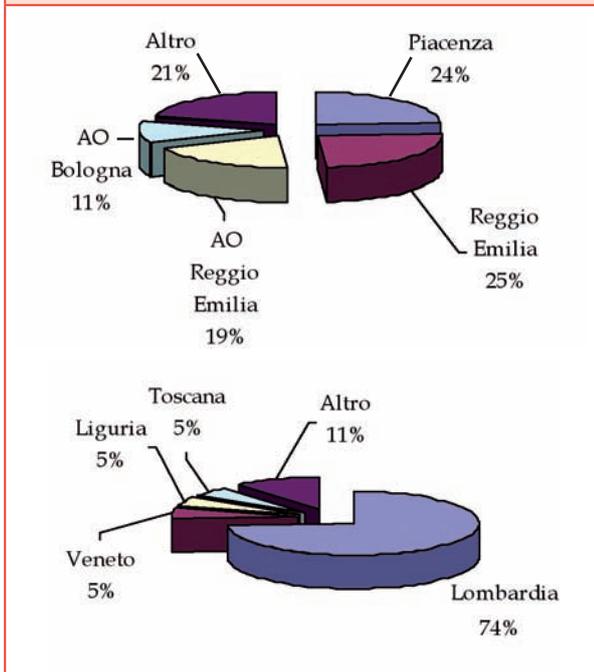
	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura provincia	Altre province RER	Mobilità passiva extra-regionale	Totale
App.muscoloscheletrico	1.756	4.137	2.935	991	1.635	11.454
App. cardiocircolatorio	1.887	6.220	1.933	362	1.108	11.510
App. digerente	1.336	3.970	1.119	280	323	7.028
Gravidanza, parto e puerperio	1.314	3.317	695	650	363	6.339
Sistema nervoso	967	3.202	988	224	526	5.907
App.respiratorio	699	3.773	351	113	239	5.175
Periodo neonatale	842	2.509	171	417	196	4.135
Neoplasie scarsamente differenziate	692	2.154	254	317	465	3.882
App. riproduttivo femminile	917	1.348	816	419	314	3.814
Fegato, vie biliari, pancreas	504	2.086	221	138	144	3.093
Rene e vie urinarie	799	1.847	157	116	166	3.085
Pelle, tessuto sottocutaneo	265	1.332	887	118	237	2.839
ORL	107	1.311	581	258	195	2.452
Malattie mentali	565	636	584	35	123	1.943
Occhio	10	872	140	240	368	1.630
Endocrini, metabolici	166	813	194	87	242	1.502
App. riproduttivo maschile	591	646	48	57	110	1.452
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	127	389	464	71	148	1.199
Traumatismi ed avvelenamenti	127	603	56	46	40	872
Sangue ed organi ematopoietici	189	442	58	41	83	813
Malattie infettive	60	445	49	28	39	621
Abuso alcool/farmaci	88	56	239	19	8	410
Infezioni HIV	2	150	-	12	15	179
Traumatismi multipli	16	51	-	-	8	75
Ustioni	-	36	1	-	-	37
<b>TOTALE</b>	<b>14.026</b>	<b>42.345</b>	<b>12.941</b>	<b>5.039</b>	<b>7.095</b>	<b>81.446</b>

## 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 2007 un costo di 14,950 milioni di € per il finanziamento di 5.039 ricoveri erogati dalle altre strutture della Regione Emilia-Romagna (mobilità infraregionale) e, nel 2006, di 20,215 milioni di € per 7.095 ricoveri erogati da strutture delle altre Regioni (mobilità passiva extra-regionale). Come evidenziato dalla figura n.72 le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente quasi il 68% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 74% degli oltre 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.

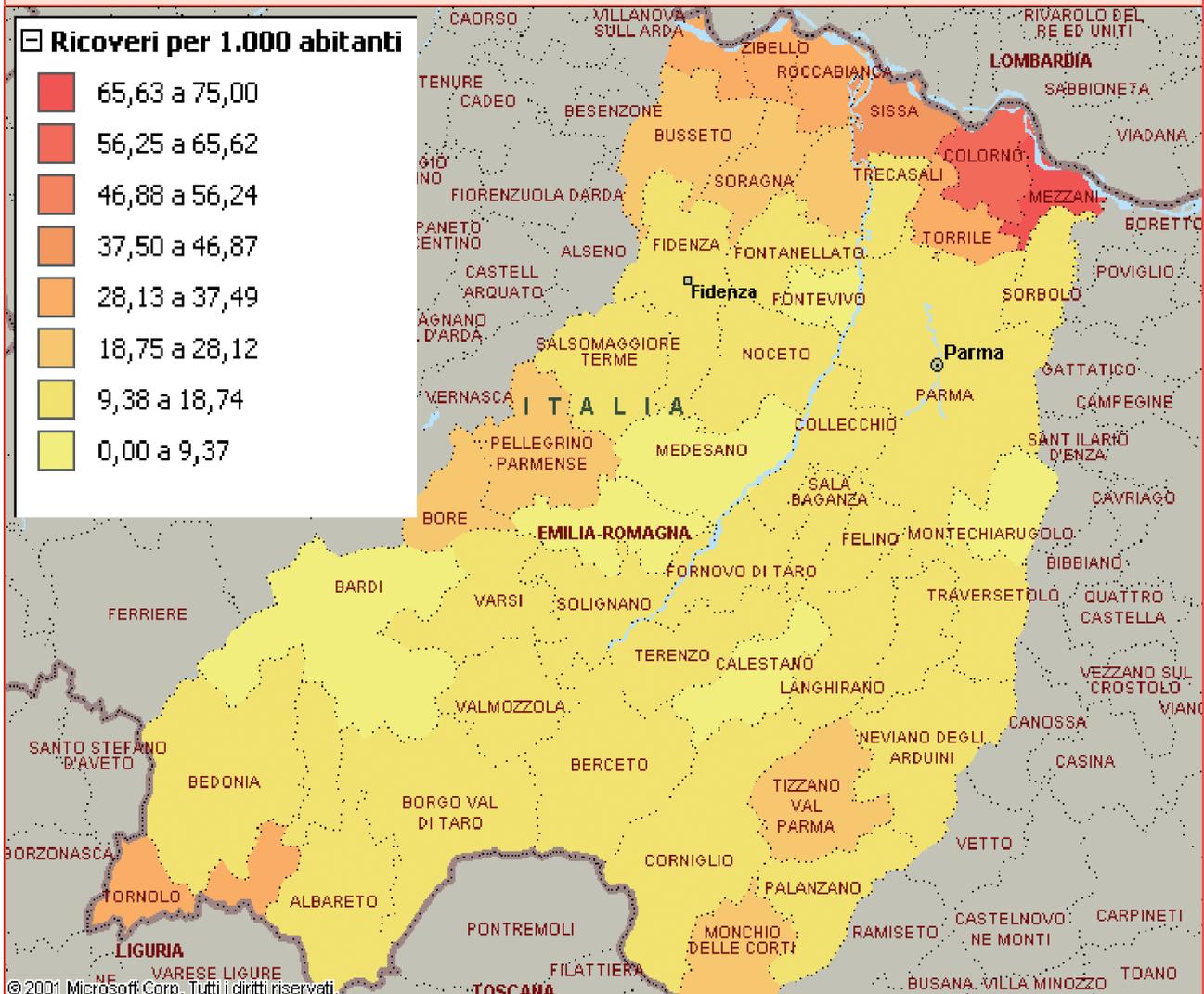
Fig.72 Mobilità passiva infra-regionale (2006) ed extraregionale (2005) – distribuzione degli importi economici per azienda/regione di destinazione



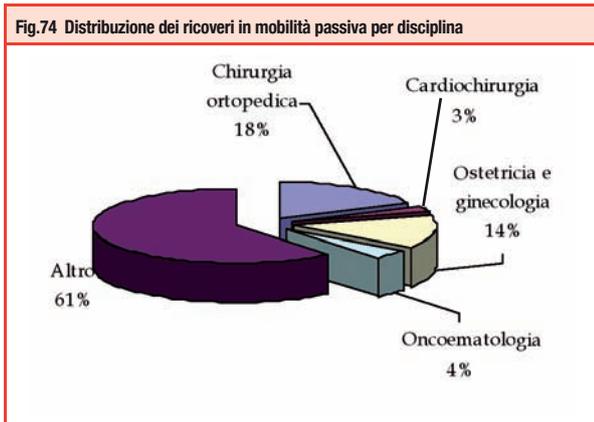
Le zone della provincia maggiormente interessate dalla mobilità passiva sono inevitabilmente quelle di confine, laddove le caratteristiche della rete viaria e dell'offerta di strutture nelle Regioni e Aziende sanitarie limitrofe costituiscono elementi di attrazione per i pazienti. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani con un tasso di ospedalizzazione in mobilità pari a 70,4 ricoveri per 1.000 residenti, Colorno (59,5) e Sissa (45,2). Si evidenziano invece i comuni ubicati al centro della Provincia, i cui residenti preferiscono soprattutto le strutture provinciali, più agevoli da raggiungere: Calestano con 7,5 ricoveri per 1.000 residenti, Varano (8), Montechiarugolo (8,2) e Medesano (9,1).

È interessante evidenziare come, indipendentemente dalla localizzazione delle strutture oggetto di mobilità, le scelte dei pazienti riguardano principalmente prestazioni di chirurgia ortopedica, cardiocirurgia, ostetricia e ginecologia e oncematologia per le quali la spesa è stata di 6,740 milioni di € per la mobilità infra-regionale nel 2007 e 9,175 milioni di € per la mobilità interregionale nel 2006. Queste discipline rappresentano da sole il 46% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 39% dei ricoveri complessivamente erogati.

Fig.73 Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza standardizzato per età (ricoveri per 1.000 abitanti) – anno 2007 (anno 2006 per la mobilità extra-regionale)



**Fig.74 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 2007 ha cercato di 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

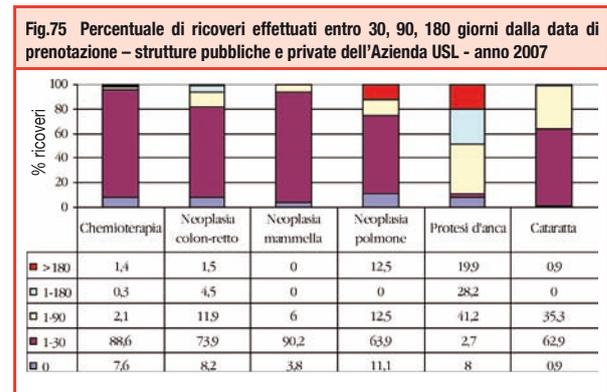
La capacità del Sistema Sanitario provinciale di rispondere in maniera tempestiva ed adeguata alle esigenze di assistenza ospedaliera della popolazione di riferimento, ma anche dei pazienti di altre realtà, può essere misurata anche analizzando i tempi di attesa per alcune prestazioni selezionate e ritenute "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 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. Mentre per gli interventi di cataratta, per i trattamenti chemioterapici e per gli interventi per tumore della mammella i tempi di attesa sono quasi completamente garantiti dalla rete dell'offerta, lo stesso non può dirsi per le restanti prestazioni. La situazione è parzialmente critica per gli interventi di protesi d'anca, per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2007, pari al 51,9%, di poco al di sopra del target di riferimento, mentre gli interventi entro 180 giorni sono stati l'80,1% e non il 90% come previsto.

Permangono inoltre alcune difficoltà di presa in carico tempestiva del paziente relativamente agli interventi per la neoplasia del colon-retto, per i quali solo il 73,9% dei ricoveri è avvenuto entro i tempi richiesti e per gli interventi di neoplasia del polmone, anche se in quest'ultimo caso le strutture aziendali hanno trattato solo otto

casi, visto che la maggior parte degli interventi è erogata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

**Fig.75 Percentuale di ricoveri effettuati entro 30, 90, 180 giorni dalla data di prenotazione - strutture pubbliche e private dell'Azienda USL - anno 2007**



## Piano Sangue

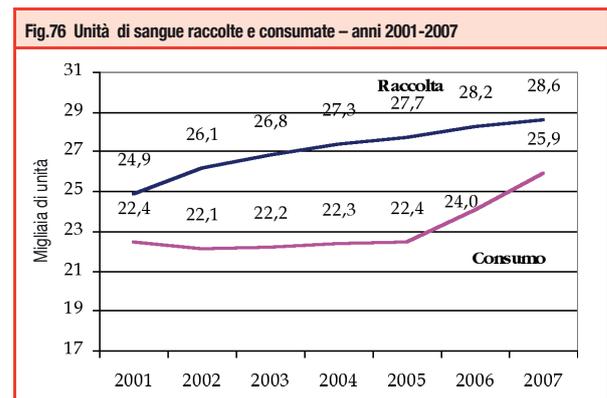
Il raggiungimento dell'autosufficienza nell'ambito della raccolta di sangue è promosso dal "Piano Regionale Sangue" che a sua volta si traduce nel Piano Provinciale Sangue. A livello provinciale esiste una Commissione Provinciale formata da: Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Associazioni dei Donatori di Sangue e Case di Cura Private che si occupa dell'andamento e di tutte le problematiche della raccolta di sangue a livello provinciale. Esiste 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.

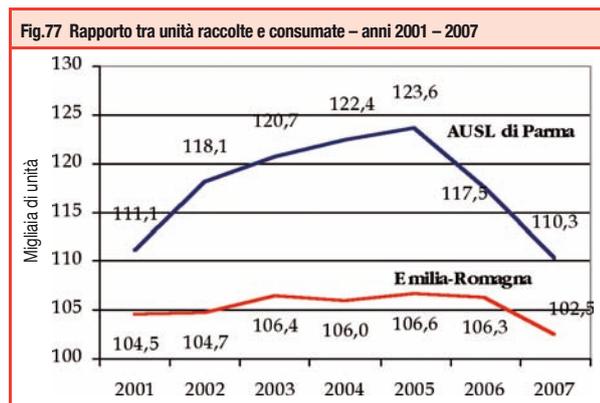
Nel 2007 è continuato il significativo aumento (7,8%) del numero di unità consumate; l'aumento di consumo è stato significativamente superiore all'incremento (1,4%) delle unità raccolte che hanno peraltro fatto registrare una flessione rispetto all'incremento dell'1,9% tra il 2005 ed il 2006.

L'aumento di unità consumate ha determinato una significativa riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate, sceso dal 123,6 del 2005 a 110,3, ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e secondo solo a quello delle Aziende USL di Modena e Reggio Emilia.

La tendenza di aumento dei consumi, che risulta per il secondo anno superiore a quella di aumento della raccolta, suggerisce di lavorare ancora più intensamente sia sul buon uso del sangue, sia nella promozione alla donazione di sangue.

**Fig.76 Unità di sangue raccolte e consumate - anni 2001-2007**





ed antipneumococcica negli anziani nella provincia di Parma ha indubbiamente contribuito negli anni alla riduzione di questo indicatore.

**Tab.62 Dimissioni per polmonite per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	0,22	0,40	0,65	0,52
Parma	0,47	1,93	0,18	0,35
Sud Est	0,64	1,74	0	0,25
Valli Taro e Ceno	0,23	0,70	0,16	0,47
AUSL Parma	0,51	1,34	0,25	0,39
Regione	0,51	1,03	0,41	0,46

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

## Qualità dell'assistenza

### Basso Peso alla Nascita

**Tab.61 Nati con basso peso per 1.000 abitanti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	48,0	42,1	43,7	43,3
Parma	55,1	54,9	57,5	42,9
Sud Est	55,1	53,5	52,4	53,6
Valli Taro e Ceno	58,3	28,2	54,2	85,8
AUSL Parma	53,4	46,0	48,9	49,2
Regione	51,0	49,4	52,8	51,9

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 in provincia si attesti negli ultimi anni ad un livello inferiore a quello regionale, seppure con differenze significative fra Distretti. Nel 2007 spicca in proposito il dato del Distretto Valli Taro e Ceno con valori doppi rispetto ai Distretti di Fidenza e Parma.

### Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani

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 siano efficaci per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie. L'aumento del tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale

### Diabete, complicanze a breve termine

**Tab.63 Dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	0,69	0,62	0,28	0,38
Parma	0,66	0,89	0,64	0,67
Sud Est	0,41	0,63	0,86	0,71
Valli Taro e Ceno	0,32	0,72	0,52	0,73
AUSL Parma	0,59	0,71	0,58	0,62
Regione	0,43	0,49	0,48	0,43

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 numero di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, in un quadro di sostanziale stabilità nel quadriennio. Ciò depone a favore di comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura, anche se la patologia diabetica registra un'incidenza crescente nel tempo.

### Diabete, complicanze a lungo termine

**Tab.64 Dimissioni per complicanze diabetiche a lungo termine per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	2,87	3,45	2,55	3,41
Parma	2,59	2,84	3,08	2,94
Sud Est	2,18	2,45	2,14	2,52
Valli Taro e Ceno	2,58	2,71	2,12	2,56
AUSL Parma	2,58	2,90	2,69	2,94
Regione	1,92	2,07	1,98	2,08

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'aumentata sopravvivenza dei malati a seguito del miglior trattamento della patologia, giustifica l'aumento dell'indicatore che si verifica sia in ambito regionale che provinciale dove spicca, tuttavia, la frequenza più elevata nel 2007 che si registra nel Distretto di Fidenza.

## Parto Cesareo

Tab.65 Parti cesarei, ogni 100 nati, per punto nascita

Punto nascita	2004	2005	2006	2007
Fidenza	22,9	21,6	28,4	24,8
Borgotaro	28,7	30,1	27,7	34,0
Città di Parma	58,0	60,9	63,2	58,5
AOSP Parma	38,5	33,6	33,4	38,0
Provincia di Parma	38,1	34,7	35,6	37,6
Regione	30,9	30,3	29,9	30,7
Pubblico	30,4	29,9	29,5	30,3
Privato	62,3	62,6	62,7	63,1

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Il parto cesareo è ormai considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata, anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno evidenziato come la variabilità nella percentuale di parti cesarei sia da attribuire anche al comportamento ed alle preferenze dei medici. È pertanto opinione condivisa che riduzioni nel ricorso a questa metodica possano essere considerate come indicative di un miglioramento della qualità dell'assistenza. Nella provincia di Parma si evidenzia come la struttura privata Città di Parma abbia percentuali di utilizzo di questa procedura molto più elevate rispetto alle strutture pubbliche, seppur con una flessione nel 2007, anno in cui l'indicatore è tuttavia complessivamente in aumento sia in ambito regionale che provinciale.

## Mortalità Intraospedaliera a seguito di interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

Nel periodo 2000-2007 si sono verificati complessivamente 11 casi mortali per isterectomia, laminectomia, sostituzione di ginocchio, protesi d'anca e colecistectomia. Il numero esiguo di eventi infausti rende scarsamente significativa l'analisi statistica: basta anche un solo caso per variare in modo significativo il dato. Da sottolineare che nel 2007 si sono verificati 6 degli 11 casi considerati, di cui 5 per colecistectomia, intervento che presenta a livello regionale i tassi più elevati di mortalità intraospedaliera.

## Mortalità Intraospedaliera per Infarto Miocardico Acuto (IMA)

Tab.66 Percentuale di mortalità intraospedaliera per IMA

Provincia di	2004	2005	2006	2007
Piacenza	16,8	20,6	19,0	15,3
Parma	22,5	15,7	15,5	15,0
Reggio Emilia	16,5	18,2	14,7	14,7
Modena	14,4	12,7	13,5	13,8
Bologna	15,8	16,7	16,7	15,3
Ferrara	16,5	19,8	17,9	19,2
Ravenna	18,2	18,6	16,7	12,7
Forlì	20,4	17,4	12,5	11,1
Rimini	15,6	13,8	15,0	11,8
Regione	17,0	16,6	15,6	14,4

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 consistente e costante decremento nel quadriennio, pur confermandosi al di sopra della media regionale.

## Tasso di ospedalizzazione evitabile

Tab.67 Dimissioni per asma per 1000 residenti

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	0,38	0,24	0,25	0,26
Parma	0,56	0,51	0,37	0,38
Sud Est	0,48	0,30	0,36	0,43
Valli Taro e Ceno	0,60	0,25	0,29	0,26
AUSL Parma	0,50	0,44	0,39	0,35
Regione	0,39	0,35	0,28	0,24

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

L'asma è considerata una delle ragioni più frequenti per un ricovero; 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%. Sia in ambito regionale che provinciale l'indicatore è in costante diminuzione.

Tab.68 Dimissioni per scompenso cardiaco congestizio per 1000 residenti

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	2,79	2,38	2,14	2,24
Parma	2,25	2,29	2,08	1,67
Sud Est	3,52	2,83	2,84	2,26
Valli Taro e Ceno	2,44	1,82	1,29	1,39
AUSL Parma	2,60	2,71	2,47	1,87
Regione	3,11	3,03	2,97	3,03

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 evidenzia valori medi che si mantengono al di sotto della media regionale e con una riduzione nel periodo considerato, specialmente nel Distretto di Parma.

**Tab.69 Dimissioni per malattie polmonari croniche per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	1,50	1,55	1,18	1,29
Parma	1,47	1,41	0,99	0,84
Sud Est	2,49	1,68	1,36	1,21
Valli Taro e Ceno	1,77	1,50	1,10	1,02
AUSL Parma	1,67	1,73	1,29	1,03
Regione	2,18	2,27	1,94	1,90

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 inferiori rispetto a quelli medi regionali e si nota un andamento in costante e consistente diminuzione.

**Tab.70 Dimissioni per ipertensione per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	0,10	0,09	0,07	0,09
Parma	0,18	0,14	0,12	0,06
Sud Est	0,17	0,07	0,04	0,07
Valli Taro e Ceno	0,20	0,08	0,06	0,09
AUSL Parma	0,16	0,12	0,10	0,07
Regione	0,10	0,08	0,08	0,07

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 periodo per i residenti della provincia di Parma si stanno costantemente allineando alla media regionale nel 2007, dove spicca il netto calo registrato nel Distretto di Parma.

**Tab.71 Dimissioni per diabete per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	0,36	0,24	0,20	0,14
Parma	0,44	0,38	0,32	0,36
Sud Est	0,39	0,30	0,23	0,23
Valli Taro e Ceno	0,32	0,39	0,21	0,28
AUSL Parma	0,40	0,38	0,31	0,28
Regione	0,28	0,29	0,24	0,24

Fonte: Banca dati SDO - 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 si registra un valore in calo costante nel quadriennio, con tendenza ad allinearsi al valore dell'indicatore regionale.

**Tab.72 Tasso di ospedalizzazione evitabile complessivo per 1000 residenti**

Distretto	2004	2005	2006	2007
Fidenza	nd	4,50	3,85	4,60
Parma	nd	4,73	3,88	3,17
Sud Est	nd	5,18	4,84	4,51
Valli Taro e Ceno	nd	4,04	2,96	2,87
AUSL Parma	5,35	5,40	4,57	3,70
Regione	6,07	6,04	5,51	5,50

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Sono stati 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 trattate 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.

Si può osservare come l'Azienda USL di Parma presenti complessivamente dati migliori della media regionale. Nel 2007 dei cinque indicatori considerati due sono migliori, due peggiori ed uno in linea con la media regionale. Più specificatamente sono migliori i valori relativi allo scompenso cardiaco ed alle patologie polmonari croniche, mentre sono peggiori i valori relativi all'asma ed al diabete, in linea i valori relativi all'ipertensione.







## Sezione

### **Gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali**

Questa sezione del documento è finalizzata ad esplicitare i principali obiettivi istituzionali aziendali e ad illustrare le modalità adottate per conseguirli. I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto nei documenti attraverso cui si esplica la pianificazione e la programmazione dell'attività aziendale e nei documenti di sistema regionali e locali. L'obiettivo informativo specifico è quello di indicare i macro-obiettivi che l'azienda si è impegnata a conseguire e di illustrare le strategie attraverso cui essa ha inteso operare, al fine di comprendere come sia stata declinata la sua mission. Costituisce il "cuore" del documento, verifica se e quanto l'azienda ha corrisposto ai propri obblighi verso il cittadino ed il sistema in relazione alla:

1. Trasparenza e partecipazione;
2. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria;
3. Universalità ed equità di accesso;
4. Promozione dell'eccellenza.



## Trasparenza e partecipazione per favorire la valutazione dei servizi, la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini degli utenti e delle loro organizzazioni

L'attività dell'Azienda nel corso del 2007 ha teso al maggior sviluppo della partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze sul territorio al fine di garantire quella trasparenza dell'azione amministrativa e sanitaria necessaria per garantire e tutelare al salute dei cittadini. I momenti di confronto sono stati diversi e ricchi di spunti per alimentare e integrare l'attività degli attori rappresentanti dei cittadini. Inserire gli spunti e le opinioni, le richieste le indicazioni ed in generale il sentimento partecipativo insieme alla costante integrazione con questi importanti soggetti, ha consentito di arricchire l'azione dei servizi aziendali di punti di vista e di apporti di competenze e conoscenze che hanno migliorato la qualità delle scelte e dell'attività.

Promuovere e favorire la partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze significa sviluppare quei principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, al fine di favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti. La tutela dei diritti dei cittadini insieme alla valutazione della qualità dei servizi diviene un momento fondamentale per la piena realizzazione della salute.

### I Comitati Consultivi Misti

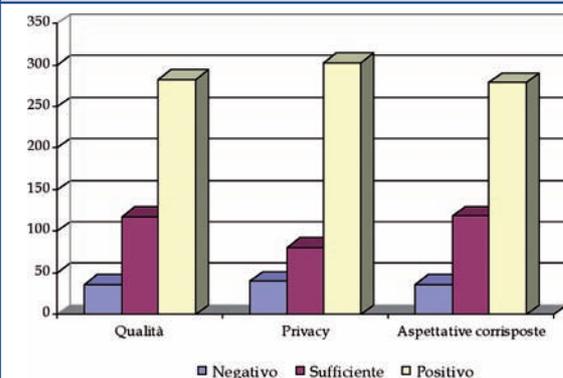
Consapevole dell'importanza che sta assumendo la qualità dei servizi, l'Azienda USL di Parma ha avvertito l'esigenza di realizzare un monitoraggio della soddisfazione degli utenti presso i servizi di front-office, attraverso un'indagine diretta sulla qualità percepita nei confronti dei servizi stessi e la comprensione delle percezioni che il personale dell'Azienda possiede, nei confronti della qualità dei servizi oggetto d'indagine.

Il Progetto Accoglienza ha coinvolto i 4 Distretti dell'Azienda, fra il mese di Novembre 2006 e Marzo 2007. E' stato organizzato un incontro con il personale e con i rappresentanti dei CCM, per presentare la ricerca e lo strumento di misurazione della qualità percepita da parte dei clienti esterni. I questionari distribuiti sono stati 442. Sono stati presi in considerazione tre aspetti che contraddistinguono la qualità percepita: l'organizzazione, la professionalità e il livello di accoglienza. Ogni componente è indagata attraverso item di tipo specifico e di tipo costruito, per misurare un giudizio complessivo da parte dell'utente

I risultati scaturiti dall'elaborazione dei questionari sono stati presentati ai CCM, alla Direzione Aziendale ed al personale interessato.

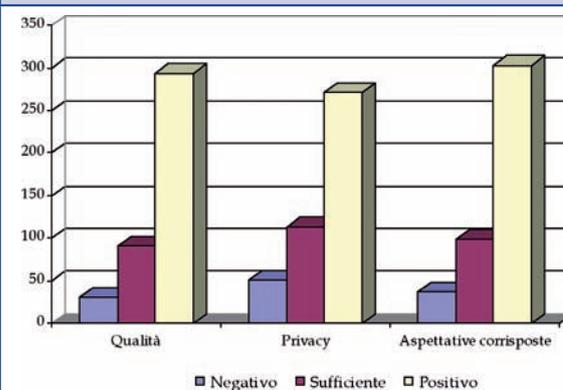
Tutti i fattori che definiscono gli aspetti organizzativi raggiungono una valutazione estremamente positiva. Meritano di essere segnalati alcuni aspetti e cioè, mentre è emersa una valutazione positiva dell'organizzazione, e della professionalità, per l'area dell'accoglienza si evidenzia la necessità dei servizi di front line, di acco-

Fig.1 Soddisfazione dell'utenza – organizzazione



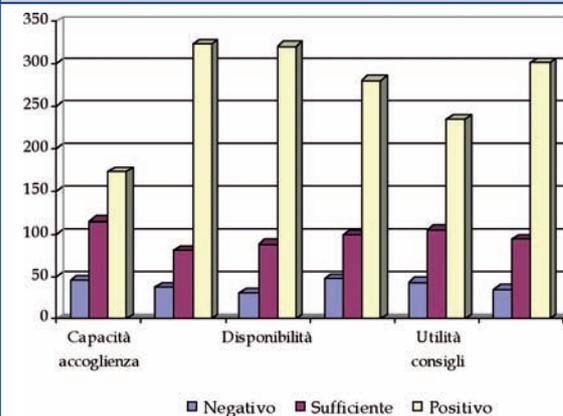
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma (442 questionari)

Fig.2 Soddisfazione dell'utenza – professionalità



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma (442 questionari)

Fig.3 Soddisfazione dell'utenza – accoglienza



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma (442 questionari)

Per l'Azienda USL di Parma, la parola chiave che ha guidato questo percorso, per renderlo accettabile e credibile, è la seguente: qualità. La qualità rappresenta un obiettivo aziendale strategico, da perseguire attraverso la responsabilizzazione di tutto il personale che opera nei servizi dell'Azienda.

In questo contesto, il momento dedicato all'accoglienza del cittadino/utente assume un valore determinante sia per l'importanza in sé che per la complessità del rapporto relazionale ed empatico, ancor prima che clinico, che il personale dei servizi di front-office instaura con il cittadino.

Dare valore al punto di vista dell'utente per l'Azienda USL di Parma rappresenta un modo per dare ascolto ai bisogni dei cittadini e questo dovrebbe trasformarsi in una funzione permanente, pianificata ed organizzata di strategie in continuo miglioramento ed evoluzione della qualità del servizio. Conoscere le aspettative ed i bisogni del cliente è una condizione indispensabile per costruire indicatori di misurazione della qualità, come rapporto tra prestazioni erogate e bisogni soddisfatti. *Insieme ai CCM l'Azienda ha avviato il processo di redazione della Carta dei Servizi.*

L'attività si è articolata in tre fasi:

- definizione dei punti principali della Carta dei Servizi da parte del Comitato di esperti interni all'Azienda;
- consegna della bozza ai Presidenti dei Comitati Consultivi Misti distrettuali, i quali, dopo la consultazione all'interno degli stessi Comitati, hanno proposto osservazioni, modifiche, suggerimenti e integrazioni;
- realizzazione di guide distrettuali ed opuscoli ad hoc, che diventeranno parte integrante della Carta stessa. Le guide avranno uguali contenuti e formati in tutti i Distretti. I CCM sono stati coinvolti nella fase iniziale, ossia nella scelta del format e dei contenuti, tramite la realizzazione di focus group e hanno partecipato alla stesura dell'indice delle Guide. Sempre con la collaborazione dei CCM, nel 2007 si è rinnovata l'organizzazione di incontri con i cittadini, realizzati nei quattro distretti, sull'appropriato utilizzo dei farmaci. Sono stati organizzati incontri di educazione sanitaria, diversificati nei 4 distretti, su temi specifici (diabete, malattie cardiovascolari, alimentazione dell'anziano, ecc).

## Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale

Nel 2007 il Comitato Consultivo Misto, costituito nel 2005 in adesione agli indirizzi regionali in materia, ha svolto funzioni consultive e propositive; si è riunito regolarmente con cadenza di massima mensile. Di seguito si riporta la sintesi degli argomenti affrontati nel corso dei 9 incontri dell'anno 2007:

- formazione lavoro ed inserimenti lavorativi: sono stati presentati i dati di attività relativi agli utenti del Dipartimento Salute Mentale;
- accordo per l'utilizzo della palazzina del Centro Santi per le attività delle Associazioni facenti parte del Comitato Consultivo Misto e della Polisportiva "Va Pensiero";
- lavoro con le famiglie;
- appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci;
- riorganizzazione del Dipartimento Salute Mentale con l'integrazione del Programma Dipendenze Patologiche;
- preparazione della 2° Conferenza regionale sulla Salute Mentale;
- qualità dei servizi, formazione degli operatori, percorsi di miglioramento;
- organizzazione dei servizi: è stato presentato l'organigramma e l'articolazione delle funzioni del Dipartimento Salute Mentale;

Caratteristiche	CCM Parma	CCM Fidenza	CCM Sud Est	CCM Valli Taro e Ceno
Presidente	Ennia Bertozzi	Fernanda Campanini	Emilia Zacomer	Giuseppina Poletti
Numero Incontri	3	7	5	3
Argomenti principali trattati e materiale prodotto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipazione alla costruzione guide distretto, dipartimento e di PO all'interno dei focus group</li> <li>- progetto Accoglienza somministrazione di questionari a utenti nei poli sanitari aziendali</li> <li>- programma lotta al dolore e cure palliative</li> <li>- assistenza domiciliare</li> <li>- normativa farmaci</li> <li>- Carta dei Servizi: focus group per proposte</li> <li>- in collaborazione con il CCM del Distretto di Fidenza, il Comune di Fidenza, la Provincia e i Comitati Anziani di incontri di informazione sulla salvaguardia della salute. Esito: 3 incontri nel comune di Fidenza a tema alimentazione, attività fisica, malattie neurologiche degenerative della popolazione anziana</li> <li>- incontri Presidente e Direzione DPC Distretto di Parma per incontri dedicati agli anziani con tema salute e salvaguardia qualità della vita. Esito di 5 incontri dal 15/10/2007 al 16/04/2008, per la popolazione del Quartiere Parma Centro</li> <li>- collaborazione con Distretto di Parma, Comune di Parma e i MMG Quartiere Montanara 2 incontri temi: 1) La Medicina di gruppo; 2) Ansia e depressione</li> <li>- organizzazione in collaborazione con il Distretto di Fidenza, il Comune di Fidenza il Consorzio Solidarietà Sociale di incontri formativi per assistenti familiari. Esito: corso di 19 incontri: inizio il 6/06 fine 12/2007.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organizzazione dei Dipartimenti del Presidio Ospedaliero;</li> <li>- situazione del personale medico e infermieristico del Presidio Ospedaliero</li> <li>- tempi di attesa per visite ed esami strumentali</li> <li>- percorso senologico, presa in carico della donna che accede alla prima visita e necessità di eventuali ulteriori accertamenti</li> <li>- organizzazione incontri di prevenzione sul territorio a favore della popolazione adulta/anziana</li> <li>- audit civico: qualità percepita dai cittadini nelle strutture sanitarie, che prospettive</li> <li>- partecipazione del volontariato al "Progetto alcologia"</li> <li>- illustrazione del Progetto "Mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie"</li> <li>- collaborazione elaborazione "Carta dei Servizi" e "Guida ai Servizi"</li> <li>- organizzazione e collaborazione nell'ambito della manifestazione "Ospedale Aperto"</li> <li>- regolamento Assistenza Aggiuntiva non Sanitaria all'interno del Presidio Ospedaliero</li> <li>- tempi di attesa per referti istologici. Relazione lavori svolti dal CCM nel biennio 2006/2007</li> <li>- Progetto Accoglienza - Progetto Ponte": valutazione della qualità percepita nei Servizi di front-office.</li> <li>- Comitato Etico unico Ausl/Az. Ospedaliera.</li> <li>- sostegno psicologico in ospedale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione del programma di lavoro del CCM per l'anno 2007;</li> <li>- esame della funzionalità del CCM del Distretto;</li> <li>- piano Attuativo Locale;</li> <li>- riflessioni sulla comunicazione della Direzione Generale sulle liste d'attesa;</li> <li>- organizzazione di incontri con la popolazione sull'uso corretto dei farmaci nei Comuni di Corniglio, Calestano, Tizzana Val Parma, Langhirano;</li> <li>- incontro sul P.A.L. Novembre 2007;</li> <li>- restituzione dei risultati dei questionari relativi al gradimento dei Servizi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipazione alla costruzione guide distrettuali, dipartimentali e di presidio ospedaliero all'interno dei focus group;</li> <li>- partecipazione al progetto "Accoglienza" attraverso la somministrazione di questionari agli utenti nei poli sanitari aziendali;</li> <li>- tempi di attesa per visite ed esami strumentali;</li> <li>- la Carta dei Servizi;</li> <li>- regolamento Assistenza Aggiuntiva non sanitaria all'interno del Presidio Ospedaliero</li> <li>- partecipazione ai focus group preliminari alla preparazione Guida Servizi.</li> <li>- incontri Presidenti CCM per stesura proposte su Carta dei Servizi.</li> <li>- partecipazione del Presidente al CCRQ come rappresentante provinciale dei CCM</li> </ul>

- presentazione della proposta di nuovo regolamento di gestione dei beni degli assistiti del DSM;
- stato dell'arte ed obiettivi della Neuropsichiatria Infantile;
- aggiornamento sulle vicende che hanno interessato l'utilizzo del denaro dei pazienti della struttura 1° Maggio di Colorno;

- progetto della nuova sede del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura e problematiche attuali del servizio;
- costituzione di nuove Associazioni;
- progetto di ristrutturazione della Fattoria di Vigheffio;
- progetto di costituzione di un punto ristoro presso il Centro Santi;
- accreditamento dei servizi pubblici e in convenzione;
- interventi di pertinenza dell'Ente Locale ed accordi AUSL – Comune.

### La qualità nel rapporto con i cittadini

Il tema della qualità del rapporto con i cittadini assume particolare rilevanza nella prospettiva di un Servizio Sanitario Regionale che intende assicurare prestazioni di qualità in modo universalistico e con equità di accesso. Accanto allo sviluppo di strumenti ed azioni volte a realizzare maggiore qualità dei servizi e delle prestazioni e di cui si dà conto in un apposito paragrafo della presente Sezione 3°, è stata perseguita una maggiore qualità nelle relazioni con i cittadini attraverso diversi strumenti di seguito indicati:

- è stata completata la stesura della Carta dei Servizi che ha fatto parte della documentazione per l'accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale. E' inoltre stata avviata l'elaborazione degli opuscoli informativi delle varie articolazioni della Azienda con l'effettuazione dei relativi "focus groups";
- sono stati elaborati i dati relativi alla qualità percepita dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo. I risultati sono stati presentati al Collegio di Direzione e ai rappresentanti dei cittadini e sono stati oggetto di discussione all'interno di un seminario sui percorsi di Accredimento denominato: COSTRUIRE LA QUALITA' in cui sono state condivise le tappe del percorso tra l'Azienda Usl ed i CCM;
- è stata riorganizzata e resa più sistematica l'elaborazione delle segnalazioni ricevute dagli URP da parte dei cittadini per fornire risposte più puntuali e tempestive e soprattutto per individuare e realizzare adeguamenti di comportamenti e prassi evidenziate dalle segnalazioni. Le segnalazioni emerse ed elaborate all'inizio del 2007 sono state la base per alcuni percorsi di miglioramento delle varie articolazioni aziendali;
- è stata effettuata una ricerca quali-quantitativa in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, per la valutazione della qualità della vita dei pazienti psichiatrici – Progetto QoL- in cui l'oggetto d'indagine è stato valutato prendendo in considerazione il punto di vista dei pazienti, degli operatori e dei familiari;
- è stato realizzato un piano di ricerca quali-quantitativo per la misurazione della qualità dei servizi di front-office. Il progetto ha previsto la strutturazione di un questionario da somministrare ai cittadini all'interno dei servizi CUP articolati tra i 4 Distretti dell'Azienda, e la conduzione di due focus group effettuati con i dipendenti dell'azienda.

### Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali Confederali

L'Azienda USL ha adottato il metodo della concertazione quale strumento di dialogo e confronto sugli orientamenti della programmazione sanitaria e socio sanitaria e sulla verifica dei risultati conseguiti.

Nel corso del 2007 sono state realizzate azioni di monitoraggio degli accordi raggiunti nel 2006, in particolare per i temi emergenti delle politiche socio sanitarie rivolte alla popolazione anziana, quali la sperimentazione del Fondo della Non Autosufficienza, i rapporti con gli enti gestori di strutture protette, il progetto odontoiatria, le dimissioni difficili, lo stato di attuazione dei posti di lungodegenza e della programmazione degli hospice.

Le Organizzazioni Sindacali Confederali hanno, in particolare, condiviso il piano delle azioni 2007 per tutta l'area della integrazione socio-sanitaria, sul quale l'AUSL si è impegnata, recependo le raccomandazioni e proposte delle OO.SS. a realizzare azioni specifiche su percorsi attuativi che presentavano nei diversi Distretti alcune criticità.

### Il Percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare ed il SICAL

La prima fase del percorso di condivisione con gli operatori del settore alimentare è terminata nel 2007 con la stesura, nell'ambito dei Piani per la Salute, dei manuali di riferimento per la gestione della "sicurezza alimentare" degli operatori della filiera pomodoro e latte.

Si è proceduto ad effettuare un corso, in collaborazione con l'Unione Industriali di Parma, per responsabili di impianto ai fini di illustrare le previsioni della normativa comunitaria per la sicurezza alimentare e fornire, al contempo, l'informazione del sistema dei controlli che la Regione Emilia-Romagna ha messo a punto con il progetto SICAL di Parma. Quest'ultimo progetto è proseguito coinvolgendo altri 75 operatori portando così a 150 gli operatori in addestramento a livello regionale.

Il corso ha raggiunto importanti obiettivi nella revisione e sviluppo delle attività di controllo ufficiale, introiettando nei sistema dei controlli pubblici meccanismi e culture appartenenti al mondo internazionale della assicurazione di qualità.

### Lo Sportello Unico per le Imprese

Il 2007 è stato caratterizzato da una forte ripresa dei lavori del Gruppo Tecnico Provinciale; sono stati realizzati dei "pacchetti" che raccolgono documenti e soluzioni condivise da assumere attraverso specifici atti deliberativi e da inserire in rete sulla piattaforma informatica dello Sportello Unico. L'Azienda USL ha partecipato alla costruzione del "pacchetto sanità" che raccoglie sotto questa voce tutti i documenti e le linee guida elaborate dal Dipartimento di Sanità Pubblica in materia di autorizzazioni, licenze, concessioni, pareri per l'avvio di attività produttive in senso lato, oltre che naturalmente costituire documenti di riferimento del DSP. Ad oggi la Provincia di Parma, con Delibera Giunta Provinciale

n.1111/2007 e Determina 193/2008, ha assunto le "Linee guida di attuazione della delibera G.R. 970/2007 e relativa modulistica" in materia di denuncia di inizio di attività (DIA), riconoscimento e registrazione degli OSA (Operatore Settore Alimentare).

Relativamente alla piattaforma informatica per la gestione on line dei procedimenti, è stata messa a punto una nuova piattaforma che si intende sperimentare tra Distretto Sud Est e Sportello Unico per le imprese del Comune di Traversetolo.

L'utilizzo della nuova piattaforma è stato illustrato in una serie di incontri di formazione agli operatori degli Enti esterni tra cui anche alcuni operatori AUSL, in particolare a coloro che sono responsabili di procedimento nei quattro Distretti aziendali.

### Le relazioni con le Associazioni degli immigrati

Dopo un percorso di confronto e consultazione e in collaborazione con cinque Associazioni di immigrati presenti sul territorio e la Provincia di Parma, è stato aperto presso lo "Spazio Immigrati" di Parma lo sportello "Hina" (dal nome della ragazza pakistana uccisa dal padre perché aveva assunto costumi e comportamenti non aderenti alle tradizioni familiari).

Questo servizio, gestito da donne straniere con l'aiuto delle operatrici sanitarie, è rivolto a tutte le donne immigrate che si trovano in difficoltà e che hanno bisogno di informazioni e indicazioni sui loro diritti e sui percorsi di accesso alla rete dei servizi sociali e delle istituzioni.

Nel 2007 si sono conclusi due dei tre progetti formativi iniziati nel 2006:

- formazione di operatori di front-office e rappresentanti di comunità straniere finalizzata all'individuazione e superamento delle difficoltà di integrazione;
- formazione di referenti di comunità sulle malattie sessualmente trasmesse.

Il terzo progetto, ricerca/intervento sulla seconda generazione di immigrati condotta con l'ausilio delle famiglie è stato invece implementato con un percorso di approfondimento nelle prime classi di 4 scuole superiori e si concluderà nel 2008 con un seminario di formazione.

Nel mese di giugno 2007 si è concretizzato il progetto di cooperazione internazionale, per il quale l'AUSL di Parma era partner insieme alla Provincia di Parma, sollecitato dai rappresentanti istituzionali in Italia del Governo provvisorio in esilio del Saharawi Occidentale, con l'invio di un ecografo e 4 cardiocardiografi acquisiti tramite una donazione della "Fondazione Cassa di Risparmio di Parma" con la partecipazione attiva del "Programma salute immigrati" dell'AUSL.

### Incontri e collaborazioni con le Associazioni

I dati statistici consultabili sul sito web Emilia Romagna Sociale riportano una fotografia del mondo del volontariato molto presente nella nostra Regione. In Emilia-Romagna infatti sono 2.511 le organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale, così suddivise: Bologna (526), Ferrara (226), Forlì-Cesena (301), Modena (348),

Parma (367), Piacenza (207), Ravenna (253), Reggio Emilia (247), Rimini (180).

Se si considera l'ambito d'attività in cui operano, al primo posto c'è il socio-assistenziale, con 1.030 organizzazioni; per il settore sanitario sono 882, per la tutela e valorizzazione del patrimonio ambientale 127; nell'ambito della tutela e promozione dei diritti umani 154, per la cultura e tutela dei beni culturali 94. Nel settore educativo agiscono 65 organizzazioni, per la profilassi e prevenzione veterinaria 74; 220 organizzazioni operano nella protezione civile. I Centri di Servizio per il volontariato sono 9.

La legge regionale individua nel ruolo del volontariato un apporto al nuovo sistema integrato dei servizi, come espressione della capacità di auto organizzazione della società civile e ne disciplina, in particolare, i rapporti con le istituzioni pubbliche.

Sono proseguite proficue collaborazioni con il mondo del volontariato in relazione alla prevenzione ed all'educazione sanitaria rivolte ad ogni fascia di età. Molto importante si è confermato il coinvolgimento del volontariato per la realizzazione della campagna regionale di screening del colon retto; infatti il modello organizzativo adottato ed integrato con il territorio ha portato a ottimi risultati di partecipazione (i dati relativi agli screening sono consultabili nella Sezione 2).

Altri importanti iniziative hanno riguardato la sensibilizzazione alla donazione degli organi e tessuti, alla donazione del sangue, la prevenzione dei tumori femminili. Particolarmente significativa è, inoltre, la costante attività prestata dalle associazioni di volontariato (Assistenze Pubbliche e CRI) per il sistema dei trasporti sia ordinari sia in emergenza: è stato sottoscritto un apposito accordo pluriennale, condiviso anche con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, nel quale sono state aggiornate le modalità di collaborazione/interazione delle attività e le azioni per il miglioramento delle attività e degli strumenti di comunicazione e di risposta alle richieste.

Si ricordano, infine, gli ottimi rapporti con ADISCO per la donazione del sangue del cordone ombelicale, con Avoprorit per la prevenzione dei tumori femminili, AVIS per la donazione del Sangue e ADMO per la donazione di organi e tessuti.

### Le Associazioni degli emigranti all'estero delle Val Taro e Val Ceno

Nel Distretto Valli Taro e Ceno, oltre alla presenza dell'Associazione "Famiglia Bardigiana" di Londra, che raccoglie l'adesione dei migranti di quel territorio a Londra in cui è presente una consistente comunità di valtaresi, vi sono altre associazioni sia a Londra (Associazione Parmigiani Valceno, Associazione Parmigiani Valtaro, Associazione Pellegrino) che a New York (Associazione Berce Foundation, Associazione Valtarese Foundation).

I forti legami degli emigranti con la loro terra d'origine, che da sempre caratterizza l'alta Val Taro e Ceno, rappresenta un valore aggiunto per l'Ospedale di Borgo Val di Taro per l'impegno profuso per il costante migliora-

mento della struttura e per le relazioni fra comunità e ospedale. Diversi e rilevanti sono stati i contributi pervenuti per la realizzazione del nuovo ingresso dell'Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro.

### Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute

#### L'attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

E' proseguito anche nel 2007 l'impegno nella valorizzazione e nel rafforzare il ruolo degli Enti Locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria e che trova la sua prima ragion d'essere nei mandati assegnati alle AUSL dalla normativa vigente. La legge regionale n.29/2004 disciplina i compiti e le funzioni attribuite alla Conferenza e promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione degli stessi alla definizione dei Piani Attuativi Locali ed alla loro verifica. L'Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha assicurato agli Enti locali i supporti necessari per svolgere il proprio ruolo. Strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la Salute previsti dal Piano Sanitario Regionale, assicurare l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute.

L'attività della Conferenza si è caratterizzata su diversi ambiti:

- programmazione economico-finanziaria: pareri sul bilancio di esercizio 2006, sul bilancio pluriennale di previsione preventivo 2007-2009, sul bilancio di previsione 2007;
  - investimenti: priorità per il piano regionale degli investimenti 2007 - 2008, piano delle alte tecnologie;
  - programmi di attività e organizzazione: piano attuativo provinciale per il governo delle liste di attesa, servizi di telesoccorso, psichiatria e dipendenze patologiche.
  - verifica dell'attuazione del Piano Attuativo Locale 2005-2007;
  - l'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.
- Inoltre in sede di Ufficio di Presidenza della Conferenza è stato approvato un significativo Protocollo di intesa tra la stessa Conferenza e le Organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL.

#### Piano Attuativo Locale 2005/2007

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, unitamente all'AUSL e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha fatto il punto sull'attuazione del Piano Attuativo Locale (PAL). All'Ufficio di Presidenza della Conferenza è stato

illustrato il documento di monitoraggio del PAL, che ha preso in considerazione gli obiettivi e le azioni previste indicandone il relativo stato di attuazione sia dal punto di vista quantitativo sia dal punto di vista qualitativo. La verifica dell'attuazione del PAL è stata avviata anche relativamente ai singoli Distretti; il percorso distrettuale si è avviato nel Distretto Sud Est; l'8 novembre 2007 si è tenuto un apposito seminario per verificare i primi risultati raggiunti, analizzare le prospettive e gli scenari ancora aperti.

I principali risultati evidenziati nel monitoraggio sono stati oggetto di presentazione pubblica in un apposito convegno "La sanità che cambia. Il Piano Attuativo Locale: risultati, prospettive e scenari".

- Sul fronte dei servizi ai cittadini si registra un forte incremento dell'associazionismo medico, con 237 Medici di Medicina Generale, sui 305 attivi in provincia, che hanno scelto di esercitare in forma associata, per un totale di circa 308 mila assistiti. Molti i vantaggi per i pazienti, a partire dagli orari di ricevimento più ampi e dalla presenza di infermieri e collaboratori di studio che aiutano il medico nell'organizzazione del suo lavoro;
- Migliora anche il sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, sulla base delle linee di programmazione contenute nel PAL, registra un aumento del numero di prestazioni erogate, nuove modalità di presa in carico per pazienti con casistiche complesse, interventi di ristrutturazione delle strutture. Il sistema, oltre ad assicurare in tutti e 4 i Distretti della provincia le prestazioni di base, è stato fortemente potenziato sulle prestazioni critiche. L'adozione di modalità di prenotazione differenziate ha consentito di governare meglio la domanda e per i pazienti con problemi clinici complessi è oggi possibile ricorrere al trattamento ambulatoriale al posto del ricovero ospedaliero. Proseguono inoltre gli interventi di riqualificazione della rete provinciale dei poliambulatori, con la riorganizzazione di quello cittadino di via Pintor, la ristrutturazione del complesso di San Secondo, dei poli di Bardi, Fornovo, Traversetolo e Collecchio;
- Nell'assistenza agli anziani, riconosciuta come una delle priorità del territorio provinciale, la scelta strategica della domiciliarità, insieme all'adozione di progetti assistenziali individualizzati, ha avuto come effetto un aumento del 7% del numero di persone anziane che rientrano a casa dopo un ricovero. Allo stesso tempo, la rete delle strutture residenziali è stata qualificata per rispondere meglio alla maggiore severità dei quadri patologici espressi dalla popolazione in età senile. Uno stretto raccordo tra i reparti ospedalieri e i servizi territoriali garantisce infine la continuità assistenziale;
- Migliorano le modalità di gestione integrata dei pazienti oncologici, con percorsi di cura che prevedono una stretta collaborazione tra il Centro Oncologico, i servizi territoriali e i Medici di Medicina Generale. Con l'attivazione nel 2007 dell'Hospice di Parma presso la Casa di Cura Piccole Figlie è stata completata la rete provinciale dei Centri per le Cure Palliative, che conta altri tre Hospice a Fidenza, Borgo Val di Taro e Langhirano;
- Proseguono anche i lavori per la costituzione del-

la Rete Cardiologica Provinciale, con la messa in campo di misure più efficaci per intervenire nei casi di emergenza coronarica e nella cura dell'infarto del miocardio. Tra le novità la possibilità, da parte delle automediche, di inviare l'elettrocardiogramma direttamente all'Unità Coronarica dell'Ospedale di Parma. Già attiva da gennaio su un'Unità di soccorso in via sperimentale, sarà estesa a tutte le automediche non appena il personale avrà terminato il corso di formazione. Sono inoltre ormai definiti percorsi e protocolli riguardanti i rapporti tra il reparto di Cardiologia di Parma, sede delle procedure interventistiche e gli Ospedali di Fidenza e Borgotaro, dove saranno inviati i pazienti nei quali sarà indicato un trattamento medico con fibrinolisi.

## La Programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nelle sedute del 6 giugno 2007 e del 12 luglio 2007 l'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha approvato gli indirizzi per la ripartizione e gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), la programmazione 2007 del FRNA ed il riparto fra i Distretti delle risorse assegnate dalla Regione.

Le principali azioni di supporto svolte dall'Azienda USL si sono esplicitate nell'ambito del Tavolo per l'Integrazione, istituito dalla CTSS stessa, che ha svolto l'attività istruttoria, in modo congiunto Enti locali-Azienda USL, degli atti successivamente approvati dalla CTSS. Nella stessa sede è stato completato il percorso di approfondimento e recepimento delle linee regionali in materia (DGR 1206/2007) attraverso diversi incontri interistituzionali.

Tale gruppo, in un'ottica di integrazione interistituzionale e interdistrettuale, ha prodotto il documento programmatico per la ripartizione e gestione del FRNA, successivamente approvato dall' Ufficio di Presidenza della CTSS, in cui sono stati definiti criteri di assegnazione delle risorse finalizzati al riequilibrio territoriale a favore delle zone disagiate, attraverso l'applicazione, su parte delle risorse aggiuntive, di indicatori socio-economici ed epidemiologici.

Nel paragrafo dedicato all'Area Anziani della presente Sezione sono illustrati i criteri di riparto del FRNA e le attività realizzate nel 2007.

## Le progettualità nei Comitati di Distretto

Nelle diverse riunioni dei Comitati di Distretto, si sono tenuti incontri monotematici di approfondimento relativi ai temi specifici di ogni Distretto. Si elencano i temi principali.

	Parma	Fidenza	Sud-Est	Valli Tarò e Ceno
Argomenti principali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- applicazione DGRER 122/2007 (oneri Case Protette)</li> <li>- trasformazione IPAB in ASP</li> <li>- approvazione Piano Attuativo Territoriale 2007</li> <li>- linee di intervento per la gestione di eventuali ondate di calore</li> <li>- presentazione Piano delle Azioni 2007</li> <li>- presentazione Piano attuativo liste di attesa</li> <li>- approvazione Piano distrettuale Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</li> <li>- convenzione con AUSL per la gestione del FRNA</li> <li>- progetto per il potenziamento Ufficio di Piano</li> <li>- regolamento distrettuale per l'erogazione dell'Assegno di Cura</li> <li>- presentazione nuova sede SER.T. e trasferimento Polo Socio-Sanitario Via Raimondi</li> <li>- rete antidiscriminazione</li> <li>- provvedimenti in previsione delle ondate di calore-estate 2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- delibere di trasformazione delle IPAB e approvazione convenzione costituzione ASP</li> <li>- istituzione Ufficio di Piano</li> <li>- regolamento assegni di cura in applicazione della Delibera di Giunta Regionale 1206/07</li> <li>- approvazione Piano Attuativo Territoriale 2007</li> <li>- linee di intervento per la gestione di eventuali ondate di calore</li> <li>- approvazione Piano distrettuale Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.</li> <li>- determinazione Case Protette e Centri Diurni in applicazione della Delibera di Giunta Regionale 122/07</li> <li>- gestione delegata attività sociale 2008</li> <li>- disposizioni regionali sulla lotta alla "zanzara tigre" e del virus chikungunya: provvedimenti conseguenti</li> <li>- relazione in merito all'andamento di attività del Presidio Ospedaliero di Vaio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- piani di zona 2005 - 2007: elaborazione del Piano attuativo 2007</li> <li>- avvio lavori di ristrutturazione degli appartamenti presso Fattoria di Vignefio</li> <li>- riorganizzazione apertura ambulatori periferici Servizio Igiene Pubblica distrettuali</li> <li>- linee di intervento per la gestione di eventuali ondate di calore</li> <li>- collaborazione al Piano di trasformazione IPAB</li> <li>- approvazione Piano Attuativo Territoriale 2007</li> <li>- progetto odontoiatria fasce deboli</li> <li>- apertura Medicina di Gruppo a Sala Baganza e Traversatolo</li> <li>- approvazione Piano distrettuale Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</li> <li>- avvio del percorso e per la restituzione delle deleghe in materia socioassistenziale</li> <li>- disposizioni regionali sulla lotta alla "zanzara tigre" e conseguente virus</li> <li>- continuazione del progetto "fragilità dell'anziano"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione ambulatorio di Medicina Generale per i cittadini immigrati presso il Poliambulatorio di Fornovo Tarò</li> <li>- presentazione progetto di Senologia</li> <li>- Piano di Zona 2005-07 - Piano Attuativo 2007</li> <li>- campagna screening colon retto dati anno 2006 e programmazione anno 2007</li> <li>- approvazione accordo di programma integrativo per l'adozione del Piano attuativo 2007</li> <li>- approvazione piano di fattibilità dell'ASP</li> <li>- linee di intervento per la gestione di eventuali ondate di calore</li> <li>- presentazione dei risultati del 2006 e la programmazione per il 2007 del Presidio Ospedaliero e dei Servizi Territoriali.</li> <li>- approvazione Programma attività regionale finalizzato "promozione e sviluppo nuovi uffici di piano"</li> <li>- approvazione Piano distrettuale Fondo Regionale per la Non Autosufficienza</li> <li>- approvazione del Servizio di continuità Assistenziale Diurna Alta Val Tarò</li> <li>- disposizioni regionali sulla lotta alla "zanzara tigre" e conseguente virus</li> <li>- approvazione protocolli per: accoglienza temporanea residenziale in casa protetta, gestione di piani assistenziali personalizzati in Comunità alloggio, integrazione al regolamento per la gestione degli assegni di cura in base a quanto previsto dalla DGR 1206/07</li> </ul>

## I Comitati di Distretto e la realizzazione delle Lauree in Infermieristica

La fattiva collaborazione dei Comuni di Borgo Val di Taro e Fidenza, ha reso possibile il parziale superamento di difficoltà dell'Azienda relativa alla carenza di personale infermieristico.

Si tratta di un problema cronico che affligge le Aziende Sanitarie ed è particolarmente sentito nelle zone decentrate; per far fronte a ciò la Direzione Generale Aziendale ha proposto di attivare, prima a Borgo Val di Taro e poi a Fidenza, già sedi in passato di scuola per infermieri, una sede distaccata dell'Università degli Studi di Parma.

Il supporto delle Amministrazioni Comunali è stato fondamentale, oltre che a farsi carico della sistemazione logistica delle sedi, i Comuni intervengono direttamente erogando contributi economici agli iscritti e cioè un assegno di studio pari alle spese sostenute relative alle tasse universitarie ed un bonus sull'acquisto dei libri di testo; inoltre per gli allievi che ne avessero la necessità viene messo a disposizione l'uso di una foresteria. Gli studenti possono usufruire della mensa alle stesse condizioni dei dipendenti. La sede di Borgo Val di Taro è una realtà ormai consolidata.

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.
2002/2003	7	2004/2005
2003/2004	3	2005/2006
2004/2005	17	2006/2007
2006/2007	9	2008/2009
2007/2008	8	2009/2010

\*Accordi tra la Provincia di Parma con la Provincia di Nuoro e i Comuni di Borgotaro e Fidenza.

Gli studenti iscritti alla sede di Borgotaro per il II° semestre non devono recarsi a Parma in quanto è stata attivata, in collaborazione con la Provincia di Parma, un sistema di video conferenza con lezioni trasmesse dalla sede di Parma e seguite dagli studenti a Borgotaro. Il contributo erogato al Comune di Borgo Val di Taro per il rimborso agli studenti relativo all'anno 2007 è pari ad € 19.809,95.

Dati sede di Fidenza:

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.
2003/2004	11	2005/2006
2004/2005	7	2006/2007
2005/2006	17	2007/2008
2006/2007	23	2008/2009
2007/2008	22	2009/2010

\*Accordi tra la Provincia di Parma con la Provincia di Nuoro e i Comuni di Borgotaro e Fidenza.

Il contributo erogato al Comune di Fidenza per il rimborso agli studenti è pari a € 59.294,26 per l'anno 2007.

## I Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso un approccio comunitario ponendo al centro la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini

Nell'ultimo anno di attività dei Piani per la Salute si è giunti alla conclusione di numerosi progetti inseriti, in particolare, nei Programmi denominati "Tre sicurezze" (Stradale, Lavoro e Alimentare) che rappresentano le prime priorità di salute a suo tempo individuate.

### Sicurezza Stradale:

- E' stata ultimata la ricerca-intervento "Giovani e percezione del rischio", svolta dall'Azienda USL di Parma in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale e l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Psicologia. La ricerca ha visto coinvolti gli studenti delle classi prime e quarte di tredici scuole secondarie di secondo grado di Parma e provincia, attraverso la somministrazione di un questionario volto ad indagare i comportamenti a rischio nei giovani;
- E' stato ultimato il progetto "Bimbi a bordo" con la creazione di un CD riguardante i mezzi di trattenuta per bambini in auto;
- Prosegue la ricerca-intervento "Per non farsi male" rivolta ai giovani della fascia d'età 14-24, già vittime di incidente. In particolare, la ricerca prevedeva colloqui psicologici mirati presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma. Al 16 giugno 2007 gli adolescenti visti presso il servizio sono stati 297, circa due terzi dei quali maschi. E' stato inserito, inoltre, su richiesta delle scuole e del Tavolo Giovani del Distretto di Parma, un monte ore aggiuntivo per incontri da tenere nelle scuole, all'interno dei corsi per il conseguimento dell'abilitazione alla guida dello scooter.

### Sicurezza sul Lavoro

- "Potenziamento dell'offerta educativa verso gli studenti delle scuole primarie e secondarie di Parma, anche riguardo alle tematiche della sicurezza e prevenzione infortuni": il Progetto, che aveva come obiettivo l'inserimento delle tematiche sulla sicurezza ed igiene del lavoro nell'offerta formativa disciplinata dal protocollo d'intesa AUSL/Ufficio Scolastico Provinciale, ha raggiunto la sua conclusione attraverso la costituzione di un tavolo tecnico e la conseguente sottoscrizione di un protocollo d'intesa;
- Costituzione dell'Organismo Bilaterale nel settore della Scuola: con la piena attività dell'Organismo Paritetico di settore si è concluso il progetto avente come obiettivo la collaborazione stabile tra le parti sociali (Organizzazioni Sindacali e Istituzione Scolastica), a sostegno di una comune ed efficace attività di prevenzione nella Scuola;
- Formazione e aggiornamento per RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza) della scuola primaria e secondaria: il progetto ha trovato il suo compimento nell'attuazione di un corso di formazione per nuovi RLS e aggiornamento per soggetti già in ruolo, conclusosi nel mese di maggio 2007. Obiettivo del progetto era sviluppare le competenze e la piena

consapevolezza del proprio ruolo di questa importante figura, per garantire un'attività di prevenzione dei rischi nella scuola;

- "Educazione alla salute e sicurezza sul lavoro nel settore agricolo: iniziamo dalla scuola": il Progetto si è concluso con l'inserimento, nel piano didattico degli studenti frequentanti due istituti agrari della provincia, di un percorso educativo sulla tutela della salute e sicurezza nel settore agricolo. Con la partecipazione degli insegnanti, gli studenti sono stati direttamente coinvolti attraverso una serie di incontri con esperti e la sperimentazione sul campo della valutazione del rischio. L'esperienza è stata riportata in un sito web appositamente realizzato dagli studenti;
- Linee guida di supporto all'applicazione del D. Lgs 626/94 nelle aziende agricole: è stato edito a stampa e diffuso, un manuale rivolto agli imprenditori agricoli e addetti del settore. Il manuale, organizzato in schede per ciascuna macchina agricola di più frequente utilizzo, contiene caratteristiche tecniche di sicurezza (o soluzioni per renderle tali) e indicazioni sui comportamenti più idonei durante l'utilizzo;
- Concorso rivolto alle scuole della provincia di ogni ordine e grado "Promuovere la sicurezza sul lavoro a partire dai banchi di scuola": l'obiettivo del progetto è rendere consapevoli e coinvolgere gli studenti rispetto al valore della prevenzione dei rischi lavorativi, sensibilizzando anche il tessuto sociale destinato agli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado;
- Ambiente antropizzato e grandi opere: un progetto integrato per garantire la sicurezza di lavoratori, automobilisti e cittadini: obiettivo del progetto è la definizione di linee guida condivise e loro applicazione per la gestione in sicurezza di grandi opere edili stradali in ambito urbano e provinciale a tutela di lavoratori, automobilisti e cittadini, rivolte ad imprese costruttrici, associazione automobilisti e popolazione in genere;

### *Promozione Stili di Vita Sani*

- DVD multimediale "Paesaggi di prevenzione": l'AUSL ha partecipato al progetto regionale, che prevede l'uso di uno strumento multimediale a supporto delle attività di promozione della salute svolte nelle scuole secondarie;
- "Promuovere una corretta alimentazione e adeguati stili di vita": l'obiettivo del progetto è quello di orientare a scelte nutrizionali e stili di vita più consapevoli per migliorare la salute e prevenire i rischi indotti da scorretti comportamenti e abitudini alimentari; sono state definite le attività dei tavoli tecnici già attivi coi livelli istituzionali (Comune, Provincia, Ufficio Scolastico Provinciale, Associazioni varie) e sono state realizzate iniziative seminariali in collaborazione con le scuole primarie e secondarie;
- "Migliorare la qualità dei prodotti nei distributori automatici presenti in varie sedi di aggregazione collettiva aziendale ed altri enti pubblici": obiettivo di questo progetto è migliorare la qualità dei prodotti contenuti nei distributori automatici di varie strutture, utilizzati dai dipendenti e dagli utenti. Nel percorso svolto è stato formalizzato un tavolo tecnico con rappresen-

tanti aziendali (AUSL e AOSP) e aziende fornitrici di prodotti alimentari, attraverso cui si è giunti all'installazione, presso i locali delle due aziende, di punti di ristoro automatici con offerta di alimenti selezionati in linea con le indicazioni più recenti in materia di qualità nutrizionale;

- "Promuovere una buona alimentazione per la qualità di vita dell'anziano nelle strutture residenziali": questo progetto ha l'obiettivo di orientare il personale di assistenza a scelte nutrizionali adeguate alle esigenze degli anziani seguiti nelle strutture. E' stato assicurato un percorso di formazione dedicato a tutti gli operatori coinvolti nell'alimentazione degli anziani ospiti. Oltre a ciò, si è intrapreso un percorso di coinvolgimento dei cuochi e degli addetti alla preparazione e somministrazione alimenti, con esercitazioni pratiche e definizione di linee guida interne alle strutture, orientate ad ottimizzare la qualità nutrizionale;
- "Promuovere l'attività fisica e lo sport": obiettivo del progetto era promuovere l'approccio all'attività fisica e sportiva nelle varie fasce di età. Ciò è avvenuto attraverso la partecipazione di esperti aziendali a momenti condivisi di socializzazione delle conoscenze;
- "Provincia senza fumo": la partecipazione al gruppo di lavoro regionale ha consentito la predisposizione di un progetto rivolto alle scuole primarie e secondarie attraverso un gruppo di lavoro interistituzionale che consentirà di realizzare, nel prossimo anno scolastico, un percorso formativo mirato nell'ambito dell'educazione alla salute.

## Universalità ed equità di accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti

Gli obiettivi principali sono quelli di rendere accessibili e fruibili a tutti l'accesso a prestazioni qualitativamente adeguate, utilizzare le competenze delle persone nella valutazione dei servizi per garantire i processi di miglioramento e per valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute, favorire la programmazione sociale e sanitaria integrata, realizzando quanto sancito dal D. Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D. Lgs. n. 229/1999, e dai successivi decreti che identificano i Livelli Essenziali di Assistenza, quali prestazioni e servizi essenziali per la tutela, la cura ed il recupero della salute da assicurare a tutti e in modo uniformi nel Paese, insieme alle modalità per applicarli.

### **L'assistenza ospedaliera**

Nel Piano Sanitario Regionale, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale (ambulatoriale, diurna, residenziale e semi residenziale) sono legate insieme da un vincolo e da opportunità comuni: il miglioramento

della qualità tecnica dei servizi offerti e la sostenibilità economica degli stessi.

Il Piano Attuativo Locale 2005-2007, che ha disegnato un arco di programmazione superiore al triennio di validità, ha riaffermato con forza il principio che non può esserci recupero di efficienza al di fuori della ricerca di una maggiore appropriatezza d'uso dei servizi e di efficacia delle cure. L'unica garanzia di contenimento della spesa, durevole e rispettosa del diritto di tutela della salute, sta nel migliorare la qualità degli interventi. Questo miglioramento richiede la selezione delle priorità di intervento, così come necessita della definizione delle risorse disponibili e delle modalità con le quali le stesse vengono sinergicamente utilizzate al fine di ottimizzarne il rendimento. Alcuni indicatori sono utili a descrivere il quadro in cui la rete di ricovero ospedaliero della provincia di Parma si colloca ed i riferimenti con cui si confronta.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, calcolato per l'anno 2007 (e comprensivo del dato di mobilità passiva extraregionale relativo al 2006), evidenzia come la provincia di Parma si collochi al secondo posto nell'Area Vasta Emilia nord, con un valore di 185,52 per mille, inferiore al 189,06 per mille della provincia di Reggio Emilia ed al 198,86 della provincia di Piacenza.

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture, indicatore fondamentale per l'analisi del grado di autosufficienza territoriale, consente di evidenziare che nel territorio della provincia di Parma il 51,23% dei ricoveri della popolazione parmense sono stati registrati in Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Il complesso delle strutture ospedaliere pubbliche e private della provincia registra l'85,12% dei ricoveri di residenti, a confronto con una media regionale dell'81,73%.

L'indice di Day Surgery, che misura la quota di interventi trasferibili al regime diurno rispetto al complesso di interventi erogati sia in regime ordinario che diurno, con riferimento ad uno specifico elenco regionale, vede nel 2007 la rete ospedaliera della provincia di Parma (pubblica e privata accreditata) attestata su un lusinghiero 88,45%, a fronte di un 85,10% di media regionale. Si può considerare questo dato, oltre che indicatore di appropriatezza, anche indicatore di innovatività organizzativa del sistema ospedaliero provinciale.

L'Azienda USL ha proseguito la complessiva riorganizzazione dipartimentale dei due Presidi Ospedalieri a gestione diretta, realizzando a Borgo Val di Taro la collocazione su un unico piano dell'intero Dipartimento Chirurgico e potenziandone il blocco operatorio con la riqualificazione dell'ambulatorio chirurgico a terza sala operatoria.

Gli interventi strutturali di grande portata, che hanno determinato la trasformazione radicale del Presidio Ospedaliero Fidenza - San Secondo Parmense, con la realizzazione del nuovo Ospedale di Vaio, sono stati la premessa per una ulteriore crescita nel 2007.

La rete ospedaliera provinciale, nel suo complesso, ha rafforzato i collegamenti tra i nodi ospedalieri, impegnandosi nella costruzione della nuova cultura orga-

nizzativa "di sistema", indispensabile al buon funzionamento del modello di Hub and Spoke.

Vengono di seguito illustrate le principali linee di attività realizzate nel 2007 mentre si rinvia alla Sez. 2 l'illustrazione più puntuale dei dati di attività.

## Ospedale di Fidenza - San Secondo

Le azioni di consolidamento in ambito dipartimentale e di Unità Operativa si fondano su una sostanziale riconferma degli indici complessivi di produttività raggiunti nel 2006 ed un pieno ed intensivo utilizzo degli strumenti e delle metodologie operative poste in atto nel quadro dell'accreditamento istituzionale.

Nello specifico, le azioni di consolidamento previste per ciascun Dipartimento:

### *Dipartimento delle medicine*

L'attività di Pneumologia si è consolidata sia dal punto di vista quantitativo, attraverso un netto incremento sia delle prestazioni ambulatoriali semplici che di Day Service, sia dal punto di vista qualitativo, attraverso la costante garanzia delle attività strumentali di fisiopatologia respiratoria a favore di pazienti ricoverati. Gli accessi al Day Service Pneumologico sono passati da 86 nel 2006 a 231 nel 2007. L'attività riguardante il tromboembolismo venoso è stata garantita attraverso consulenze a favore dei pazienti ricoverati, con particolare riguardo ai pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico sia nel pre che nel postoperatorio. L'attività ambulatoriale TAO è stata codificata sia attraverso l'apertura di disponibilità a CUP che attraverso l'elaborazione di un progetto organizzativo specifico. L'attività in argomento ha avuto un evidente trend incrementale rispetto al 2006 in cui si sono effettuate 64 prestazioni rispetto alle 286 eseguite nel corso del 2007 con un incremento percentuale del 168%. Il processo di riorganizzazione delle attività ambulatoriali ha portato ad un incremento dell'attività ambulatoriale del 29,63% passando da 5.565 prestazioni effettuate nel 2006 alle 7.214 erogate nel 2007.

### *Dipartimento delle chirurgie*

Le attività chirurgiche di tipo oncologico sono state complessivamente mantenute, ma si evidenzia l'aumentato livello di complessità della casistica in generale. Le attività di chirurgia della mammella per patologie neoplastiche hanno sostanzialmente consolidato il dato dell'anno precedente evidenziando per il 2007, 29 interventi rispetto ai 27 dell'anno 2006. Le attività protesiche ed endoscopiche hanno presentato un trend incrementale a partire dal secondo trimestre dell'anno 2007. Con l'incremento della disponibilità delle sale operatorie si è evidenziato un notevole aumento dell'attività degli interventi di protesi all'anca con un consolidamento dell'attività relativa alla protesi del ginocchio e a quella della spalla. Anche relativamente agli interventi artroscopici al ginocchio vi è stato un sostanziale aumento dell'attività. I dati di attività al 31.12.2007, pari a n. 201 prestazioni di litotripsia, confermano il sostanziale consolidamento

delle prestazioni effettuate nel corso del 2006. L'attività chirurgica in ambito ginecologico ha presentato complessivamente livelli incrementali sia rispetto al numero dei DRG chirurgici che al peso degli stessi passando dai 585 casi validi del 2006 con un peso di 456,39 ai 619 del 2007 con un aumento del peso pari 513,86.

### **Dipartimento di emergenza-urgenza**

L'attività nell'U.O. di Pronto Soccorso si è consolidata: (il numero degli accessi è stato pari a 27.789) attraverso la presenza attiva dei medici del 118 che dalla riorganizzazione del personale medico libero professionista e strutturato, conseguente all'attivazione del II° ambulatorio di Pronto Soccorso. Sono stati attivati i percorsi del Politrauma e del Dolore toracico; di quest'ultimo è stato effettuato audit interno in ambito dipartimentale.

A partire da ottobre 2006 sono state spostate sui laboratori dell'Azienda Ospedaliera le prestazioni provenienti dalla chiusura del laboratorio di via Pintor di Parma. A seguito di questa riorganizzazione vi è stato un decremento dell'attività laboratoristica effettuata presso il laboratorio di Vaio, mentre sono state regolarmente gestite le necessità del Presidio e del Distretto di afferenza. Relativamente allo screening colon-retto sono state eseguite n.16.846 prestazioni di screening del colon retto di I° livello. L'attività radiologica è aumentata rispetto al 2006 di 2.167 prestazioni, pari al 8,39%, mentre le prestazioni erogate presso la sede di S. Secondo hanno sostanzialmente consolidato i dati relativi al 2006 con un volume di attività resa nel 2007 pari a n. 12.708 prestazioni.

Sia l'attività di degenza che l'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale hanno consolidato i livelli raggiunti nel corso del 2006. Vi è da rilevare altresì un aumento dell'attività ambulatoriale prestata nella sede Ospedaliera di Vaio di n. 780 prestazioni, pari al 4,69%, e nello stabilimento di S. Secondo di n. 710 prestazioni, pari al 9,64%.

E' stato altresì attivato presso la sede di S. Secondo il Day Service Cardiologico. E' stata garantita la partecipazione agli incontri della Commissione Cardiologica Provinciale dettagliando i rapporti nel sistema Hub and Spoke con particolare riferimento agli aspetti attuativi locali in tema di gestione della sindrome coronaria acuta e dello scompenso cardiaco;

- attività di Anestesia: dal 17 settembre incremento numero sale operatorie da 25 a 28 settimanali;
- OTI: tratta quotidianamente un numero compreso tra 40 e 45 pazienti in elezione, garantendo così l'utilizzo ottimale dell'attrezzatura e consolidando il dato relativo al 2006;
- rianimazione: mantiene i livelli quantitativi; dal punto di vista qualitativo, si è focalizzata l'attenzione sulla prevenzione delle Infezioni attraverso la partecipazione al progetto SPIN UTI, l'adesione al progetto dell'OMS sul lavaggio delle mani e il monitoraggio attraverso il laboratorio delle frequenza degli stafilococchi MRSA.

### **Struttura di San Secondo Parmense**

Il progetto integrato di riorganizzazione e di potenziamento dell'assistenza a pazienti non in condizione di acuzie, che interessi sia il settore ospedaliero che quello extra ospedaliero, è divenuto un obiettivo prioritario all'interno dello stabilimento Ospedaliero di S. Secondo Parmense. Con la deliberazione n. 179 del 19 aprile 2007 è stato approvato il documento che ridefinisce l'assetto organizzativo e gli elementi del processo assistenziale della struttura di San Secondo Parmense, definita Complesso Sanitario Ospedaliero - Territoriale. Il nuovo assetto approvato è dedicato ai pazienti che necessitano di assistenza nell'arco delle 24 ore, nonché di osservazione e trattamenti sanitari e di nursing infermieristico non erogabili in altre forme. Nella struttura sono offerte attività di riabilitazione estensiva (motoria, respiratoria, cardiologica), di assistenza sanitaria riabilitativa con progetto individuale, a pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia. E' prevista, inoltre, come nelle strutture per post- acuzie, un'assistenza orientata al coinvolgimento del paziente e dei familiari, a cui si aggiunge un progetto riabilitativo individuale per il recupero di menomazioni e disabilità. L'attività della struttura si è sostanzialmente consolidata rispetto ai livelli raggiunti nel 2006 con un incremento della valorizzazione dei DRG.

### **Ospedale di Borgo Val di Taro**

Si è realizzato un ulteriore e rilevante obiettivo nella qualificazione dell'Ospedale, con il consolidamento, in ambito dipartimentale e di unità operativa, di attività di alta qualificazione e di eccellenza.

### **Dipartimento medico e diagnostico**

L'attività dell'ambulatorio di epatologia gestita presso l'Ospedale di Fidenza è stata mantenuta in essere ed ulteriormente qualificata, anche in relazione al trasferimento del Direttore della U.O. di Medicina Interna dal P.O. di Borgotaro a quello di Fidenza.

E' stata consolidata la funzione di lettura a distanza degli ECG attraverso telecardiologia. Il Direttore dell'U.O. di Medicina Interna Dipartimento Medico-Diagnostico è stato direttamente impegnato dalla Direzione aziendale nelle azioni di educazione sanitaria della popolazione utente, a fianco dei Comitati Consultivi Misti e delle OO.SS.

L'attività del Day Hospital Oncologico è stata realizzata attraverso una azione di recupero degli utenti residenti in alta valle, per i quali è particolarmente disagiata accedere alle strutture della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

### **Dipartimento chirurgico**

Sono state sperimentate alcune nuove tipologie di protesi ("protesi navigate"). E' stato mantenuto un elevato standard prestazionale dell'anno precedente.

L'attività di chirurgia del piede è stata ulteriormente mi-

gliorata, eseguendo i primi interventi di protesi di caviglia. E' stata incrementata l'attività, con particolare riferimento agli interventi di colecistectomia videolaparoscopica. E' proseguita la collaborazione con il Dipartimento del Cuore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anche in campo di radiologia interventistica, da effettuarsi presso la stessa Azienda.

I trattamenti chirurgici sono stati inseriti in una più complessiva programmazione delle attività di prevenzione, terapia e riabilitazione delle patologie del pavimento pelvico. Per quanto riguarda l'aggiornamento ed il perfezionamento professionali, l'obiettivo è stato perseguito con frequenze settimanali di un semestre presso la Sala Operatoria del P.O. di Vaio.

E' proseguita l'attività di prelievo del sangue cordonale, nell'ambito del sistema provinciale di raccolta. E' continuata e si è rafforzata la proficua collaborazione con l'Associazione ADISCO, con lo scopo di promuovere ed incentivare la donazione del sangue cordonale tra le neo-mamme. Durante il corso della gravidanza, è stato proposto a tutte le donne gravide di considerare l'importanza di un atto semplice, ma nobile ed importantissimo, come la raccolta delle cellule staminali presenti nel sangue cordonale. Lo stesso è stato fatto al momento del travaglio, rispettando i criteri di selezione.

### Accordi interaziendali

#### L'Azienda Ospedaliera - Universitaria di Parma

L'Accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma per il triennio 2005/2007, ha fissato i seguenti obiettivi:

- promozione dell'appropriatezza d'uso dei servizi ed efficacia delle cure, sia in termini di ricovero che di durata di degenza;
- miglioramento della qualità degli interventi;
- sviluppo di un sistema ospedaliero integrato;
- inserimento dell'intervento ospedaliero in un contesto operativo di rete tra strutture provinciali e regionali (secondo il modello regionale Hub and Spoke) e con i servizi territoriali;
- prosecuzione del percorso di riconversione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario in modalità di degenza/assistenza più appropriate ed a minor costo;
- riconduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, alle condizioni di maggiore efficacia clinica ed equità di accesso per il paziente, in termini di autosufficienza territoriale.

L'attività erogata a favore dei residenti della provincia di Parma, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria è pari a 42.345 ricoveri con un aumento del 0,62% (+ 263) rispetto allo scorso anno. Permane il significativo incremento dei ricoveri in regime diurno, cresciuti del 4,38% (+ 370), mentre i ricoveri in regime ordinario sono diminuiti di 107 unità (- 0,32%). La durata di degenza media per i ricoveri ordinari, nonostante la contrazione della

produzione, cresce ulteriormente fino a 9,5 giorni per ricovero, mentre il numero di accessi medi per i ricoveri in regime diurno è pari a 4,8.

Per quanto invece riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'esame dei dati evidenzia una sostanziale stabilità nella produzione complessiva sia in termini di volumi che di importi economici. Preme invece segnalare una criticità relativa alla attività in prenotazione con particolare riferimento per la diagnostica strumentale e per le visite.

#### Università degli Studi di Parma

La collaborazione principale con l'Università degli Studi di Parma riguarda l'utilizzo dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Fidenza-S. Secondo per attività essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, avviata nel 2005.

Inoltre sono attive convenzioni specifiche per:

- la prevenzione dell'ambliopia con l'Istituto di Oftalmologia;
- l'attivazione di posti aggiuntivi per la scuola di specializzazione in Neurologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Ortopedia e Traumatologia;
- l'acquisizione di prestazioni di laboratorio non svolte da laboratori aziendali.

Nel paragrafo dedicato all'eccellenza clinica, tecnologica e organizzativa e nella Sezione 6 sono illustrati specifici progetti realizzati in collaborazione con l'Università.

#### Contratti di fornitura con soggetti privati accreditati

Il 2007 rappresenta per gli ospedali privati accreditati ubicati nella provincia di Parma un anno di consolidamento per quanto riguarda le attività di ricovero ospedaliero, con conferma dell'obiettivo di promozione dell'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, dei ricoveri in regime ordinario e di day hospital. In tal senso è proseguito il riorientamento verso attività in regime ambulatoriale di attività svolte in regime di ricovero quali la decompressione del tunnel carpale e la terapia chirurgica della cataratta, litotripsia extracorporea delle grandi articolazioni. In questo ambito sono stati raggiunti significativi risultati in coerenza con i contenuti dei contratti sottoscritti.

E' stato ridefinito l'apporto degli ospedali privati accreditati al "cruscotto" provinciale dei ricoveri da pronto soccorso: la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e le strutture private ha consentito di rispettare gli obiettivi stabiliti. Inoltre gli ospedali privati accreditati dotati di posti letto di lungodegenza post acuzie, hanno messo a disposizione un quantitativo di posti letto e/o di ricoveri per i trasferimenti in continuità assistenziale da reparti per acuti degli ospedali pubblici della provincia, ed in particolare dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; questi flussi sono stati oggetto di uno specifico monitoraggio per garantirne il pieno utilizzo rispetto agli impegni convenuti.

E' stata confermata l'importante collaborazione con il Centro Don Gnocchi, frutto di un accordo con l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per l'attività di riabilitazione cardiologica.

Con riguardo alle attività avviate nel 2007, si segnala l'apertura dell'Hospice territoriale gestito dalla Congregazione delle "Piccole Figlie" avvenuta nel mese di Ottobre 2007, mentre è stata confermata per l'intero 2007 la caratterizzazione ospedaliera di tutti i posti letto dell'ospedale privato accreditato "Villa Maria Luigia", in attesa del rinnovo dell'accordo triennale Regione Emilia Romagna AIOP, ratificato con DGR 2176 del 27/12/2007.

E' stato ulteriormente sviluppato l'apporto delle strutture per il potenziamento delle prestazioni ambulatoriali in coerenza con il Programma per il recupero delle liste di attesa approvato dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, con particolare riferimento allo sviluppo del Presidio Sanitario a favore dei cittadini residenti nel Distretto Sud-Est ed all'incremento dell'offerta di prestazioni nel Distretto di Parma.

## Percorsi per l'Accreditamento e la Qualità

L'accreditamento e la qualità sono due aspetti dello stesso tema, l'uno con risvolti esterni, istituzionali e di garanzia per i cittadini, l'altro come tensione aziendale al miglioramento continuo. Nel 2007 l'attività si è strutturata su entrambi i versanti.

### L'Ospedale di Fidenza

Le attività realizzate hanno riguardato:

- il consolidamento dei progetti di miglioramento e di una cultura orientata al risultato, al lavoro per processi ed all'integrazione con altre figure professionali, all'appropriatezza delle procedure e delle risorse utilizzate, sia per gli aspetti qualitativi che quantitativi;
- la promozione e lo sviluppo dell'utilizzo del metodo della formazione - azione, ancorando fortemente il percorso alla attività realizzata e attesa;
- la revisione di alcune procedure interne sulla base delle necessità organizzative emerse;
- la progettazione di un percorso formativo destinato ai responsabili di equipe nell'ottica della gestione manageriale.

### L'Ospedale di Borgo Val di Taro

Le attività realizzate hanno riguardato:

- la collaborazione con la Direzione Sanitaria per l'applicazione dei concetti della qualità attraverso l'adesione al modello di riferimento regionale per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- la prosecuzione del progetto formativo finalizzato alla acquisizione di competenze diffuse in tema di accREDITAMENTO istituzionale, l'avvio della predisposizione del materiale previsto dall'accREDITAMENTO;
- la definizione del percorso da seguire per arrivare all'accREDITAMENTO istituzionale previsto tra la fine del 2008 e prima metà del 2009.

## Il Dipartimento di Sanità Pubblica

Sono state consolidate le attività avviate all'interno di ciascun servizio volte a realizzare una maggiore interazioni tra gli stessi anche attraverso la definizione di procedure comuni. In quest'ottica si è proceduto alla definizione della procedura per il rilascio dei pareri per i Nuovi Insediamenti Produttivi, tuttora in fase di applicazione sperimentale e che verrà verificata nel 2008. Inoltre:

- è proseguita la definizione e validazione di ulteriori procedure in ambito veterinario e la regolare revisione delle procedure esistenti e loro validazione;
- è proseguita l'attività di audit definendo gli indicatori per la verifica e migliorando le modalità di effettuazione degli audit sull'applicazione e sull'efficacia delle procedure;
- è stato realizzato lo specifico corso di formazione sui principi omogenei e condivisi della qualità e sui temi dell'accREDITAMENTO;
- è stata revisionata insieme alle associazioni di categoria la procedura per il rilascio delle autorizzazioni per parrucchieri, acconciatori, tatuatori e piercing sulla base della nuova normativa regionale.

## Il Dipartimento di Salute Mentale

Acquisito l'accREDITAMENTO istituzionale, il Dipartimento di Salute Mentale è impegnato nel consolidamento delle funzioni di programmazione, formazione e verifica. In tale ambito sono state realizzate le seguenti azioni:

- prosecuzione del lavoro dei "Facilitatori" affinché stimolino e supportino il lavoro delle équipes nel pieno raggiungimento dei requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- definizione gli standard dei principali prodotti e degli indicatori di qualità nel DSM;
- elaborazione ed attuazione del piano di inserimento e affiancamento del personale dirigente;
- attivazione nelle Unità Operative di gruppi di miglioramento o audit clinici;
- promozione di iniziative per favorire la costituzione dei Comitati Consultivi Misti per la Salute Mentale, come da indicazioni regionali;
- rafforzamento e omogeneizzazione sul territorio provinciale della politica e della vision dell'area disciplinare della Neuro Psichiatria Infantile e Adolescenza;
- miglioramento delle procedure relative al prodotto "Legge 104/92" con definizione di percorsi integrati con le agenzie educative in attuazione dell'Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica.

## Il Programma Dipendenze Patologiche

E' stato avviato il percorso per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private, con la definizione del programma di lavoro preparatorio per l'accREDITAMENTO, con uno stretto coinvolgimento delle comunità terapeutiche presenti nel territorio provinciale.

Sono stati completati il percorso formativo e il percorso tecnico-pratico per la stesura del manuale di accREDITA-

mento. Si è arrivati alla stesura del manuale e alla definizione delle procedure, istruzioni operative e protocolli da applicarsi in tutti i SERT a livello provinciale.

## L'Hospice di Borgotaro

L'Hospice di Borgotaro, come struttura di nuova realizzazione deve da subito attenersi ai requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dall'accreditamento istituzionale. La visita ufficiale di accreditamento da parte della commissione della Agenzia Sanitaria Regionale, avvenuta il 13 febbraio 2007, ha avuto esito positivo. Pertanto il percorso di accreditamento è stato completato con l'ottenimento del decreto di accreditamento da parte dell'Assessorato regionale.

## L'Hospice di Langhirano

E' stato effettuato il percorso formativo per tutto il personale per arrivare alla stesura del manuale e alla definizione di tutto il percorso per l'ottenimento dell'accreditamento previsto nel 2008.

## L'accreditamento delle strutture private

E' stato consolidato il percorso di accreditamento delle strutture private. Si è proceduto alla valutazione ed al supporto tecnico per i privati che hanno fatto domanda di accreditamento in Regione.

## L'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie – Legge Regionale 34/98

E' proseguita l'attività della Commissione Tecnica per il rilascio dei pareri per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio assistenziali, pubbliche e private, con gli obiettivi prioritari sia di completare la valutazione delle pratiche relative agli studi ed agli ambulatori odontoiatrici che di garantire il rispetto dei tempi di risposta per le strutture di nuova realizzazione. Nel corso dell'anno è proseguita la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per la valutazione delle pratiche relative agli interventi di ristrutturazione dei reparti ospedalieri e delle nuove strutture realizzate. Inoltre, è stata attivata l'anagrafe delle strutture sanitarie, strumento finalizzato anche al monitoraggio dell'attuazione degli accordi Regione – AIOP e della mappatura dei posti letto. L'attività svolta è la seguente:

- sopralluoghi: 176 per sanitarie e 19 per socio assistenziali
- pareri per strutture sanitarie: 181
- pareri per strutture socio assistenziali: 20
- sedute della Commissione: 30.

## La prevenzione individuale

### Le visite medico collegiali

Il principale obiettivo delle attività delle Commissioni Medico Legali è quello di rispettare lo standard dei tempi di attesa per l'accertamento dell'invalidità civile e riconoscimento dell'handicap, garantendo nel contempo la qualità della prestazione erogata.

Le azioni intraprese hanno portato ad un incremento del numero di pratiche esaminate dell'11,23%, ma non sono state completamente efficaci per ridurre i tempi di attesa di effettuazione delle visite, stante il continuo aumento della domanda, in particolare per quanto attiene alla disabilità (L. 104/92). E' stata però data piena attuazione ai disposti del D.L. 10 gennaio 2006, n. 4. "Misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della PA", che prevede la convocazione dei soggetti affetti da patologie oncologiche entro 15 giorni dalla presentazione della domanda. Ogni 3 mesi viene effettuato un monitoraggio della situazione per consentire la messa in atto di aggiustamenti.

Numero invalidità riconosciute Anno 2007						
	inferiori 100%	100% senza accomp.	Accomp. <65 anni	Accomp. >65 anni	Indenn. frequenza	Totale
Parma	1.741	999	220	1.319	84	4.363
Fidenza	740	724	148	678	55	2.345
Sud Est	578	494	49	471	38	1.630
Valli Taro e Ceno	340	267	37	376	13	1.033
Totale	3.399	2.484	454	2.844	190	9.371

Fonte – elaborazione interna AUSL Parma

Per quel che attiene ai riconoscimenti della Legge 104/92 (handicap) le visite sono state 4.606 con un aumento del 19,7% rispetto all'anno precedente.

Le visite collegiali domiciliari effettuate sono state:

- Parma 280
- Fidenza 403
- Sud-Est 156
- Valli TC 105

per un totale di 944. Sono quindi aumentate dal 2006 al 2007 del 10,54%.

### Le attività vaccinali

Nel corso del 2007:

- è proseguita l'applicazione del calendario vaccinale regionale per la popolazione 0-18 anni;
- è proseguita l'attuazione del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e rosolia congenita, con offerta delle vaccinazioni alle coorti previste in calendario ed attuazione della 2° fase con offerta delle seconde dosi alle coorti interessate;
- è stato costituito il gruppo interaziendale per approntare la strategia di eliminazione della rosolia congenita.

- ta, con l'obiettivo di mantenere l'incidenza di tale patologia a valori inferiori a un caso ogni 100.000 nati vivi;
- sono state mantenute le coperture per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia a livello superiore al 98%;
  - sono state consolidate le coperture per le vaccinazioni raccomandate dell'infanzia con valori pari al 97% per pertosse e haemophilus e almeno 95% per pneumococco;
  - è migliorata in tutti i Distretti la copertura per il morbillo al 24° mese raggiungendo il 93.5%.

In relazione alla campagna vaccinale antinfluenzale è stata consolidata la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Iniziative formative si sono ripetute nei Distretti al fine di fornire informazioni sul Piano Pandemico Nazionale e Regionale, aggiornare sulla situazione epidemiologica dell'influenza aviaria e creare le basi per un buon funzionamento del sistema di segnalazione rapida della malattie infettive affrontando anche la tematica della sorveglianza della rosolia. Per favorire la copertura si è svolta anche una campagna informativa per la popolazione.

Sono state somministrate n. 70.326 dosi di vaccino alla popolazione dai MMG e 16.863 dai Servizi Igiene Pubblica. Si è riscontrato positivamente che l'accesso alla vaccinazione è ormai costume consolidato tra i nostri cittadini; infatti nonostante la situazione climatica sfavorevole e la mancanza di stimoli dovuti a influenza aviaria o altri situazioni di allarme per la popolazione il livello di copertura si è mantenuto costante.

### Le attività di Screening

Un programma organizzato di screening si rivolge ad una popolazione ben definita alla quale viene attivamente offerto un test di facile esecuzione, innocuo, ripetibile, facilmente accettabile, al fine di sottoporre il sottogruppo positivo al test ad ulteriori indagini diagnostiche di approfondimento. Ciò può consentire di individuare una malattia pretumorale o tumorale nelle sue prime fasi di sviluppo, in modo da garantire un tempestivo intervento terapeutico, che potrà essere limitato e conservativo, consentendo la risoluzione della patologia e aumentando la possibilità di una guarigione completa. Nella Sezione 2 sono riportati i dati relativi alle attività di screening.

Nella nostra Regione dal 1998 è stata promossa l'attivazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella, cui si è affiancato lo screening per il tumore del colon retto dal 2005.

Per quest'ultima campagna, i livelli di adesione a Parma si mantengono buoni e gli indicatori di risultato confermano una notevole percentuale di riscontro di lesione in fase precoce. Nel corso del 2007 l'attività del gruppo di coordinamento si è orientata verso una più incisiva collaborazione con tutti i soggetti coinvolti nel programma (Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, Enti Locali, Volontariato) e verso una definitiva formalizzazione dei percorsi successivi alla effettuazione del test, mantenendo gli standard di qualità contenuti nei

documenti della Regione Emilia-Romagna. In questa ottica le azioni svolte a livello locale si sono indirizzate ad un ampliamento dell'attività diagnostica (RMN di Fidenza) e ad un miglioramento dei supporti informatici ed informativi.

Inoltre, segnatamente per lo screening del colon retto, si è scelto di privilegiare un coinvolgimento attivo degli Enti Locali e del volontariato, in particolare nell'attività di sensibilizzazione e distribuzione del test; anche grazie a questa strategia si è raggiunta un'adesione al primo round superiore al 50%, che è una tra le più alte della Regione.

### La prevenzione collettiva

#### La sicurezza nei luoghi di lavoro: il controllo cantieri

Il contrasto degli infortuni sul lavoro e le malattie da lavoro rimane obiettivo prioritario degli SPSAL, rafforzato dalle linee di indirizzo nazionali contenute nel "Patto per la Salute", che recepisce l'intesa tra Governo e Regioni, successivamente trasformato nel DPCM del 17.12.07. La richiesta che da più parti del contesto sociale perviene è quella di un aumento dei controlli, che tuttavia vanno resi più efficaci attraverso:

- la ricerca di un maggiore coordinamento tra Enti preposti alla vigilanza;
- una maggiore qualificazione dei controlli stessi, orientata sui processi piuttosto che sugli oggetti;
- sinergie da sviluppare in Area Vasta;
- il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle parti sociali.

Ma la capacità di affrontare e portare a soluzioni le complesse problematiche che investono la tutela della salute negli ambienti di lavoro non può trovare nell'incrementata vigilanza la sola risposta offerta dal sistema.

La vigilanza deve assolutamente essere integrata da una penetrante e sostenuta azione di promozione della salute da sviluppare a tutto campo, sia attraverso il coinvolgimento dei tanti portatori di interessi in grado di dare un contributo, che stimolando una diffusa coscienza collettiva sulla tematica della salute e sicurezza sul lavoro. E' questo ambito da giocare sul terreno dei Piani Per la Salute, sfruttando appieno l'ormai consolidato tessuto di relazioni che nel tempo si è costruito.

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi alla prevenzione sui luoghi di lavoro, si rimanda alla Sezione 2 di questo documento.

### Lavoro sicuro

L'attività di vigilanza si è concentrata sui settori e sui rischi indicati dalla programmazione regionale attraverso piani mirati nei comparti Edilizia, Metalmeccanica e Agricoltura, senza per questo trascurare settori produttivi o rischi che, per rilevanza o diffusione locale, hanno richiesto interventi strutturati, come nel caso del comparto lavorazione carni fresche (Prosciuttifici) e del rischio chimico e cancerogeno. Ma è soprattutto l'Edilizia

che ha assorbito le maggiori risorse, essendosi concentrato in questo comparto il 50 % dei controlli complessivamente effettuati (1496).

In questo comparto critico, particolare attenzione è stata posta:

- alla vigilanza sulla TAV e sulle Grandi Opere insistenti sul territorio provinciale, adottando nuovi approcci metodologici, come nel caso del Ponte Medesano-Collecchio al quale si sono estesi il modello e le intese sperimentate positivamente nel controllo delle opere di adeguamento del tracciato autostradale di A15;
- alla vigilanza nell'edilizia tradizionale, anche partecipando a due campagne straordinarie all'anno contro le cadute dall'alto, promosse congiuntamente in Area Vasta e contemporaneamente sviluppate in tutte le quattro province coinvolte. Pieno supporto è stato offerto alla Magistratura sulle inchieste infortuni.

### Attività distrettuale e Cure Primarie

Con il Piano Sanitario 1999/2001 e la successiva Legge Regionale 29/04 sono state ridefinite e perfezionate le funzioni del Distretto, inteso sempre di più come l'ambito più appropriato per garantire una risposta possibilmente integrata al cittadino, luogo di ricomposizione della programmazione sociale e sanitaria, strumento efficace di risposta ai bisogni complessi delle persone.

Le Cure Primarie rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone e costituiscono il primo contatto con il SSN, ovvero la prima risposta ad un iniziale problema di salute o durante il trattamento di patologie croniche.

Lo sviluppo delle Cure Primarie ha rappresentato un obiettivo strategico di particolare rilevanza per l'Azienda. Per tale motivo le attività svolte ed i risultati conseguiti sono illustrati nella Sezione 7 "Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale" del presente Bilancio, cui si rinvia per una puntuale rendicontazione.

### Area della Salute Mentale

Le azioni effettuate dal Dipartimento di Salute Mentale si sono orientate a consolidare i processi di integrazione interni ed esterni al Dipartimento. A supporto di questa politica, il Dipartimento ha attuato, come ogni anno, un ampio programma formativo. In particolare, è stato completato il programma di formazione per i professionisti afferenti a diverse aree aziendali, impegnati nel trattamento del disagio in fasce di età giovanili e adolescenziali. Il progetto, che vede una forte integrazione tra Piano Attuativo Locale – Area Sociosanitaria e Piani di Zona Sociali, è finalizzato alla costruzione di un Piano per la Salute dedicato al mondo giovanile, alla prevenzione del disagio emotivo e alla sua presa in carico. Inoltre, i rappresentanti delle diverse aree disciplinari hanno dato continuità alla partecipazione ai Tavoli dei Piani di Zona, a garanzia dell'integrazione socio-sanitaria.

I dati relativi all'attività della Salute Mentale sono illustrati in maniera più dettagliata nella Sezione 2 di questo documento.

### Area Salute Mentale Adulti

Al fine di mantenere alta l'attenzione ai percorsi di miglioramento continuo della qualità, il gruppo dipartimentale dei "facilitatori" ha lavorato per l'identificazione degli indicatori di qualità del Dipartimento di Salute Mentale e la definizione degli standard di prodotto. Nei Centri di Salute Mentale sono state effettuate indagini sulla qualità percepita dai cittadini nella fase di accesso ai servizi, con buoni risultati. Sono stati identificati anche indicatori e standard di qualità relativi ai progetti riabilitativi in ambito residenziale assegnati alle Cooperative accreditate.

E' stata inaugurata una nuova sede al centro della città dove operano il Programma per l'adolescenza e la giovane età ed il Programma per i Disturbi del Comportamento Alimentare, nella quale si realizzano interventi di integrazione tra le Aree della Salute Mentale Adulti, della NPIA e del Programma Dipendenze Patologiche.

Anche nel corso di questo anno si sono attuati incontri formativi e informativi dedicati alle famiglie e si è sviluppato il sostegno alle persone in cura attraverso l'attivazione di nuovi gruppi di auto mutuo aiuto. Lo sviluppo della comunicazione interna al Dipartimento è stato particolarmente curato: sono stati fatti diversi incontri con i professionisti finalizzati alla condivisione dei programmi e dei risultati del lavoro e si è incrementata la modalità di informazione attraverso la rete informatizzata.

Sono state dedicate maggiori risorse all'Ufficio Dipartimentale per la Formazione, finalizzate a fornire un'offerta formativa permanente, a sviluppo poliennale, ed integrata tra Aree Disciplinari affini. E' proseguita l'attività del gruppo di lavoro congiunto tra Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Clinica Psichiatrica Universitaria-Ospedaliera, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e Servizi Territoriali di Salute Mentale per l'integrazione interaziendale ed è proseguita la partecipazione alle attività regionali finalizzate alla riorganizzazione della Ospedalità privata coinvolta in questo ambito.

Si è seguito lo sviluppo del progetto edilizio inerente la ricollocazione del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura teso a migliorare e valorizzare il raccordo tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. E' iniziata l'attuazione del piano di sviluppo per la Fattoria di Vigheffio: il piano ha la finalità di diversificare, innovare e specializzare la rete delle strutture residenziali del territorio provinciale, portando ad ulteriore crescita l'esperienza della Fattoria e preservandone il prezioso patrimonio di valori e di significati. Nel 2007 è stata avviata la ristrutturazione dell'edificio "ex Barchessa" per la realizzazione di appartamenti protetti e si è attivato uno specifico tavolo di lavoro interistituzionale per la progettazione complessiva dell'area e per l'organizzazione dell'attività riabilitativa da attuarsi attraverso progetti personalizzati.

L'Azienda ha stipulato una convenzione con una Cooperativa Sociale finalizzata al sostegno della domicilia-rità, rivolta a persone in cura presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che risiedono temporaneamente in appartamenti in uso al DSM in una fase del loro percorso terapeutico riabilitativo individualizzato.

Sempre nel corso del 2007 è stata riprogettata, anche con l'approvazione di un apposito regolamento aziendale, l'attività di supporto ai pazienti nella gestione del proprio denaro da parte del servizio attraverso una migliore definizione delle modalità e dei percorsi gestionali di carattere assistenziale ed amministrativo.

E' proseguita l'attività di collegamento ed integrazione con i Dipartimenti di Cure Primarie, in particolare con i Medici di Medicina Generale, attraverso l'applicazione del progetto regionale "Giuseppe Leggieri". Nel Distretto di Parma è stato siglato uno specifico Protocollo di collaborazione. Anche con il Programma di Geriatria Territoriale si è predisposto un Protocollo di collaborazione a livello dipartimentale che prevede modalità e responsabilità rispetto alle consulenze in Casa Protetta.

Si è costituito un gruppo di lavoro di professionisti del DSM finalizzato al monitoraggio ed al miglioramento della appropriatezza prescrittiva di farmaci antipsicotici atipici ed antidepressivi. E' proseguita l'attività di collaborazione e consulenza presso il Programma Aziendale Salute Immigrati. Presso il Distretto di Parma si è avviato un coordinamento fra le diverse attività di servizio sociale del DSM, in un'ottica interistituzionale e di integrazione socio-sanitaria.

### Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Nell'Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza si è sviluppato il lavoro di interfaccia interna ed esterna, in particolare:

- è stata concordata la procedura "Governo clinico dei percorsi riabilitativi e dell'assistenza protesica";
- è stato elaborato il materiale per la stesura di protocolli di interfaccia tra le Unità Operative per l'attuazione della terapia psicologica e della riabilitazione logopedica;
- è stata fatta una revisione del sistema di programmazione e monitoraggio degli interventi educativi domiciliari a favore di minori in cura presso i Servizi;
- sono stati messi a regime gli interventi previsti all'interno del Programma Aziendale dedicato al bambino cronico e si è curata l'integrazione con la Pediatria di base, con la Pediatria Ospedaliera Universitaria e Pediatria di Comunità, nel quadro del Protocollo interistituzionale e interaziendale "Percorso nascita";
- è stato applicato il protocollo provinciale per affidi, adozioni e prevenzione dell'abuso ai minori, predisposto dai gruppi di lavoro attivati dall'Amministrazione Provinciale di Parma;
- è stato elaborato un Programma integrato di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, a partire dalla prima infanzia, in stretta collaborazione con i referenti delle attività di psicologia clinica e con il Programma Adolescenza e Giovane Età.

E' proseguita la collaborazione con le Istituzioni Educative attraverso attività di consulenza, formazione e programmazione di incontri a cadenza periodica. E' stato siglato l'Accordo di Programma con le Istituzioni educative per l'infanzia, comprensive dei nidi.

Inoltre si è dato seguito a due ricerche iniziate negli anni scorsi:

- la ricerca/azione, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma e con l'Assessorato alle Politiche Scolastiche del Comune di Parma, sulla individuazione precoce dei disturbi di apprendimento in bambini da uno a tre anni provenienti da nuclei familiari migranti caratterizzati da bilinguismo (progetto "Dalla lingua di casa alle lingue del mondo");
- la ricerca/azione sui disturbi di apprendimento nella scuola dell'obbligo in collaborazione con il Programma Dipendenze Patologiche e con il Comune di Parma.

E' stata avviata la definizione e realizzazione di un programma aziendale integrato per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico anche con la costituzione di un apposito gruppo di lavoro. In tale ambito sono stati definiti i protocolli per la verifica e la validazione del programma riabilitativo avviato nel Distretto di Fidenza in collaborazione con la Fondazione "Bambini e Autismo" e specifiche iniziative nel Distretto di Parma.

Si è avviata l'implementazione di un nuovo sistema informativo, coerente con le specifiche caratteristiche disposte in ambito regionale e collegabile con il sistema informativo dell'Area Disciplinare Salute Mentale Adulti.

### Le dipendenze patologiche

Le azioni svolte dal Programma Dipendenze Patologiche sono state intraprese seguendo l'integrazione necessaria con gli altri Servizi coinvolti, in particolare con la Salute Mentale Adulti. Nel concreto sono state valorizzate le attività dell'Equipe Carcere e dei servizi per l'Alcolologia, la prima attraverso la definizione delle responsabilità negli ambiti medici specialistici attualmente riferiti all'amministrazione penitenziaria, la seconda attraverso la prosecuzione delle funzioni dedicate nella forma della attività specialistica sovradistrettuale. Si è sviluppata la collaborazione tra Programma Dipendenze Patologiche e Area Disciplinare Salute Mentale Adulti, con particolare riferimento alle tematiche comuni inerenti l'Area della Emergenza - Urgenza ed alla gestione della casistica in "doppia diagnosi".

Si è consolidato il coordinamento provinciale degli invii in Comunità terapeutica, attraverso una precisa riorganizzazione. Si è avviato il nuovo progetto triennale "Strada e dintorni", attraverso il consolidamento e la stabilizzazione dell'assetto organico dell'Unità di Strada, nel quadro dei Piani Sociali di Zona.

Si sono attuati interventi riorganizzativi per la qualificazione degli interventi di bassa soglia a livello provinciale, per lo sviluppo delle capacità di accoglimento dei servizi rispetto a nuove forme di dipendenza, valorizzando in particolare lo strumento dell'auto mutuo aiuto e per la sperimentazione di nuove forme di trattamento alternative all'utilizzo di farmaci sostitutivi.

In collaborazione con il Comune di Parma e con le compagnie sociali, nell'ambito di progetti di reinserimento, si sono esaminate forme di domiciliarità assistita alternative agli inserimenti comunitari. Infine, allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi nelle fasce di popolazione adolescenziali e giovanili, si è messa a regime l'attività presso la sede ambulatoriale realizzata in ambiti non stigmatizzati ("Mondo Teen").

I risultati conseguiti dal Programma in termini di dati sono illustrati nella Sezione 2.

L'articolazione operativa dell'Azienda USL presente in carcere, "Equipe Carcere", si rivolge principalmente all'assistenza di pazienti tossicodipendenti detenuti. Risponde ad una popolazione detenuta presso gli Istituti Penitenziari (II.PP.) di Parma, composta da cittadini italiani e da cittadini stranieri prevalentemente di origine nordafricana o dell'area balcanica. Le attività svolte sono di:

- valutazione sanitaria e di certificazione di tossicodipendenza;
- inquadramento e sostegno educativo individuale e di gruppo;
- inquadramento e sostegno psicologico;
- cura della tossicodipendenza attraverso la presa in carico sanitaria medica e psichiatrica;
- definizione del programma di cura e di riabilitazione dalla tossicodipendenza, da svolgere all'interno dell'Istituto o all'esterno in regime di affidamento o attraverso altri istituti previsti dalla legge.

Prosegue la collaborazione con il privato sociale di settore (Betania, CelS, Casa Lodesana, Alcolisti Anonimi), sotto forma di progettazione integrata e realizzazione integrata di attività centrate su tecniche di intervento grupppale.

Le attività, rivolte a pazienti italiani e soprattutto stranieri che, per scarse risorse esterne o per motivi giuridici (clandestinità o altro), presentano particolari difficoltà nella individuazione e realizzazione del progetto terapeutico all'esterno, proseguono in forma di accoglienza di gruppo.

Nel 2007 è terminata la realizzazione del progetto a finanziamento regionale "Assunzione del Rischio", con la attività di ricerca rivolta alla individuazione e valutazione degli indirizzi terapeutici efficaci e del corretto posizionamento di tutte le componenti di "cura" presenti all'interno degli II.PP. L'esito di questo lavoro è stato presentato nella giornata di lavoro seminariale "Pensieri, Parole e Azioni".

Si è inoltre dato inizio alla fase operativa del progetto "Burattini", attività espressiva che può essere considerata la continuità evolutiva rispetto ai percorsi progettuali e di operatività clinica, mirata a situazioni complesse all'interno della "Doppia Diagnosi". Tutti i detenuti segnalati sono visitati con tempi di attesa che non superano i 3 giorni; nel 2007 sono stati presi in carico 157 utenti, dei quali 45 stranieri.

Inoltre dal giugno 2007 l'Equipe Carcere si è integrata con il Servizio Infettivologico e con il Servizio Psichiatrico della Sanità Penitenziaria, assumendone le funzioni, come previsto dalle indicazioni regionali e dalle intese della Regione con il Ministero della Giustizia.

### Area Anziani

Nell'anno 2007 l'Azienda USL ha focalizzato il proprio impegno nel processo di implementazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. In tale ambito è stato consolidato il ruolo del Tavolo tecnico per l'integrazione socio sanitaria composto dai Direttori di Distretto, dai Responsabili degli Uffici di Piano, dall'Assessorato provinciale alle Politiche Sociali, dall'Ufficio di supporto alla CTSS e dal Coordinamento delle Prestazioni Socio Sanitarie. Tale gruppo, in un'ottica di integrazione interistituzionale e interdistrettuale, con l'obiettivo di assicurare linee omogenee di programmazione nel territorio provinciale ed equità di accesso alle risorse per tutti i cittadini, ha prodotto il documento programmatico per la ripartizione e gestione del FRNA, successivamente approvato dalla CTSS, ha attuato il coordinamento tecnico per l'elaborazione dei Piani Distrettuali per la Non Autosufficienza, ha predisposto modelli omogenei di convenzione tra AUSL e Comune capofila di Distretto per la gestione del FRNA e di recepimento dell' Allegato 2 della DGR 1206/2007.

Nell'anno 2007 l'Azienda USL ha focalizzato il proprio impegno nel processo di implementazione del FRNA, avviato con consistenti risorse aggiuntive destinate prioritariamente al sostegno della domiciliarità. In continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti, che hanno consentito di costruire le condizioni organizzative e gestionali per l'istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza, sono state sviluppati percorsi integrati con gli Enti Locali per la ripartizione, gestione e monitoraggio del FRNA atti a garantire linee omogenee di programmazione nel territorio provinciale ed equità d'accesso alle risorse per tutti i cittadini.

I criteri di riparto del FRNA sono stati:

- consolidamento della rete esistente attraverso il riconoscimento della spesa storica anno 2006, l'applicazione della DGR 122/07 ai servizi socio sanitari esistenti, l'attuazione della programmazione già validata dalla CTSS;
- sviluppo e riequilibrio della rete su base distrettuale attraverso l'attuazione della programmazione dei Comitati di Distretto ed il riequilibrio degli interventi in tutta la rete residenziale, semiresidenziale e domiciliare con l'applicazione di indici di programmazione omogenei in tutti i Distretti per le diverse tipologie di offerta presenti, fino al raggiungimento di una quota pro capite di spesa uniforme in tutto il territorio provinciale, previa ricognizione degli impegni di spesa storicizzati desunti dai bilanci comunali;
- quota per lo sviluppo, l'innovazione ed il riequilibrio territoriale/provinciale attraverso la finalizzazione di una quota parte corrispondente al 9,22% del FRNA a due obiettivi:
  1. sviluppo ed innovazione della rete attraverso la qualificazione dei servizi distrettuali con riguardo a tutte le forme dirette e indirette di sostegno alla domiciliarità;
  2. riequilibrio fra i diversi ambiti distrettuali in base alle specificità territoriali, con l'obiettivo di raggiungere un'equilibrata offerta di servizi in base al fabbisogno;

- assegni di cura e assistenza residenziale per disabilità gravissime: le DGR n. 509/07 e n. 1206/07 hanno assegnato rispettivamente € 386.170 per assegni di cura e € 991.440 per assistenza residenziale a favore di persone con gravissime disabilità acquisite, sulla base dei casi già in carico al 31.12.2006 e dei nuovi casi previsti nel corso del 2007.

A fronte dello stanziamento ex DGR n. 509/07, a favore della provincia di Parma, di una quota indistinta destinata prevalentemente alla popolazione anziana non autosufficiente, di € 30.379.496,00, è stata ripartita fra i Distretti la somma di € 27.557.077 che, partendo da una quota capitaria 2006 oscillante tra un minimo di € 460 e un massimo di € 482, ha consentito di pervenire ad una quota omogenea per tutto il territorio provinciale di € 561,00.

La rimanente quota di € 2.802.419,00, destinata all'innovazione ed al riequilibrio, è stata ripartita con le seguenti modalità:

- ripartizione di € 2.102.419 in base alla popolazione > 74 anni;
- ripartizione di € 700.000 sulla base di indicatori di riequilibrio condivisi dagli Enti Locali.

Nel corso dell'anno, inoltre, sono stati predisposti i Piani Distrettuali per la Non Autosufficienza con il Coordinamento Tecnico da parte del Gruppo per l'Integrazione, è stato definito e adottato un modello omogeneo di convenzione tra AUSL e Comune capofila di Distretto per la gestione del FRNA ed è stato elaborato e assunto da tutti i Comitati di Distretto l'atto di recepimento dell'Allegato 2 della DGR 1206/2007, previa ricognizione in tutti i Comuni della provincia dello stato d'attuazione dei requisiti minimi organizzativi e gestionali previsti per il Servizio d'Assistenza Domiciliare.

Contestualmente l'Azienda ha mantenuto e sviluppato la progettualità nell'ambito dei percorsi di miglioramento dell'attività assistenziale rivolta agli anziani al domicilio o ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali realizzati in particolare dal Programma di Geriatria Territoriale. In questo paragrafo e nel paragrafo relativo all'attività di tale programma illustrato nella Sezione, si ricordano i principali progetti ed attività svolte.

E' proseguita l'azione di riequilibrio dell'offerta dei posti residenziali, avviata negli anni precedenti, nei due Distretti sottodimensionati rispetto al parametro medio provinciale. Sono stati riconosciuti ulteriori 40 posti convenzionati di Casa Protetta al Distretto di Parma e 9 posti al Distretto Sud-Est. Analogamente sono stati potenziati i posti di Centro Diurno nei Distretti di Fidenza e Sud-Est, per un totale di 52 posti. In tal modo si è raggiunto un parametro provinciale di offerta di posti semiresidenziali pari a 0.94% sulla popolazione ultra settantacinquenne.

### Area disabili

Nel corso del 2007 è proseguita l'azione di ridisegno complessivo di questa area, anche alla luce delle più recenti indicazioni regionali.

Sul piano interistituzionale, l'area aziendale disabili ha partecipato ai tavoli dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano

per la programmazione complessiva delle attività, nonché per la definizione delle modalità di gestione del FRNA.

Sul versante gestionale, sono in corso interlocuzioni con i soggetti gestori, al fine di definire modalità condivise volte al miglioramento dei servizi, con particolare attenzione ai progetti individualizzati, da definire compiutamente e sottoporre a costante valutazione.

L'area disabili ha partecipato altresì attivamente al tavolo di lavoro istituito all'interno del Coordinamento Prestazioni Socio Sanitarie, al fine di meglio definire modalità e regole per l'esercizio pieno e corretto della funzione di committenza.

Ha partecipato inoltre ai tavoli di lavoro avviati in vista del prossimo rinnovo delle gare d'appalto, da orientare in modo conforme alle nuove indicazioni regionali in tema di accreditamento.

Infine, prosegue l'attività di analisi dei costi, definizione ed omogeneizzazione dei trasferimenti a soggetti terzi, all'interno di vari servizi, tra cui quelli residenziali e semiresidenziali.

### Le reti cliniche

#### Programma Aziendale di Geriatria Territoriale

Nella realtà di Parma, si assiste ad un progressivo e costante aggravamento delle condizioni di disabilità e ad una crescente complessità del quadro sanitario delle persone accolte nelle strutture, con particolare riguardo alle demenze, testimoniata dai risultati della classificazione ai fini della determinazione degli oneri a rilievo sanitario in collaborazione con il Coordinamento Socio Sanitario ed i rispettivi Distretti. Il Programma Aziendale di Geriatria Territoriale ha realizzato nel 2007 una consistente attività;

#### Coordinamento:

è stata sviluppata una intensa attività di coordinamento delle attività sanitarie presso le strutture residenziali e semiresidenziali che ha riguardato, in particolare, l'omogeneizzazione di attività infermieristiche, l'uso dei farmaci, l'utilizzo di strumenti gestionali e formativi:

- corso di formazione "La terapia occupazionale: sviluppo e applicazione di tecniche per il mantenimento ed il miglioramento di performance cognitive in pazienti dementi ricoverati nelle Strutture Protette Provinciali";
- "Movimentazione degli ospiti in casa protetta -Esercizio fisico nell'anziano" corso in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie;
- miglioramento sul lavoro dei fisioterapisti all'interno delle strutture residenziali.

#### Ricerca e formazione:

- "RUG Resource Utilization Groups", in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale, per la sperimentazione della classificazione dei pazienti nelle strutture protette nel territorio provinciale;
- "Strutture Protette Senza Dolore: Possibile Realtà o Utopia";

- “Dalla Contenzione alla Tutela della Persona” – settembre 2007;
- “Prevenzione delle Infezioni nelle Strutture Protette” ;
- “Comunicare all’interno delle Strutture : Equipe, Pazienti, familiari”;
- “Sicurezza e Lavoratori”;
- “Percorso chirurgico” e “Percorso Ecografie”; revisione del percorso in atto e costruzione di un nuovo percorso con un centro privato accreditato.

### **Governo clinico:**

- “Dimissioni difficili”; tavolo tecnico per stesura di documento da presentare ai componenti dell’ Accordo di Programma;
- “Lesioni da decubito”; incontri di miglioramento con operatori nelle singole unità/nuclei residenziali e consulenze su richieste dei medici responsabili presso le strutture per anziani per il monitoraggio/applicazione delle Linee Guida Aziendali;
- “Percorso psichiatrico”; presentazione da parte degli specialisti psichiatri del nuovo percorso sperimentale ai medici delle strutture del Distretto Parma;
- Progetto “Prevenzione della Stipsi”; elaborazione di un percorso clinico assistenziale per migliorare la qualità di vita degli anziani con problemi di stipsi residenti presso alcune strutture residenziali;
- “Progetto Prevenzione Cadute”; il percorso è proseguito con la costituzione di un tavolo tecnico aziendale per la costruzione del protocollo e degli strumenti necessari
- “Servizio Assistenza Nutrizione a Domicilio (SANAD)”; il Programma ha svolto consulenza presso le strutture provinciali in collaborazione con il personale tecnico del servizio;
- “Gruppo Tecnico Vigilanza:” è stata elaborata una nuova scheda di vigilanza e ne è stato avviato l’utilizzo; inoltre è stata realizzata una scheda per la catalogazione apparecchi elettromedicali utilizzati in strutture per anziani;
- “Percorso Ausili protesici concedibili ad ospiti di strutture protette per anziani”: con l’ausilio di un apposito gruppo tecnico, si è proceduto alla revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche, del protocollo aziendale in uso e degli strumenti utilizzati nelle strutture provinciali e sono stati costruiti percorsi per la richiesta di ausili e per quelli già in dotazione del paziente;
- “Progetto Dialisi Peritoneale”: il progetto, di valenza interaziendale (AOSP - Università e AUSL), è stato avviato nel 2007 con l’individuazione dei pazienti eligibili, la formazione del personale sull’uso delle apparecchiature, la supervisione continua della sperimentazione, incontri periodici di valutazione dell’andamento;
- “Gruppo Tecnico rimodulazione oraria attività infermieristiche”: è stato definito il percorso di rimodulazione dell’attività infermieristica in una struttura protetta di rilevanti dimensioni, attraverso la condivisione delle esigenze e la successiva messa in opera sperimentale.

### **Il Programma Demenze**

Il Programma Demenze, avviato nel 2005, ha sviluppato la propria attività nel 2007 su due ambiti. Il primo consolida e riorienta l’attività dei consultori demenze e il secondo migliora il coordinamento ed i percorsi di integrazione socio-sanitaria.

Ad oggi i risultati raggiunti:

- sono stati strutturati e realizzati momenti specifici di formazione rivolti ai familiari con l’obiettivo di sostenere e qualificare il lavoro di cura della famiglia e garantire il sollievo e la disponibilità di spazi per l’attenzione a sé dei caregivers;
- sono state consolidate le attività di supporto ai familiari della persona malata, per i caregivers e per gli operatori/assistenti familiari coinvolti nell’assistenza;
- è migliorato il livello di tempestività della diagnosi, anche al fine di fornire al paziente ed ai familiari informazioni più precise circa il decorso della malattia, le modalità di relazione più appropriate, i servizi e le risorse disponibili;
- è stato ampliato nel Consultorio di Parma il numero di utenti che partecipano ad attività di stimolazione cognitiva, di gruppo ed individuale (Terapia Occupazionale, Memory Training, allenamento di più funzioni, orientamento alla realtà, danzoterapia);
- sono stati potenziati i Centri Delegati di Borgo Taro e Langhirano.

Per quanto riguarda il secondo ambito:

- è stato completato il sistema informativo regionale all’interno dei Consultori con realizzazione della prima fase di informatizzazione del percorso valutativo;
- è stato rafforzato il Coordinamento Aziendale dei Consultori per le Demenze per definire il livello di approfondimento valutativo secondo criteri ed obiettivi condivisi a livello aziendale.

### **Le cure palliative**

Il 2007 ha visto il completamento della Rete Aziendale degli Hospice della provincia di Parma con l’apertura in ottobre del Centro di Cure Palliative gestito dalla Congregazione delle Piccole Figlie di Parma presso l’ospedale privato accreditato. E’ proseguito il coinvolgimento territoriale con i Medici di Medicina Generale specie del Distretto di Fidenza.

Numerosi eventi di formazione e informazione sono stati organizzati sia per l’intero territorio che nei singoli distretti favorendo i contatti fra gli operatori sanitari del settore e la conoscenza nel campo delle Cure Palliative.

### **Le reti cliniche integrate per le patologie croniche: Terapia Anticoagulante Orale (TAO) e diabete**

Nell’ottica della costruzione di reti cliniche integrate sia a livello intradistrettuale che tra ospedale e territorio, all’interno dell’accordo siglato tra l’Azienda USL e le organizzazioni sindacali mediche di categoria per gli anni 2005-2007, è stata prevista l’attivazione di percorsi di monitoraggio clinico e conseguente presa in carico di pazienti affetti da malattie croniche da parte dei medici.

Dopo aver definito un protocollo operativo per la gestione integrata MMG/Centro Emostasi del paziente in monitoraggio della terapia anticoagulante orale, e l'avvio della sua applicazione, sono stati definiti congiuntamente con i Medici di Medicina Generale i criteri di appropriatezza relativi alla eleggibilità dei pazienti alla gestione integrata ed i criteri di sospensione condivisa della TAO. Ciò ha consentito di accrescere sia i medici aderenti (n. 88 nel 2007, di cui 66 pienamente operativi) sia il numero dei pazienti (oltre 900).

Nell'ambito dei programmi di monitoraggio clinico delle patologie croniche ad alta prevalenza, sono state recepite le linee guida regionali relative alla gestione integrata del paziente diabetico tipo 2 stabilizzato e non affetto da complicanze. I Medici di Medicina Generale aderenti al progetto sono 239, 108 a Parma, 56 Fidenza, 43 Sud-Est, 32 Valli Taro, per un totale di 2.582 pazienti ed una percentuale di adesione alla gestione integrata pari al 78,36%. Inoltre:

- è stata sviluppata una proposta di cartella clinica integrata, quale strumento per lo scambio di informazioni tra professionisti e per una raccolta dati omogenea;
- sono stati definiti criteri per una maggiore integrazione dei percorsi tra strutture diabetologiche ospedaliere e medici di medicina generale;
- è stato formalizzato ed attivato il Protocollo relativo al percorso facilitato del cittadino diabetico richiedente il rilascio/rinnovo della patente di guida, condiviso con le associazioni dei pazienti diabetici;
- è stato rivisitato, adeguato e perfezionato il Protocollo interaziendale AUSL/AOSP per la fornitura di presidi per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia.

### Le reti cliniche pediatriche

Il progresso delle conoscenze scientifiche in ambito pediatrico ha comportato, nel corso degli ultimi 10-15 anni, la necessità di sviluppare un nuovo modello assistenziale che permetta l'integrazione tra l'assistenza territoriale, garantita prevalentemente dai Pediatri di libera scelta, le funzioni pediatriche dell'Azienda USL di Parma e le competenze di "elevata specializzazione" che rappresentano un ausilio indispensabile per la prevenzione, la diagnosi e la cura in età pediatrica.

Il bambino necessita di un progetto globale di assistenza e per rispondere a questa primaria esigenza è nato a Parma il progetto "Ospedale dei bambini" che prevede la costruzione di un ospedale interamente dedicato al bambino. La realizzazione di un "hub" di tale rilevanza deve essere completata con la creazione in ambito provinciale di una rete integrata di servizi pediatrici secondo il modello "hub e spoke". Sono state promosse e diffuse, come già previsti dal piano attuativo locale 2005-2007, forme associative fra i Pediatri di Famiglia privilegiando, ove possibile, la modalità di "gruppo" per favorire l'integrazione dei pediatri di famiglia con i servizi territoriali per favorire un appropriato utilizzo dei servizi. Già dal 2006 è stato adottato il nuovo modello assistenziale con il quale è stato possibile ottenere una maggiore integrazione con il territorio (attività vaccinale) ed un

maggiore sviluppo dell'attività ambulatoriale.

La promozione dell'allattamento al seno e la dimissione appropriata del neonato sano sono progetti ormai consolidati ed in programmazione la costituzione di un tavolo tecnico per affrontare il problema del trasporto in emergenza del neonato.

Presso il P.O. di Fidenza sono attivi i seguenti ambulatori specialistici di Pediatria: Allergologia, Auxo-endocrinologia, Ematologia, Chirurgia Pediatrica, Pediatria Generale in età adolescenziale; presso il Distretto di Parma è stato attivato un ambulatorio di Allergologia in età infantile. Ad ottobre 2007 risultano transitati nel Day Hospital Pediatrico 18 utenti per un totale di 53 accessi, rispetto ad 13 utenti e 41 accessi dell'analogo periodo del 2006.

E' iniziato il programma di vaccinazione delle gravide sieronegative per rosolia prima della dimissione dall'U.O. di Ginecologia-Ostetricia del P.O. di Fidenza San Secondo.

E' stata avviata una fase di valutazione epidemiologica preliminare delle patologie croniche pediatriche al fine di progettare e programmare l'attivazione di servizi di assistenza al bambino con malattie croniche.

Sono stati sottoscritti gli accordi di fornitura per le prestazioni di ortodonzia con il Centro Sant'Apollonia di Parma e lo Studio Odontoiatrico Petrelli di Salsomaggiore; l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma garantisce la presa in carico per prestazioni ortodontiche ad utenti prevalentemente appartenenti alla fascia di vulnerabilità sanitaria. Le cure sono rivolte agli utenti aventi diritto in base ai contenuti della DGR 2678/04.

E' proseguita la collaborazione ai Progetti Regionali PROBA.

## Promozione dell'eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa

### Eccellenza Clinica

#### Comitato Etico Unico

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che può essere chiamato a esprimere pareri sulle sperimentazioni cliniche per valutare interventi farmacologici o dispositivi medici, sull'opportunità di studi clinici osservazionali e su possibili sperimentazioni finalizzate al miglioramento della pratica clinica. Il Comitato Etico, che ha anche il compito di proporre iniziative di formazione nel campo della bioetica, può essere consultato inoltre in caso di questioni etiche connesse alle attività scientifiche o assistenziali.

La Regione Emilia-Romagna ha promosso la costituzione di Comitati Etici Unici di ambito provinciale, anche allo scopo di garantire un'omogeneità dei pareri, nell'ottica dei principi di efficacia, efficienza ed economicità e per tutelare i cittadini in tutte le nuove attività scientifiche e assistenziali proposte.

Con delibera aziendale n. 232 del 7 maggio 2007, è sta-

to costituito il Comitato Etico Unico per la provincia di Parma. In precedenza Università degli Studi, Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma avevano Comitati Etici separati.

I 24 membri del nuovo Comitato Etico Unico della provincia di Parma, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, rimarranno in carica per tre anni e sono stati scelti sulla base delle competenze e dell'esperienza. Nella Sezione 6 del presente documento si dà conto dell'attività del Comitato Etico Unico.

### La prevenzione cardiovascolare

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ha definito le linee guida per l'organizzazione delle aree di attività a livello regionale secondo il modello "hub and spoke", che prevede la concentrazione della produzione di assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke), ed individua l'area della cardiologia/cardiochirurgia fra quelle nelle quali attuare in concreto tale modello di organizzazione.

Il Piano Attuativo locale (PAL) 2005-2007 ha affrontato con un apposito documento l'area della Cardiologia e Cardiochirurgia ed ha definito obiettivi di carattere assistenziale e di carattere organizzativo della Rete Cardiologica Provinciale, con l'apporto di tutti i soggetti che ne fanno parte.

Il Comitato Cardiologico Provinciale, composta da professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL ha individuato le fasi operative necessarie a realizzare gli obiettivi contenuti nel PAL e si riunisce regolarmente per verificarne lo stato di realizzazione.

Gli ambiti di lavoro del Comitato nel 2007 hanno riguardato l'area della prevenzione e l'area del trattamento delle sindromi coronariche acute.

### Prevenzione primaria

La prevenzione delle malattie cardiovascolari rappresenta uno degli ambiti prioritari di intervento del Piano Regionale della Prevenzione da realizzarsi a livello distrettuale, sia con riferimento alla diffusione della carta del rischio che alla prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici.

L'Azienda USL ha definito in collaborazione con l'Unità Operativa di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare della Fondazione Don Gnocchi-Onlus di Parma e il Dipartimento di Scienze Cliniche dell'Università degli Studi di Parma un progetto di prevenzione primaria di ambito provinciale nel quale sono stati individuati protocolli diagnostici di secondo livello per la presa in carico dei pazienti individuati dai Medici di Medicina Generale attraverso l'utilizzo delle carte del rischio nel corso della ordinaria attività ambulatoriale.

E' stato condiviso il progetto di prevenzione di rischio cardiovascolare all'interno della Commissione Cardiologica provinciale. Dopo una serie di incontri, con i 51 MMG aderenti, realizzati in sede distrettuale, l'attività

di somministrazione della carta è iniziata nella seconda metà di febbraio e si è conclusa regolarmente il 30 giugno u.s. Si sono inoltre concluse a giugno le iniziative di formazione sul campo supportate dalla documentazione prodotta a livello regionale e coordinata dai tutors individuati a livello aziendale. Il 2007 ha visto al realizzazione di due incontri con la popolazione di Parma (quartiere Parma Centro) e Sorbolo aventi per tema il Diabete e le Malattie Cardiovascolari.

### Trattamento delle sindromi coronariche acute

Il Comitato Cardiologico di coordinamento della rete ha definito uno specifico "Progetto per il trattamento delle sindromi coronariche" in rete nella provincia di Parma attraverso la telecardiologia (Progetto IMA) per migliorare l'accesso alla rete in situazioni di emergenza, razionalizzando il percorso del paziente affetto da sindrome coronarica acuta. Obiettivo del progetto è quello di favorire la gestione coordinata e razionale delle risorse disponibili per gli interventi di emergenza cardiologica, aumentare il livello di assistenza nel luogo di primo intervento, migliorare l'appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici, favorire il trasporto assistito della persona soccorsa e la scelta della destinazione ospedaliera più adatta alle condizioni cliniche del paziente.

Gli interventi messi in atto hanno riguardato:

- l'utilizzo di automediche dotate di defibrillatori e collegamenti telematici, con trasmissione dei dati e dell'ECG al sistema di emergenza-urgenza e alle Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) dell'Ospedale di Parma, con un investimento di oltre 150.000 € delle due Aziende Sanitarie;
- l'elaborazione di percorsi e protocolli operativi riguardanti i rapporti tra il reparto di Cardiologia di Parma, sede delle procedure interventistiche, e gli Ospedali di Fidenza e Borgotaro;
- la formazione del personale medico, infermieristico e volontario che presta Servizio in emergenza-urgenza 118 sull'auto medica e il personale in servizio presso il Pronto soccorso e le UTIC di Parma e di Fidenza.

### Il sistema dell'Emergenza -Urgenza

Nella provincia di Parma il sistema 118 è strutturato su due diversi sistemi organizzativi:

- la Centrale Operativa "Parma Soccorso" che fa capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- l'organizzazione del soccorso territoriale in emergenza-urgenza che fa capo alla Azienda Unità Sanitaria Locale.

La peculiarità del sistema provinciale, che, per quanto riguarda l'organizzazione del soccorso territoriale, fa perno su una rete vasta e capillare e su un forte legame con le Associazione di Volontariato, Pubbliche Assistenze e Croce Rossa Italiana, ha consentito di realizzare una consistente territorializzazione del servizio ed adeguati tempi di risposta accompagnati dalla necessità di rafforzare i meccanismi di coordinamento sia di tipo istituzionale (tra Aziende e volontariato) sia di tipo tecnico-organizzativo (utilizzo delle tecnologie, disponibilità

e formazione del personale, equilibrio delle risorse sul territorio).

Nel corso dell'anno 2007 numerosi sono stati gli incontri che la Azienda Unità Sanitaria Locale ha tenuto con gli interlocutori del sistema 118, la Centrale Operativa ed il Volontariato, al fine di ridefinire l'assetto delle relazioni istituzionali, tecniche, organizzative per giungere al rinnovo delle convenzioni relative alla effettuazione del servizio di soccorso e trasporto in emergenza e dei trasporti ordinari. Gli accordi convenuti, relativi al trasporto in emergenza, costituiscono un quadro di riferimento pluriennale dei rapporti (hanno validità sino al 31.12.2011), e consentono a tutti i soggetti di programmare le proprie attività in un contesto stabile.

La nuova convenzione per il trasporto in emergenza ha mantenuto una diffusione capillare delle postazioni di emergenza con un rafforzamento, realizzato dall'AUSL, della rete del soccorso territoriale attraverso la stipula di specifici protocolli di intesa con le Associazioni di Volontariato per garantire in ogni caso la disponibilità del mezzo di soccorso per tutte le 24 ore.

Vengono di seguito indicate le postazioni di automedicazione nella provincia:

Collocazione della postazione	Fascia oraria di copertura
Distretto di Parma	
Parma - auto medica 1	12 ore notturne
Parma - auto medica 2	12 ore diurne
Colorno	24 ore
Distretto di Fidenza	
Fidenza (presidio di vaio)	12 ore diurne
San secondo	12 ore notturne
Distretto Sud - Est	
Traversetolo	24 ore
Collecchio	12 ore diurne
Langhirano	12 ore diurne
Distretto Valli Taro e Ceno	
Borgo Val di Taro	Nel periodo estivo, potenziamento della continuità assistenziale, per le 12 ore diurne
Fornovo	24 ore

Le postazioni di soccorso:

- Distretto di Parma: A.P. Parma, CRI Parma, A.P. Colorno, CRI Sorbolo.
- Distretto Fidenza: A.P. Fidenza, CRI Fidenza, A.P. Busseto, CRI Fontanellato, CRI Pontetaro/Fontevivo, A.P. Noceto, A.P. Fidenza, A.P. Busseto. CRI Fontanellato.
- Distretto Sud-Est: A.P. Langhirano, A.P. Calestano, A.P. Collecchio, CRI Monchio delle Corti, CRI Palanzano, CRI Scurano, CRI Tizzano, A.P. Traversetolo.
- Distretto Valli Taro e Ceno: A.P. Bardi, CRI Bedonia, CRI Berceto, A.P. Bore, A.P. Borgotaro/Albareto, A.P. Fornovo/Solignano, CRI Medesano, A.P. Pellegrino P.se, A.P. Varsi, A.P. Santa Maria del Taro.
- Totale: 31 postazioni, di cui 14 CRI e 17 PA.

## La gestione del rischio

Nell'ambito di una crescente diffusione della cultura del rischio, in coerenza con gli indirizzi regionali l'Azienda ha costituito nel 2007 il Comitato Aziendale per la Gestione del Rischio, dando concreta applicazione al modello organizzativo approvato dal Collegio di Direzione. Il Comitato, coordinato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, per le rispettive competenze, è costituito da figure dirigenziali e professionali e si avvale di un Osservatorio Permanente che, interagendo con la rete aziendale, cura lo sviluppo delle attività e ne controlla l'andamento. Finalità di tale percorso è riflettere sulle cause, sulle modalità, sulla tipologia e frequenza di ogni evento di danno e sui valori coinvolti al fine di realizzare una gestione aziendale del rischio sempre più adeguata, in modo da innalzare la qualità delle prestazioni fornite e ridurre possibilmente i costi nel caso in cui il danno accada.

### Rischio giuridico-amministrativo

L'Azienda partecipa al progetto di ricerca finalizzata "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie" promosso dalla Regione Emilia Romagna ed al progetto di acquisizione in ambito AVEN del contratto di assicurazione per la responsabilità civile verso terzi.

Relativamente alla gestione delle richieste risarcitorie, nel 2007 è stato costituito un Comitato di Valutazione Sinistri, che periodicamente si riunisce con la compagnia assicuratrice per esaminare congiuntamente, sia dal punto di vista medico-legale sia sotto il profilo legale-assicurativo, le richieste risarcitorie che presentano elementi di criticità o di particolare interesse. In tal senso l'Azienda intende svolgere un ruolo sempre più attivo nella gestione dei sinistri e per la definizione delle relative posizioni di danno secondo modalità confacenti alla natura ed alla complessità di ciascun evento, nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa.

Nel corso dell'anno è stata altresì:

- assicurata la partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l'attivazione della funzione conciliativa e di sviluppo dell'attività di mediazione;
- curata l'implementazione del database per la gestione del contenzioso.

E' stata inoltre rafforzata la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie, con la partecipazione di ulteriori due dipendenti allo specifico corso di formazione promosso dalla Regione, integrando così l'equipe di mediatori aziendali. La mediazione dei conflitti nelle organizzazioni sanitarie è stata altresì presentata, tramite un apposito evento formativo, al personale dell'azienda ed ai rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti. Lo strumento della mediazione, finalizzato a ristabilire la relazione ed il rapporto di fiducia tra il paziente e l'operatore sanitario, nei casi trattati, ha svolto una funzione di prevenzione/riduzione del contenzioso. E' stata inoltre definita, d'intesa con gli URP, un procedura aziendale

per l'individuazione, la selezione e la gestione dei casi di conflitto esplicito o potenziale per i quali attivare tempestivamente il percorso di mediazione.

Nell'ambito del progetto di Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie oltre all'evento formativo sulla mediazione sono stati realizzati tre eventi formativi sulla responsabilità professionale infermieristica presso diverse articolazioni aziendali.

### **Rischio clinico**

L'Azienda ha aderito, tramite il percorso di segnalazione regionale, al sistema nazionale di monitoraggio degli eventi sentinella. Alla gestione di gestione del rischio clinico contribuisce altresì il programma di audit clinici organizzati presso il l'Ospedale di Fidenza. Dal corrente anno sono iniziati, con sistematicità anche gli audit organizzativi.

Nell'ambito del progetto per la realizzazione di un percorso di gestione integrata delle patologie allergiche (anafilassi) sono stati realizzati nove eventi formativi su tematiche allergologiche (anafilassi, allergie respiratorie, allergie alimentari) coinvolgendo tutti gli ambiti distrettuali. Le relazioni sono state pubblicate su CD e distribuiti a tutti i MMG, PLS e Responsabili U.O dell'Azienda. L'Azienda partecipa al progetto di modernizzazione "Screening degli eventi avversi nelle aziende sanitarie tramite le SDO".

In quattro U.O. dell'Azienda, specificatamente nei reparti di rianimazione e nei punti nascita, è attivato il sistema di segnalazione degli eventi avversi o quasi eventi (Sistema dell'Incident Reporting), finalizzato ad apprendere dagli eventi dannosi o potenzialmente dannosi, al fine di migliorare la condizione di sicurezza dei pazienti.

### **Rischio infettivo**

Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) ha esaminato le problematiche inerenti il sistema di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria. E' stato organizzato il corso di formazione aziendale sulla prevenzione del rischio biologico rivolto ai coordinatori infermieristici ed ai facilitatori. Di seguito si sono tenuti i corsi a ricaduta in tutte le articolazioni organizzative aziendali. Sono stati costituiti i gruppi di lavoro per l'elaborazione delle procedure aziendali relative al rischio biologico.

E' stato elaborato il progetto aziendale per la lotta alla sepsi nell'ambito del progetto Laser (Lotta alla sepsi in Emilia Romagna). Il progetto SPIN-UTI (sorveglianza attiva prospettica delle infezioni ospedaliere nelle Unità di Terapia Intensiva), in collaborazione con l'Università di Parma è stato concluso.

L'Azienda ha aderito al progetto dell'OMS "Clean care is safer care" ovvero "Le cure pulite sono cure più sicure" coinvolgendo un'Unità Operativa dell'Ospedale di Fidenza ed una dell'Ospedale di Borgo Val di Taro; è stato realizzato il corso di formazione, in sede locale, ma con docenti dell'Agenzia Sanitaria Regionale, inerente il progetto SICHER ( Sorveglianza dell'infezione del

sito chirurgico in Emilia-Romagna), rivolto ad operatori e formatori di quattro Unità Operative Chirurgiche degli ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro; è stato costituito un gruppo di lavoro per la prevenzione e la sorveglianza della legionellosi nelle strutture sanitarie aziendali. E' stato effettuato un audit aziendale sulla prevenzione del rischio biologico.

### **L'Area Socio Sanitaria: le azioni specifiche di miglioramento della committenza e qualificazione della partnership nei confronti del Terzo Settore**

Le indicazioni legislative nazionali e regionali per l'Area Socio Sanitaria ricercano la coniugazione di principi di solidarietà, sussidiarietà, universalismo, con una cultura moderna di gestione del servizio pubblico, basato sulla logica organizzativa dell'integrazione a rete delle risorse e su una concezione di governo allargata. L'attuazione della riforma del welfare richiede che venga costantemente promosso il coinvolgimento e la partecipazione del Terzo Settore in tutte e le fasi del processo che va dalla programmazione alla gestione dei servizi, valorizzando le competenze e le peculiarità di ciascun attore, individuando problematiche sociali e priorità condivise, per convergere verso un'area di impegno e responsabilità comuni.

Le politiche di esternalizzazione dei servizi, unitamente alla particolare natura dei Servizi Socio Sanitari impongono che si ridefiniscano le modalità e i criteri per l'affidamento degli stessi che per la loro immaterialità ed alto contenuto relazionale non possono essere valutati unicamente in base a standard di prodotto o di gestione definiti a monte.

In tale direzione l'AUSL, che collabora da diversi anni con varie Cooperative Sociali del territorio aderenti al Consorzio di Solidarietà Sociale, sia per l'Area della Disabilità che della Salute Mentale per la conduzione di progetti riabilitativi individualizzati, ha definito un accordo triennale con il Consorzio. L'accordo è finalizzato ad assicurare continuità alla progettualità esistente, promuovere innovazione e sviluppo di progetti rispondenti ai nuovi bisogni emergenti, garantire la condivisione di modelli di riferimento per la gestione, la valutazione della qualità e la verifica degli esiti riabilitativi.

E' stato costituito un gruppo interistituzionale di lavoro tra AUSL e Consorzio di Solidarietà Sociale con l'obiettivo di elaborare strumenti condivisi per l'individuazione di indicatori socio assistenziali utili alla valutazione dei singoli progetti, anche sul piano economico, che diventino patrimonio culturale ed operativo delle organizzazioni della comunità.

## Eccellenza Tecnologica

### Health Technology Assessment: un ambito di proficua collaborazione tra le competenze sanitarie e quelle di ingegneria clinica

Le attività di Health Technology Assessment (HTA) comprendono le strategie di valutazione delle tecnologie in ambito sanitario, con una metodologia volta ad ottimizzare i processi di acquisizione ed uso. Di conseguenza riguardano sia gli aspetti della valutazione di bisogno, sia quelli della selezione, dell'acquisto, dell'utilizzo e della gestione delle tecnologie sanitarie. Segue la valutazione d'impatto di queste ultime, rispetto al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento.

L'attenzione al tema della valutazione delle tecnologie sanitarie rappresenta, quindi, una delle modalità con cui l'Azienda USL di Parma contribuisce al proprio interno allo sviluppo del Governo Clinico, in coerenza con i principi generali enunciati nella L.R. 29/2004. A fine 2006, con deliberazione n. 697 del 27.12.2006, è stato approvato il documento di riferimento sugli strumenti, le modalità e i tempi attraverso cui realizzare lo sviluppo delle tecnologie con particolare riferimento alla progettazione di nuove metodiche cliniche supportate da tecnologia e per un utilizzo appropriato delle tecnologie esistenti.

Il Gruppo Multidisciplinare incaricato di garantire il supporto alle articolazioni aziendali in tema di Technology Assessment, è stato perfezionato con l'individuazione dei referenti di area sanitaria. E' stata attuata in via sperimentale una nuova metodologia per la richiesta di nuove attrezzature, la loro valutazione e la redazione del Piano di acquisizione delle attrezzature elettromedicali.

I più importanti percorsi decisionali supportati dal Gruppo Multidisciplinare tenendo conto della metodologia contenuta nel documento aziendale sopra citato, hanno riguardato:

- il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento nella redazione del Piano di Acquisizione delle attrezzature elettromedicali, nell'ambito dei Collegi di Presidio;
- l'adozione di strumenti di valutazione nella fase della proposta che consentano di valutare in modo appropriato il rinnovo, la sostituzione di attrezzature o l'acquisizione di nuove tecnologie (è stata adottata una tipologia di scheda per la richiesta di attrezzature);
- l'acquisizione di grandi tecnologie: trasferimento la TAC 16 strati dall'Ospedale di Fidenza all'Ospedale di Borgotaro, avvia nel 2008 una gara per l'acquisizione di una TAC 64 strati per l'Ospedale di Fidenza e di una Risonanza Magnetica aperta per l'Ospedale di Borgotaro, l'acquisizione dalla risonanza magnetica per il Poliambulatorio di Fornovo Tarò;
- la ristrutturazione della struttura e l'acquisizione delle nuove tecnologie e la loro digitalizzazione per il Poliambulatorio di Via Pintor a Parma.

Sono stati, poi, intensificati i rapporti di Area Vasta, con l'inserimento di componenti dell'AUSL nelle commissioni di lavoro.

E' stata inoltre impostata e condotta a termine la procedura per l'affidamento delle manutenzioni delle attrezz-

zature elettromedicali a consorzio di imprese da gara CONSIP con decorrenza dall'anno 2008. Ciò ha consentito di definire percorsi formalizzati e condivisi, negli ospedali, per l'attivazione delle richieste di manutenzione, la loro valutazione tecnica ed economica.

### Sistema informativo: il miglioramento dell'informaticizzazione e della rete

Il sistema informativo ha assunto un ruolo fondamentale per il supporto alla programmazione aziendale, distrettuale e per tutte le altre.

Le azioni sono andate nella direzione del consolidamento rispetto alla precedente gestione delle informazioni e nello sviluppo di nuove modalità di rilevazione più omogenee per i settori a maggiore criticità. Rispetto alle attività che già erano in corso, si è reso necessario avviare un consolidamento ed una formalizzazione delle procedure di raccolta e verifica dati rispetto ai seguenti flussi:

- scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- monitoraggio spesa sanitaria (art. 50 Legge 326/2003), in relazione alla rilevazione della spesa per le prestazioni ambulatoriali l'Azienda si è impegnata nell'assolvimento degli adempimenti di invio mensile dei dati e monitoraggio continuo dell'attività in sinergia con le indicazioni normative nazionali e regionali. Sono state recepite le nuove linee di indirizzi del Flusso ASA:
  - 1 la rilevazione mensile viene effettuata regolarmente; è realizzata l'automazione del caricamento dei dati del prescrittore;
  - 2 sono stati migliorati i flussi informativi dalle strutture private accreditate non presenti a CUP;
  - 3 è stata realizzata la gestione dei dati delle attività erogate nei Consultori e negli Screening ed è stato effettuato l'allineamento delle codifiche delle esenzioni alle nuove codifiche regionali;
- si è realizzata la gestione integrata dei ricettari e dei prescrittori con identificazione automatica (da codice ricetta) del prescrittore in fase di prenotazione;
- per l'Area della Prevenzione, l'Assistenza farmaceutica, la Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, hospice e assistenza e domiciliare integrata, l'attività è stata svolta regolarmente secondo gli indirizzi aziendali e regionali;
- per l'Area dell'integrazione sociosanitaria è in corso l'attività di caricamento dati in tutte le strutture;
- relativamente all'assistenza ospedaliera, l'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro regionale sul Progetto SIGLA. In ambito aziendale si è proceduto alla revisione delle codifiche relative all'area ortopedica in interazione con CUP2000 (per conto della Regione) e con il fornitore del software di gestione del CUP.

### L'Area Vasta e la politica degli acquisti

In coerenza con la mission assegnata all'associazione Area Vasta Emilia Nord si è proceduto al consolidamento e implementazione di una serie di attività allo scopo di estendere l'integrazione tra le Aziende, in particolare per quanto riguarda gli acquisti di beni e servizi.

## **Acquisti di beni e servizi: settore farmaco**

E' stata data continuità alla gestione centralizzata delle gare farmaci espletate nei precedenti anni, assicurando la presa in carico di tutte le problematiche post-gara, per fornire soluzioni centralizzate. E' stato effettuato il rinnovo annuale della gara farmaci 1° e 2° tranches ed è stata condotta una procedura negoziale per l'acquisizione di medicinali vari (es. farmaci nuovi e lotti riformulati). Si è provveduto anche al costante controllo-aggiornamento di tutti gli altri farmaci aggiudicati in tranches successive al fine di individuare situazioni per le quali, in base a modifiche di mercato, poteva essere opportuno/vantaggioso non confermare i contratti in essere e/o effettuare nuove procedure negoziali, come previsto da capitolato.

Sono stati attivati, in base alle necessità, anche i gruppi di lavoro dei clinici per l'analisi di problematiche inerenti possibili aggiornamenti dei farmaci valutati in equivalenza terapeutica (es gruppo farmaci antimicrobici, gruppo farmaci di impiego nefrologico, gruppo ormone somatotropo) e per la valutazione di nuovi farmaci da sottoporre alla Commissione Regionale Farmaco per l'inserimento nel PTR.

E' stato sviluppato il progetto per la realizzazione di un data-base, da gestire tramite il sito AVEN, che sia in grado di fornire, a tutti gli operatori coinvolti delle Aziende AVEN, informazioni dettagliate e costantemente aggiornate in merito ai prodotti aggiudicati tramite gare centralizzate (sia AVEN che Intercent-ER), relativamente ai prezzi, alle delibere e a tutte le modifiche intervenute nel corso del tempo per singolo prodotto.

## **Monitoraggio**

Nel 2007 è proseguita e si è consolidata l'attività di monitoraggio delle adesioni agli esiti delle gare farmaci; in particolare sono stati forniti alle Aziende report periodici che hanno consentito di monitorare il livello di adesione quali-quantitativo alle gare sui farmaci da parte delle Aziende associate, mirante ad approfondire i temi relativi al monitoraggio dei consumi in fase post-gara rispetto al valore atteso. L'Azienda USL ha assicurato nel 2007 un livello di adesione del 90%, fra i più alti in ambito AVEN. E' stato attivato il Coordinamento delle Commissioni Provinciali Farmaco AVEN allo scopo di :

- costruire le basi per la adozione di un Prontuario di Area Vasta;
- assicurare un aggiornamento costante e il più possibile uniforme dei Prontuari Terapeutici Provinciali e favorire l'integrazione dell'attività delle Commissioni Provinciali con quella dei gruppi di lavoro AVEN già attivati per la selezione/valutazione di specifici gruppi di farmaci in equivalenza;
- utilizzare in modo più efficiente e razionale delle risorse impegnate nella selezione/valutazione dei farmaci presso le singole Aziende;
- collaborare con la Commissione Regionale Farmaco.

## **Collaborazione con Intercent-ER**

AVEN ha collaborato attivamente (grazie all'apporto di CeVEAS, clinici e Direzione Operativa) con Intercent-ER

all'espletamento della gara regionale per l'acquisizione di specialità a base di somatropina.

## **Acquisti di beni e servizi: settore Dispositivi Medici e Servizi**

Con riferimento agli obiettivi specifici assegnati alle Aziende in materia di Politiche d'acquisto di beni e servizi attuate tramite le Aree Vaste e l'Agenzia Regionale Intercent-ER, si segnala che nell'ambito delle gare centralizzate per l'acquisizione di Dispositivi Medici (DM) l'Area Vasta Emilia Nord presenta una consolidata esperienza in questo settore.

Nel 2007 sono state portate a conclusione per un importo complessivo di € 29.160.785 ed è stato avviato il lavoro di definizione delle specifiche tecniche e di rilevazione dei fabbisogni (studi di fattibilità) relativamente all'acquisizione di dispositivi medici ad alta tecnologia e specialistici. E' stata poi avviata una specifica collaborazione con Intercent-ER sia per lo svolgimento di una procedura di acquisizione ad alta tecnologia sia per l'espletamento di diverse gare per beni sanitari.

## **Sviluppo dell'utilizzo dell'e-procurement**

In ottemperanza agli obiettivi fissati per le Aree Vaste è stata inserita ex novo nella programmazione di AVEN una procedura, svolta secondo le modalità telematiche con il supporto di Intercent-ER, per l'affidamento della fornitura di consumabili per informatica, per un importo presunto triennale di € 4.300.000 (aggiudicata per un importo di € 4.126.000 con un ribasso del 4 % sulla base d'asta).

## **Ulteriori progetti e attività realizzati**

Nel corso del 2007 ha avuto un significativo sviluppo il Progetto di Logistica Integrata in Area vasta con la conclusione dei lavori di progettazione di massima dell'Unità Logistica centralizzata di AVEN e l'avvio della definizione dei documenti di gara per l'appalto delle opere di costruzione del magazzino. Nel tempo intercorso per la definizione delle scelte progettuali, sono stati approfonditi gli aspetti gestionali dell'Unità di logistica ed è stata avviata la reingegnerizzazione dei processi, ovvero è stato approfondito la portata e l'impatto sulle organizzazioni delle Aziende associate che il cambiamento organizzativo connesso alla realizzazione dell'ULC comporta. La realizzazione del magazzino unico comporterà, infatti, un notevole impatto sull'assetto organizzativo di ciascuna azienda a livello di uffici acquisti, bilancio, farmacie interne e reparti stessi.

Si sono sviluppati e conclusi i lavori dei due gruppi multi-professionali costituiti presso l'AVEN (figure professionali coinvolte: Provveditori, Farmacisti, Informatici) che, con il Coordinamento del Responsabile del Progetto, hanno proceduto all'analisi dei flussi attuali ed alla prima definizione di un nuovo modello organizzativo.

Il sito di AVEN ha rappresentato un utile strumento per l'espletamento delle attività di gara e le funzioni ad esse connesse e sono state create, in particolare, nuove aree per il riepilogo degli appuntamenti dei gruppi permanenti e sezioni dedicate alle news.

## **Sistema integratore CUP di Area Vasta**

A seguito del mandato specifico avuto dall'Assemblea per lo sviluppo, a livello di Area Vasta, del progetto di Integratore CUP, è stato attivato un gruppo di lavoro che ha definito le strategie da adottare per l'espletamento delle varie fasi del progetto, condividendo il percorso attuativo con CUP 2000.

## **Attività di integrazione in materia amministrativa a livello provinciale e interprovinciale**

Unitamente alle attività istituzionali, si sono sviluppate attività di integrazione sul piano funzionale, al fine di condividere regolamenti, linee guida e momenti di aggiornamento professionale.

In particolare:

- è stato redatto uno schema di regolamento di accesso alla documentazione amministrativa, adottato anche dall'Azienda;
- è stato elaborato uno schema di "Regolamento per il trattamento dei dati personali degli operatori che utilizzano internet e la posta elettronica";
- è proseguita l'attività in materia di normativa sugli appalti ed è stato aggiornato il "Regolamento delle procedure di AVEN".

Nell'ambito dell'aggiornamento normativo la Direzione Operativa di AVEN ha fattivamente collaborato con il Servizio Giuridico Amministrativo della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna nella redazione del Progetto di Legge Regionale recante "Disposizioni per l'acquisizione di beni e servizi" (L.R. n. 28/2007).

## **Eccellenza Organizzativa**

### **Il nuovo Atto Aziendale: il percorso di costruzione**

Con deliberazione della Giunta regionale n. 86 del 2006 la Giunta regionale ha approvato la direttiva per l'adozione dell'Atto Aziendale al fine di adeguare l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie ai principi e ai valori indicati dalla L.R. n. 29/2004 e dalla L.R. n. 2/2003 nel rispetto delle priorità del Piano Sociale e Sanitario Regionale.

Le Aziende Sanitarie sono state pertanto chiamate a ridefinire i propri assetti organizzativi e le relazioni funzionali sia al loro interno sia con gli enti territoriali, i cittadini e le loro associazioni in un quadro unitario di riferimento rappresentato da un alto dalla normativa regionale e dall'altro dalle scelte programmatiche regionali in ambito sanitario e sociale.

L'adozione del nuovo Atto Aziendale comporta per l'Azienda significativi cambiamenti, per quanto riguarda le funzioni e il ruolo del Collegio di Direzione, il ruolo e le funzioni dei Distretti ai Dipartimenti delle Cure Primarie, ai Dipartimenti di Sanità Pubblica e del Dipartimento

Salute Mentale Dipendenze Patologiche, che acquisiscono autonomia gestionale, l'Assistenza Ospedaliera e l'Organizzazione Dipartimentale.

L'Azienda ha orientato il percorso per l'elaborazione del nuovo Atto Aziendale in coerenza i principi della LR 24/2004 in tema di valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, di partecipazione e coinvolgimento nei processi decisionali.

Tale scelta ha comportato l'avvio di un complesso lavoro di analisi e di riorganizzazione che ha consentito di definire un programma di lavoro per l'elaborazione del nuovo Atto Aziendale che pervenga alla predisposizione di una proposta da presentare alla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, connotato dalla partecipazione delle articolazioni aziendali e del personale. A tal fine si sono organizzati dei momenti di approfondimento e di confronto sui diversi temi da affrontare sia nell'ambito dei componenti del Collegio di Direzione che con professionisti e lavoratori delle diverse aree professionali, sanitarie e non, e con diverse responsabilità.

E' stato organizzato un seminario sul tema "Le relazioni tra Distretti e Dipartimenti aziendali Salute Mentale e Sanità Pubblica: l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia", nel corso del quale è stata approfondita l'analisi dell'esperienza di un'altra azienda sanitaria che aveva già avviato un percorso di autonomia gestionale dei suddetti dipartimenti sanitari; nello stesso seminario è stato tenuto uno specifico approfondimento con i Direttori di Distretto e i Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e Salute Mentale e i dirigenti delle Unità Operative Complesse afferenti tali dipartimenti sull'assetto organizzativo attuale dell'AUSL e sulle prospettive di sviluppo.

L'elaborazione di appositi documenti preparatori a cura di Direttori di Distretto e i Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e Salute Mentale - Dipendenze Patologiche ha consentito di presentare al Collegio di Direzione le prime linee di lavoro, approvate dallo stesso Collegio, e il programma degli impegni aziendali per l'anno 2007 sul nuovo Atto Aziendale con una ampia illustrazione del Direttore Generale. Il Collegio di Direzione, ha poi approvato linee specifiche di riorganizzazione della Direzione Sanitaria; sulla base delle linee approvate dal Collegio di Direzione è stato elaborato un documento organico recante "Linee guida del nuovo Atto Aziendale" presentato alle OOSS dell'Area Comparto e alle OOSS dell'Area Dirigenza Medica e veterinaria e della Dirigenza Sanitaria professionale tecnica e amministrativa. Su tale documento generale, tenendo conto anche dei documenti preparatori dei gruppi di lavoro regionali in ordine alle specifiche direttive sull'organizzazione dei Dipartimenti delle Cure Primarie, Dipartimento di Sanità Pubblica e Dipartimento di Salute Mentale, sono state organizzate distinte giornate di approfondimento nei mesi di ottobre e novembre per il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, il Dipartimento Sanità Pubblica, il Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo e Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro, i Dipartimenti delle Cure Primarie, i Dipartimenti Amministrativi. Queste le date dei seminari e la partecipazione:

- 16 ottobre 2007 per Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (n. 46 partecipanti);
- 19 ottobre 2007 per Dipartimento Sanità Pubblica (n. 45 partecipanti);
- 31 ottobre 2007 per Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo e Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro (n. 50 partecipanti);
- novembre 2007 per Dipartimenti delle Cure Primarie (n. 62 partecipanti);
- 13 novembre 2007 per Dipartimenti Amministrativi (n. 61 partecipanti).

### **Dall'innovazione e dalla Ricerca: nuove forme di organizzazione dei servizi e di modalità di intervento**

Nella Sezione 6 del bilancio di missione sono illustrate le iniziative, gli interventi, i progetti adottati dall'Azienda per sviluppare condizioni favorevoli alla ricerca e all'innovazione.

Si è scelto, invece, di presentare nella presente Sezione attività che, pur connotate da un alto contenuto di innovazione e profili di ricerca per i quali i professionisti dell'Azienda collaborano con l'Università degli Studi di Parma, sono divenute "organizzazione dei servizi e modalità di intervento", hanno cioè avuto esiti nella programmazione aziendale, nella ridefinizione di approcci professionali, nella concreta modalità di operare dei servizi aziendali, sempre più in integrazione con altri soggetti e altre competenze.

### **Lo sviluppo del progetto "Prove di Volo"**

La collaborazione si è sviluppata nell'ambito di un progetto di ricerca-formazione inserito all'interno di un più vasto progetto territoriale dell'AUSL di Parma, "Prove di Volo: nuove modalità di integrazione dei servizi rivolti al mondo giovanile", con la peculiarità di mettere a fuoco le rappresentazioni di dirigenti e di operatori dell'AUSL di Parma che operano nell'Area Socio-Sanitaria, su alcuni aspetti chiave riguardanti l'integrazione Socio Sanitaria e l'organizzazione dei servizi rivolti soprattutto alla fascia adolescenziale. La collaborazione si è articolata attraverso due fasi di formazione, che hanno visto la realizzazione di focus group con la partecipazione di un consistente numero di dirigenti e operatori dei servizi di settore afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie (Salute Donna, Spazio Giovani, Salute Immigrati), Dipartimento Salute Mentale (Dipendenze Patologiche, Psichiatria adulti, Neuro Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica dell'Età Evolutiva), Coordinamento Socio-Sanitario AUSL (Area Disabili, Area Minori, Area Fascia Sociale Deboli, Piani per la Salute), Dipartimento Sanità Pubblica (SIAN).

L'obiettivo generale del percorso di formazione è stato di riflettere sull'organizzazione dei Servizi che operano nell'area adolescenziale. A partire dall'esplorazione di una serie di aree tematiche che riguardano l'integrazione tra servizi, la costruzione di reti, la gestione delle differenze e delle specificità del servizio, l'individuazione di trasversalità, la coordinazione degli interventi e la responsabilità professionale, si è arrivati a ridefinire il concetto

di organizzazione in contesti complessi. Si è proposto un vero e proprio ribaltamento di prospettiva nella prassi professionale di raccordo tra servizi che vede nell'organizzazione non tanto l'aspetto strutturale dei protocolli e delle procedure, ma quello processuale e programmatico relativo ai modelli culturali sottesi alle pratiche operative. Per favorire tale passaggio, nella seconda fase del percorso, è stata proposta una rilettura delle aree sopraelenate a partire dal punto di vista dell'utenza.

Sulla base degli elementi emersi dal percorso formativo si è proceduto a formulare una proposta per un Piano della Salute per l'Area Adolescenziale e Giovanile, adottato con la deliberazione n. 813 del 27.12.2007.

Il Piano prevede la sperimentazione di una preliminare modalità operativa integrata, rappresentata dalla individuazione di un Punto di accesso/accoglienza rivolto all'utenza adolescenziale e giovanile con problematiche di "transizione" (crisi evolutiva), come pure agli adulti significativi (genitori, insegnanti, allenatori sportivi, medici) e alla collettività in generale. L'avvio della sperimentazione interesserà in primo luogo il territorio del Distretto di Parma con l'obiettivo di estendere gradualmente l'esperienza all'intero territorio provinciale. L'obiettivo è quello di sviluppare ulteriormente la vocazione dello Spazio Giovani, Progetto della Unità operativa Salute Donna del Distretto di Parma verso la popolazione adolescenziale e giovanile rinforzandolo nella sua funzione di polo di riferimento per l'eventuale, possibile accesso ai servizi socio-sanitari, promuovere la rilevazione dei bisogni e la integrazione delle risposte dedicata, costituita anche da figure professionali nuove rispetto a quelle attualmente impegnate nel Servizio, di promozione della salute, supportandone le azioni con una équipe.

Il Punto di accesso/accoglienza assume, dunque, sia funzioni riferite all'area della prevenzione con lo sviluppo di interventi integrati di promozione della salute, sia funzioni relative all'Area dell'Assistenza Socio-Sanitaria con riferimento all'analisi e alla risposta ai bisogni specifici di questo target.

### **Il progetto "Tra casa e scuola: più lingue per crescere. Ricerca-azione sull'acquisizione del linguaggio in bambini bilingui"**

L'AUSL ed il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Parma hanno avviato una collaborazione per realizzare la ricerca-azione "Tra casa e scuola: più lingue per crescere". Ricerca-Azione sull'acquisizione del linguaggio in bambini bilingui, promossa nell'ambito dell'attività prevista dal progetto "Prove di Volo", rivolto alle diverse forme del disagio giovanile e finanziato con il decisivo contributo della Fondazione Cariparma.

La ricerca è affidata al Gruppo sullo Sviluppo Motorio e Linguistico dei Bambini che opera all'interno del Dipartimento di Neuroscienze tra i cui membri, vi sono ricercatori del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Per l'attuazione della ricerca è stata inoltre fondamentale l'adesione del Coordinamento nidi di infanzia del Comune di Parma e la partecipazione e mediazione degli educatori/educatrici dei nidi medesimi. I principali risultati

della prima annualità sono stati presentati in un incontro pubblico tenutosi presso l'IPSIA "Primo Levi" di Parma e rivolto ai genitori, agli educatori e dirigenti dei Nidi d'Infanzia del Comune di Parma, al personale interessato dell'AUSL di Parma.

Finalità del progetto è quella di realizzare una ricerca esplorativa sull'acquisizione del linguaggio in condizioni di bilinguismo e plurilinguismo nella fascia di età 0-3 anni.

Nello specifico, l'obiettivo è duplice: da un lato, si vuole approfondire la conoscenza dei profili linguistici individuali e le tappe di acquisizione "universali" relative al linguaggio di bambini che acquisiscono simultaneamente due lingue; dall'altro, garantendo continuità al progetto, si pensa di attuare una serie di iniziative di natura formativa e/o educativa per i genitori e gli educatori al fine di sensibilizzare i diversi caregivers circa le tematiche trattate.

La prima fase della ricerca ha visto la partecipazione di 19 famiglie, i cui figli di età compresa tra 24 e 36 mesi, sono esposti a due lingue fin da piccoli.

Poiché le tematiche collegate al linguaggio hanno suscitato curiosità, domande, e attenzione da parte di tutte le famiglie, gli incontri hanno costituito un'occasione importante attraverso cui fornire indicazioni riguardo ai ritmi e strategie di acquisizione del linguaggio in condizioni di bilinguismo e plurilinguismo.

Dai risultati dei questionari proposti in duplice lingua, sono emerse le reali competenze comunicativo-linguistiche dei bambini bilingui. Inoltre la costruzione di uno strumento semplice ma importante come la Biografia Linguistica consente di meglio contestualizzare le prestazioni del bambino/bambina indagate sia mediante una prova di osservazione diretta che indiretta del suo linguaggio.

### ***L'esperienza del tavolo provinciale dell'integrazione Sociale e Sanitaria***

Al fine di realizzare uno degli obiettivi principali del Piano Attuativo Locale (PAL) per l'Area Socio-Sanitaria consistente nella unificazione in un unico luogo istituzionale di tutte gli strumenti di programmazione (Piani di Zona, Piani delle Attività Territoriali, programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza) è stato costituito in via sperimentale uno specifico "Tavolo provinciale per l'integrazione". Esso è costituito dai Direttori di Distretto, dai Coordinatori degli Uffici di Piano Distrettuali, dal Coordinatore delle prestazioni Sociali e Sanitarie, dall'Ufficio di supporto delle Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie della Provincia. Il gruppo di lavoro, su mandato della Conferenza, ha predisposto tutti i documenti di indirizzo successivamente validati dalla Conferenza stessa, e ha raggiunto il duplice obiettivo di una programmazione Socio-Sanitaria condivisa e di un forte livello di integrazione istituzionale, professionale e operativo-gestionale. Il gruppo di lavoro interistituzionale ha inoltre predisposto un modello omogeneo di convenzione tra AUSL e Comune capofila del Distretto per la gestione del FRNA,

ed è stato costituito il gruppo di monitoraggio che ha prodotto i modelli relativi al percorso di recepimento dell'Allegato n. 2 della DGR 1206/2007.

I principi che hanno ispirato la costituzione del Tavolo sono, da un lato, quello di favorire la massima specificità di risposta a livello distrettuale e, dall'altro, quello di sviluppare equità e uniformità nell'accesso ai servizi su tutto il territorio provinciale.

### ***I Dipartimenti Ospedalieri***

Si è provveduto a sviluppare il sistema decisionale assicurato dai Direttori di Dipartimento Ospedaliero, finalizzato a realizzare l'obiettivo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, anche in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e il rendimento delle risorse disponibili.

L'obiettivo è stato costantemente perseguito nel corso dell'anno, anche attraverso le numerose riunioni dei Comitati di Dipartimento che hanno permesso di affrontare, con la piena partecipazione dei professionisti medici e di area comparto, le principali tematiche relative al governo clinico e la valutazione collegiale degli obiettivi dipartimentali negoziati con la Direzione Generale.

E' stato, inoltre, completato il Corso di formazione/aggiornamento "Sviluppo delle competenze in materia di Clinical Governance dei Direttori di struttura complessa ospedaliera".

Sono stati avviati e/o implementati percorsi diagnostico-terapeutici e linee guida in materia di appropriatezza delle prestazioni, in settori di particolare rilevanza.

### **La partecipazione dei professionisti**

La partecipazione dei professionisti all'individuazione delle linee strategiche dell'Azienda costituisce uno dei cardini della ridefinizione dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale operata con la L.R. 29/2004, nella consapevolezza che tale scelta costituisce non solo un valore per il sistema "aziende" ma allo stesso tempo un fattore decisivo nell'organizzazione e per l'erogazione di servizi, quali quelli sanitari e sociosanitari, ad un tempo di elevata qualità tecnica e fondati sulle relazioni tra professionisti e tra professionisti e cittadini.

La L.R. 29/2004 ha incentrato sul ruolo e sulle funzioni del Collegio di Direzione la sede della partecipazione dei professionisti all'individuazione delle linee strategiche dell'Azienda. Tuttavia la promozione della partecipazione, la valorizzazione del capitale umano e lo sviluppo di competenze idonee a garantire adeguati livelli di qualità, si realizza anche attraverso modalità e strumenti diversificati ed in particolare attraverso modalità organizzative e specifici percorsi volti a costruire la partecipazione dei professionisti alle scelte aziendali e, nel contempo, l'assunzione di specifiche responsabilità.

In via generale i livelli in cui si esplica la partecipazione dei professionisti all'individuazione delle linee strategiche dell'Azienda si possono distinguere in relazione alle:

- scelte di carattere programmatico;
- scelte di carattere generale – gestionale;
- scelte di carattere tecnico.

A livello programmatico la partecipazione si realizza nella costruzione, nel confronto e nella condivisione dei documenti di programmazione aziendale.

### **Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda, ha compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. E' composto dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori di Distretto e di Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Dipartimento, dai Direttori di Programma Aziendale, dai Direttori dei Servizi Risorse Economico-Finanziarie e Comunicative aziendali.

Nel 2007 il Collegio di Direzione ha partecipato fattivamente alla definizione del nuovo Atto Aziendale e, in tale nuovo contesto è stato invitato un Medico di Medicina Generale a partecipare ai lavori del Collegio di Direzione, in qualità di uditore, non solo per ottemperare ad una previsione regionale ma un modo per rendere più vicino e proficuo il raggiungimento degli obiettivi di salute del territorio.

L'attività del Collegio di Direzione è stata particolarmente intensa visto anche il tema rilevante del nuovo Atto Aziendale che ha riguardato tutti gli atti più importanti per l'Azienda. Si sono tenuti 7 incontri; il Collegio ha affrontato, oltre ai temi relativi al nuovo Atto Aziendale e ai Bilanci di Previsione 2007 e Consuntivo 2006 e all'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, i temi inerenti:

- nuovo Comitato Etico Unico a livello provinciale;
- illustrazione dei risultati e del bilancio di esercizio 2006, verifica del Piano Azioni 2006 e approvazione Piano Azioni 2007;
- stato dell'arte dell'attività di screening della prevenzione dei tumori del colon retto;
- approvazione del Piano di Comunicazione e del Piano di Formazione 2007;
- osservatorio Regionale per l'Innovazione e attività aziendale di Ricerca e Sviluppo;
- il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza: programmazione del Fondo e modalità di gestione;
- sistema informativo delle segnalazioni pervenute agli URP: monitoraggio e analisi;
- nuova sede del Ser.T di Parma;
- progetto di sviluppo dell'Ospedale di Borgo Val di Taro;
- azioni di sviluppo in merito alla gestione del rischio;
- programma per la ricerca sanitaria 2007.

L'attività del Collegio di Direzione non è tuttavia esaustiva della ricchezza delle forme e delle modalità attraverso

le quali si realizza la partecipazione dei professionisti alle scelte ed alla definizione delle attività aziendali.

A livello gestionale e tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata nell'ambito dei Comitati di Dipartimento e del Collegio di Presidio nei due Ospedali aziendali e nell'ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell'attività aziendale e a realizzare il governo clinico.

Nel 2007 sono state tenute n. 9 riunioni del Collegio di P.O. Fidenza - San Secondo Parmense, che hanno affrontato, principalmente, temi attinenti la programmazione delle attività e numerosi riunioni dei Comitati di Dipartimento (n. 17, di cui 5 del Dipartimento di Medicina, 7 del Dipartimento di Chirurgia e 5 del Dipartimento di Emergenza). Anche il Collegio di Presidio e i Comitati di Dipartimento dell'Ospedale di Borgo Val di Taro hanno svolto in modo assiduo le proprie funzioni.

I Comitati dei Dipartimenti Sanitari sono stati particolarmente impegnati nella pianificazione delle attività dipartimentali, nella definizione del Piano di Formazione Dipartimentale, nei processi di accreditamento con al definizione di linee guida, linee operative, documenti di organizzazione (relativamente ai dipartimenti interessati dall'accREDITAMENTO nel 2007), l'avvio della gestione del budget dei Dipartimenti Ospedalieri con assegnazione di obiettivi di attività ed economici e la loro verifica; la messa in atto di azioni gestionali per realizzare obiettivi di incremento e/o miglioramento delle attività, la promozione di strumenti di governo clinico e assistenziale, lo sviluppo delle professioni infermieristiche e tecniche e di modalità integrate nella gestione del personale infermieristico e tecnico.

Diversi gruppi di professionisti sono stati costituiti per elaborare linee di indirizzo aziendali su temi connessi alle priorità definite nella programmazione aziendale.

Di seguito si elencano i principali gruppi di lavoro che hanno svolto la propria attività nel 2007, ovvero documenti significativi elaborati da gruppi di professionisti:

- commissione provinciale per il monitoraggio delle linee guida per il management del diabete mellito ha elaborato l'aggiornamento delle linee guida per la "Razionalizzazione delle procedure per la fornitura dei presidi sanitari per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia" e redatto il documento "Razionalizzazione delle procedure per la prescrizione e la fornitura dei sistemi per infusione continua di insulina sottocute";
- gruppi per la redazione del Bilancio di Missione;
- procedure per l'accertamento dell'idoneità psicofisica delle coppie disponibili all'adozione nazionale ed internazionale con l'elaborazione da parte di un gruppo di lavoro appositamente costituito;
- protocollo d'intesa per le modalità di svolgimento dell'attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole di ogni ordine e grado della provincia di Parma;
- applicazione del "protocollo operativo per il rilascio/rinnovo della patente di guida ai pazienti con diabete"
- l'analisi delle attuali situazioni procedurali e degli ambiti di collegamento tra servizi ed operatori nelle

- diverse fasi del processo terapeutico – assistenziale – riabilitativo a favore di soggetti portatori di stomie e incontinenti gravi;
- monitoraggio del modello organizzativo Day Service aziendale;
- applicazione delle Linee Guida Regionali di intervento per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore;
- gruppo di lavoro aziendale ed i singoli gruppi distrettuali finalizzati a sostenere e monitorare le azioni di sviluppo del processo d'integrazione tra i Medici di Medicina Generale ed il Dipartimento Salute Mentale e tra il sistema delle Cure Primarie ed il sistema di Salute Mentale nell'ambito del Progetto Regionale "Giuseppe Leggieri";
- monitoraggio del programma di assistenza odontoiatrica a seguito degli interventi realizzati per l'applicazione della nuova normativa regionale;
- progetto "prevenzione del rischio biologico".

Si segnala inoltre la costituzione di alcuni gruppi interaziendali di professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per promuovere e realizzare integrazioni nei percorsi clinico-organizzativi, nella individuazione di linee guida e protocolli. In precedenza è stata segnalata la Commissione cardiologica di coordinamento della rete e il Progetto IMA, di seguito si elencano alcuni esempi significativi:

- gruppo di coordinamento interaziendale per la sorveglianza ed il controllo del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita;
- commissione provinciale per la gestione integrata del paziente in terapia anticoagulante orale;
- commissione interaziendale per il monitoraggio complessivo della nutrizione artificiale e per la definizione dei protocolli clinico-organizzativi;
- gruppo di lavoro interaziendale su area emergenza-urgenza in psichiatria;
- gruppo di lavoro interaziendale per il progetto "Razionalizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni di Risonanza Magnetica", che ha prodotto le indicazioni per un uso appropriato di tale tecnologia.

### La politica del personale e lo sviluppo organizzativo

Si è proceduto principalmente ad affrontare la problematica legata alla stabilizzazione del personale con contratti a termine o flessibili, e pertanto si è avviato un processo che ha portato alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle articolazioni Aziendali e dei Dipartimenti, in coerenza con quanto definito dalle Leggi finanziarie 2006 e 2007, e con le modalità stabilite in accordo con le OO.SS. a livello regionale ed a livello locale.

La Regione ha stabilito vincoli specifici: la delibera avente ad oggetto "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del S.S.R. per l'anno 2007", ha riproposto due grandi obiettivi di massima riferiti al concorso del SSN alle politiche di controllo della spesa del personale e al governo della contrattazione integrativa Aziendale sulla base degli indirizzi emanati a livello Regionale.

### Politiche di gestione degli organici e governo della spesa del personale

A livello di regione l'obiettivo complessivo viene definito nel mantenimento del costo personale 2007 pari al 2006 al netto dei costi contrattuali, intendendo per costi il complesso della spesa riferito a personale dipendente di ruolo e non, contratti CO.CO.CO., contratti libero professionali.

Per il perseguimento di tale obiettivo la Regione ha indicato alle Aziende Sanitarie in equilibrio di bilancio, e fra queste l'AUSL di Parma, di assicurare una spesa per il personale coerente con gli obiettivi Aziendali.

L'AUSL di Parma ha impostato dunque, in un'ottica di obiettivo di equilibrio del bilancio, una politica del personale che, in coerenza con gli obiettivi posti dalla programmazione Aziendale, "Piano delle azioni 2007" e con l'attuazione dei programmi di sviluppo posti dal PAL, ha consentito di sviluppare al massimo l'acquisizione di personale assistenziale necessario alla garanzia di équipe di lavoro calibrate su livelli necessari all'erogazione dei LEA.

Il parziale incremento degli organici ha coinciso con l'avvio del processo di stabilizzazione di personale con rapporti di lavoro a tempo determinato nell'area comparto, e alla messa a Concorso e conseguente stabilizzazione di posti da Dirigente Medico, prima garantiti principalmente con incarichi libero professionali.

I vincoli comunque posti dalla Legge Finanziaria 2007, hanno portato ad una attenta politica di turn over, alla individuazione delle priorità assistenziali, alla definizione di dove allocare le risorse a disposizione, che ha coinvolto le Direzioni di articolazione, del SIT, dei Dipartimenti Ospedalieri ed Aziendali, per la definizione di priorità condivise, di scelte che assicurino e riescano a coniugare, risorse definite e limitate, ed esigenza di garantire livelli operativi assistenziali adeguati.

Operativamente l'accordo per la stabilizzazione di n.41 operatori del comparto e l'avvio di numerosi concorsi per le aree dirigenziali, destinati alla sostituzione di contratti libero professionali (attivati in attesa di definire priorità ed obiettivi affidati a quest'azienda) riassumono l'esito del processo di riadeguamento degli organici avviato da circa tre anni.

E' stato completato il consolidamento dell'assetto delle responsabilità all'interno di ciascun dipartimento sia ospedaliero che territoriale, sia a livello dirigenziale sia a livello di area comparto con la nomina dei titolari di incarico di direzione delle strutture semplici, dei professionali ad elevata specializzazione, dei titolari di posizione organizzativa e di coordinamento delle funzioni sanitarie e tecniche, le Direzioni dei Dipartimenti stanno dirigendosi verso una autonomia gestionale che li rende responsabili rispetto agli obiettivi di "produzione", di efficace allocazione dei mezzi a disposizione, di efficiente utilizzo delle risorse.

Lo sviluppo dell'organizzazione aziendale è stata orientata ad accompagnare e ad attuare gli obiettivi programmatici del PAL in particolare al consolidamento dei Dipartimenti Ospedalieri, alle attività territoriali ed ai

servizi che operano nell'area del disagio mentale e delle dipendenze.

Il sistema di valutazione, sia degli obiettivi annuali, sia delle capacità professionali e/o organizzative, è entrato a far parte oramai del patrimonio aziendale. Il Nucleo Interno di Valutazione ed i Collegi Tecnici, sono chiamati periodicamente a svolgere la loro attività di verifica dei dati, della coerenza fra obiettivi e risultati, e forniscono un loro contributo allo sviluppo di attenzione agli indicatori, alla lettura dei dati di attività, al confronto fra valutato e valutatore. Si è proceduto principalmente ad affrontare la problematica legata alla stabilizzazione del personale con contratti a termine o flessibili, e pertanto alla rideterminazione delle dotazione organiche.

### ***La contrattazione integrativa***

Il percorso di attività svolto con le organizzazioni sindacali si è particolarmente incentrato, per l'Area Comparto, sul completamento degli accordi relativi alle tematiche di costruzione ed applicazione di quanto deciso in sede di contrattazione Integrativa Aziendale, mentre per l'Area Dirigenziale si è approfondito quanto descritto nelle Linee di Indirizzo Regionali per la contrattazione integrativa.

Si sono svolti diversi incontri di trattativa sia per l'Area Comparto a livello centrale (8) ed a livello decentrato presso il P.O. di Fidenza ed il P.O. di Borgotaro (10), sia per la Dirigenza delle due aree Contrattuali (9).

Per entrambe le Aree Contrattuali si è dimostrato l'impegno delle parti circa la definizione dei processi di stabilizzazione del personale precario o comunque con contratti flessibili o a tempo determinato, e la concertazione/condivisione di percorsi per la stesura del nuovo Atto Aziendale, in coerenza con quanto contenuto nella Direttiva Regionale in materia.

Il tema delle stabilizzazioni ha portato ad una attenta analisi degli aspetti organizzativi dei diversi ambiti distrettuali e delle aree dipartimentali, per una corretta quantificazione dell'organico necessario a garantire da una parte i livelli prestazionali, e dall'altra per supportare l'avvio di alcuni non rinviabili nuovi servizi all'utenza.

Per 41 operatori con contratto a tempo determinato in corso di stabilizzazione, a seguito di specifico accordo nell'Area Comparto. Diversi Medici con Contratto Libero Professionale, impegnati a supporto dell'attività assistenziale, principalmente in ambito ospedaliero, si apre la possibilità di partecipare, con piena valutazione dell'esperienza maturata, a procedure concorsuali atte a garantire il riequilibrio dell'organico necessario, ove sia riconosciuto carente. Le figure professionali per le quali si procede alla stabilizzazione sono: 19 Infermieri ed ostetriche, 6 O.S.S., 5 amministrativi e 11 con altre qualifiche.

Nella Sezione 4 sono elencati in dettaglio gli accordi sindacali conclusi nel 2007.

Si ricorda infine che si sono svolte, in maniera più dettagliata a favore dei titolari di Posizione organizzativa, ma anche per gli altri operatori delle diverse articolazioni aziendali, attività di informazione circa la conoscenza

delle problematiche sottese alla emanazione del nuovo Atto Aziendale, alle conseguenti modifiche organizzative che coinvolgeranno diversi ambiti della struttura aziendale, con modifiche anche di afferenza, di responsabilità; tutto ciò al fine di favorire il coinvolgimento e la partecipazione di tutto il personale ad un delicato processo di trasformazione.



# 4

## Sezione

### **Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione**

Questa sezione del documento è finalizzata ad illustrare gli interventi e le azioni intraprese dall'azienda a favore del personale. L'obiettivo informativo specifico è quello di fornire un quadro delle azioni poste in essere o progettate in relazione alla valorizzazione del personale ed al miglioramento del clima aziendale. In particolare vi sono illustrate le scelte aziendali nella "politica di valorizzazione del personale", prendendo in esame:

1. La "carta d'identità" del personale;
2. I professionisti e la vita aziendale: partecipazione alle decisioni e responsabilità;
3. Gestione del rischio e sicurezza;
4. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti;
5. Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze;
6. Il Piano Aziendale di Formazione.



## La "carta d'identità" del personale

Questo capitolo descrive anche attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dell'Azienda USL di Parma.

I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:

- per la Dirigenza Medica e Veterinaria;
- per la Dirigenza Sanitaria (Farmacisti, Fisici, Biologi, Chimici, Psicologi, ecc.), Tecnica, Professionale ed Amministrativa;
- per il Comparto (sia del ruolo Sanitario, Tecnico, Amministrativo).

La Tabella 1 elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2007; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato, suddiviso per articolazione aziendale (tabella 2).

Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 492 unità ossia il 20,08%. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,73% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,84%, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

**Tab.1 Dipendenti per area professionale a tempo indeterminato e tempo determinato**

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2007				
Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	%
Dirigenti Medici	322	2	324	13,22
Dirigenti Veterinari	80	2	82	3,35
Dirigenti Sanitari	54	1	55	2,24
Dirigenti PTA	31	0	31	1,27
<b>Totale Dirigenza</b>	<b>487</b>	<b>5</b>	<b>492</b>	<b>20,08</b>
Personale infermieristico	878	22	900	36,73
Personale tecnico sanitario	85	0	85	3,47
Personale prevenzione	117	0	117	4,78
Personale riabilitazione	140	1	141	5,76
Assistenti sociali	30	1	31	1,27
Personale tecnico	179	9	188	7,67
O.T.A.	10	0	10	0,41
O.S.S.	142	5	147	6,00
Personale amministrativo	318	21	339	13,84
<b>Totale Comparto</b>	<b>1.899</b>	<b>59</b>	<b>1.958</b>	<b>79,92</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.386</b>	<b>64</b>	<b>2.450</b>	<b>100,0</b>

a: comprende il personale assunto ai sensi dell'articolo 15 septies D.Lgs 502/1992  
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Tutto il personale viene conteggiato come unità non tenendo conto pertanto del personale a part-time od occupato per periodi dell'anno.

**Tab.2 Distribuzione del personale fra le articolazioni aziendali al 31 dicembre degli anni 2006/2007**

	Personale al 31/12/2006	Personale al 31/12/2007
Sede centrale	265	260
Distretto di Parma	718	703
Distretto di Fidenza	289	326
P.O. Fidenza	560	585
Distretto Valli Taro e Ceno	165	171
P.O. Borgo Val di Taro	202	210
Distretto Sud-Est	192	195
<b>Totali</b>	<b>2.391</b>	<b>2.450</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Di seguito, si introduce un diverso conteggio del personale, che viene proporzionato rispetto alle ore lavorate settimanalmente (ad es. 36 ore = 1 unità; 18 ore = 0,50) ed anche alle giornate retribuite nell'anno. Viene quindi fotografato il personale presente dal 01.01 al 31.12 conteggiando le giornate "pagate"; se un tempo determinato lavora da marzo a settembre vale  $180/360 = 0,5$  e risulta inoltre rapportato al part-time (24 ore su 36 lavorative = 0,67). Tale calcolo risulta importante tenendo presente che oggi in Azienda vi sono oltre 273 dipendenti (ossia circa il 10%) con rapporto a part-time.

La tabella analitica successiva descrive il personale pesato rispetto ai giorni pagati ed all'eventuale part-time, suddiviso per articolazione aziendale e per dipartimento.

**Tab.3 Distribuzione del personale effettivo all'interno delle qualifiche al 31 dicembre degli anni 2005/2006**

Personale	Tempo determinato			Tempo indeterminato		
	2006	2007	Var.	2006	2007	Var.
Medico e veterinario	6,9	13,5	6,6	381,2	374,2	- 7,0
Sanitario non medico - dirigenza	1,0	1,9	0,9	53,7	51,9	- 1,8
Sanitario non medico - comparto	24,1	26,0	1,9	1.142,7	1.145,72	3,0
Professionale	-	0,6	0,6	7,0	7,0	-
Tecnico - dirigenza	-	-	-	3,9	3,9	-
Tecnico - comparto	18,7	18,6	-	320,4	339,3	18,9
Amministrativo - dirigenza	4,0	2,3	- 1,7	13,0	14,9	1,9
Amministrativo	4,4	12,4	8,0	309,6	303,2	- 6,4
<b>Totale</b>	<b>59,0</b>	<b>75,4</b>	<b>16,4</b>	<b>2.231,5</b>	<b>2.240,1</b>	<b>8,6</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

La tabella 4 riporta i dati del personale suddivisi per Area assistenziale: Distretti, Ospedali, Prevenzione, Servizi Generali. Il 39,0 % del personale viene utilizzato nell'assistenza territoriale; il 32,0 % per l'assistenza ospedaliera; il 13,0 % per l'area della prevenzione; il 16,0 % per i servizi generali presso cui sono censite tutte le attività di supporto amministrative e tecniche.

**Tab.4 Organico aziendale uomo/anno per articolazione e dipartimento - 2007**

Dipartimento	Comparto	Dirigenti Medici e Veterinari	Dirigenti non Medici	Totale
<b>BORGOTARO P.O.</b>				
CHIRURGIA	58,3	21,0		79,2
MEDICINA	76,8	13,7		90,5
PATOLOGIA	8,0	1,0	1,0	10,0
FARMACIA AZIENDALE	2,5		1,0	3,5
SERVIZI GENERALI	11,7	2,1		13,7
<b>Borgotaro P.O. Totale</b>	<b>157,3</b>	<b>37,7</b>	<b>2,0</b>	<b>197,0</b>
<b>FIDENZA P.O.</b>				
EMERGENZE	137,5	40,9		178,3
CHIRURGIA	130,0	36,2		166,2
MEDICINA	115,7	25,9		141,6
PATOLOGIA	22,4	2,3	5,0	29,7
SERVIZI GENERALI	40,2	2,1	1,0	43,3
<b>Fidenza P.O. Totale</b>	<b>445,7</b>	<b>107,3</b>	<b>6,0</b>	<b>559,0</b>
<b>Totale P.O.</b>	<b>445,7</b>	<b>107,3</b>	<b>6,0</b>	<b>559,0</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

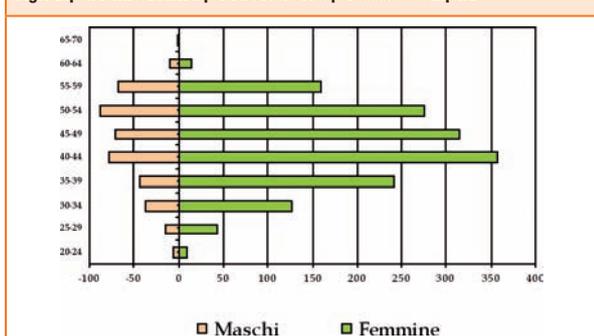
**Tab.5 Personale effettivo per articolazione - 2007**

Centro di gestione	DIP.TI Cure Primarie	DIP. TO Salute Mentale	DIP.TO Sanità Pubblica	Farmacia Aziendale	Servizi Generali	Servizi Sociali	TOTALE
BORGOTARO	67,1	31,3	36,8	1,5	25,0		161,7
FIDENZA	94,4	49,6	69,6	27,4	50,0	21,3	312,3
PARMA	236,7	248,6	108,4		52,4	6,8	653,0
SUD-EST	59,4	29,5	66,6		20,8	7,6	183,8
<b>TOTALE</b>	<b>457,5</b>	<b>359,1</b>	<b>281,4</b>	<b>28,9</b>	<b>148,2</b>	<b>35,7</b>	<b>1.310,8</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Come si può notare rispetto alle macroarticolazioni, il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti, 653. Altra articolazione con rilevante numero di occupati è il Presidio Ospedaliero di Fidenza/S.Secondo, con 559 operatori. La tabella successiva riporta i dipendenti suddivisi per fascia di età, per sesso, per area contrattuale: dirigenza o comparto. Il personale femminile è pari al 71% del totale e rappresenta il 79% dell'Area Comparto, ma solo il 40% nell'Area Dirigenziale. Riguardo il dato anagrafico, vediamo che la concentrazione assolutamente più rilevante è fra i 40 ed i 55 anni, oltre il 60% complessivo. Fra gli uomini anche la fascia di età 55/59 è rilevante, rappresentando il 20% del totale.

**Fig.1 Dipendenti suddivisi per fascia d'età e per sesso - comparto**



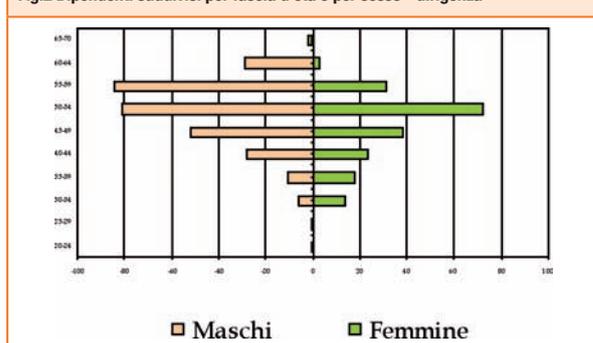
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Tab.6 Dipendenti suddivisi per fascia di età e per sesso**

Sesso	Fascia età	Comparto	Dirigenti	Totale	% età
Femmine	tra 20 e 24 anni	9		9	0,5
	tra 25 e 29 anni	43		43	2,5
	tra 30 e 34 anni	127	14	141	8,1
	tra 35 e 39 anni	242	18	260	14,9
	tra 40 e 44 anni	358	23	381	21,9
	tra 45 e 49 anni	314	38	352	20,2
	tra 50 e 54 anni	276	72	348	20,0
	tra 55 e 59 anni	160	31	191	11,0
	tra 60 e 64 anni	14	3	17	1,0
	<b>Femmine Totale</b>		<b>1.543</b>	<b>199</b>	<b>1.742</b>
Maschi	tra 20 e 24 anni	6		6	0,8
	tra 25 e 29 anni	14		14	2,0
	tra 30 e 34 anni	37	6	43	6,1
	tra 35 e 39 anni	43	11	54	7,6
	tra 40 e 44 anni	77	28	105	14,8
	tra 45 e 49 anni	71	52	123	17,4
	tra 50 e 54 anni	88	81	169	23,9
	tra 55 e 59 anni	68	84	152	21,5
	tra 60 e 64 anni	10	29	39	5,5
	tra 65 anni e 70	1	2	3	0,4
<b>Maschi Totale</b>		<b>415</b>	<b>293</b>	<b>708</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale generale</b>		<b>1.958</b>	<b>492</b>	<b>2.450</b>	
Femmine %		78,80%	40,45%	71,1%	100,0%
Maschi %		21,20%	59,55%	28,9%	100,0%

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Fig.2 Dipendenti suddivisi per fascia d'età e per sesso - dirigenza**



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

## Andamento del personale a tempo parziale

**Tab.7 Distribuzione del personale part-time all'interno delle qualifiche**

	2003	2004	2005	2006	2007
Dirigenti Medici Veterinari	1	1	2	7	4
Dirigenti Sanitari	4	3	3	3	3
Dirigenti P.T.A.	2	2	1	0	0
Personale Infermieristico	109	117	116	116	120
Pers. Tecnico sanitario	7	7	10	9	10
Personale Prevenzione	16	26	21	21	10
Personale Riabilitazione	30	35	36	34	32
Assistenti Sociali	4	4	4	4	4
Personale Tecnico	13	14	13	13	14
O.T.A.	1	0	0	0	0
O.S.S.	4	5	5	5	4
Ausiliari	0	0	0	1	1
Personale Amministrativo	72	74	74	72	71
<b>TOTALE</b>	<b>263</b>	<b>288</b>	<b>285</b>	<b>285</b>	<b>273</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Il personale dipendente non è certamente l'unica "risorsa umana" che viene utilizzata per offrire i servizi sanitari/assistenziali o di supporto, nei diversi ambiti dell'Azienda. Ad esso si affianca infatti il personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Guardie mediche, Specialisti Convenzionati); i rapporti con questo personale sono regolati da Contratti Convenzionali Nazionali e da Contratti Integrativi stipulati a livello regionale o locale. Esistono inoltre rapporti Libero Professionali, che interessano perlopiù personale medico, collaboratori (CO.CO.CO. e CO.CO.PRO.), borsisti.

## I professionisti e la vita aziendale: partecipazione alle decisioni e responsabilità

Il peso strategico delle persone per il perseguimento degli obiettivi è un aspetto determinante della Mission della Direzione Infermieristica e Tecnica aziendale. La partecipazione dei professionisti, la valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze rappresentano gli obiettivi primari. La valorizzazione del "capitale umano" trova concretizzazione nel modello organizzativo del Servizio che si fonda sul lavoro per progetti, utile strumento di promozione e sviluppo delle competenze e specificità di ognuno, sulla definizione dei livelli di responsabilità all'interno della organizzazione, su metodologie di lavoro sempre più improntate ai modelli di pianificazione-verifica e miglioramento continuo delle attività in sintonia con gli obiettivi aziendali. L'attenzione ai tempi di sviluppo organizzativo è elemento essenziale del governo di una realtà complessa.

Gli strumenti adottati sono:

- il piano delle attività triennali che vede la definizione dei progetti di sviluppo;
- gruppi di lavoro permanenti e gruppi di miglioramento temporanei finalizzati al perfezionamento degli aspetti tecnico-professionali e organizzativi;
- relazione annuale.

## Elementi di rilievo della attività della Direzione Infermieristica e Tecnica

### Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale

La valutazione delle competenze acquista significato nella misura in cui riesce ad agire sul singolo professionista, evidenziando i punti di forza e le aree di miglioramento dell'azione professionale. Essa si concretizza con la definizione di un nuovo percorso all'interno dell'azienda condiviso con il Servizio Area Risorse Umane, che si fonda su criteri più analitici di valutazione delle competenze. Partendo dal principio che la valutazione è un'opportunità e una necessità per tutti coloro che nell'organizzazione sono chiamati a gestire risorse professionali, al fine del raggiungimento delle finalità istituzionali, tutti sono valutati secondo una precisa scala di responsabilità. Elemento di novità il colloquio tra il valutante e il valutato e l'autovalutazione da parte di quest'ultimo prima del giudizio definitivo.

### Lungodegenza postacuzie

Si ritiene che l'attivazione del nuovo modello di gestione della Lungodegenza postacuzie abbia segnato una profonda innovazione rispetto al modello precedente, evidenziando la capacità di adeguare l'assistenza ai reali bisogni emergenti e la necessità per la Direzione Infermieristica e Tecnica di realizzare a pieno le proprie competenze professionali.

### Hospice

La Direzione Infermieristica e Tecnica ha partecipato al progetto aziendale che si prefigge di organizzare e realizzare il "Sistema" aziendale delle Cure Palliative, garantendo la continuità di tutte le fasi della cura della malattia, potenziando e migliorando l'assistenza, qualificando gli interventi nel rispetto delle esigenze espresse dal malato e dalla sua famiglia, omogeneizzando, i percorsi le procedure e gli strumenti di lavoro e promuovendo la formazione integrata del personale.

### Gestione del rischio biologico

Il Servizio ha attivamente contribuito all'interno del progetto aziendale di "Gestione del Rischio" alla sensibilizzazione culturale degli operatori nei confronti del rischio specifico ed avviato l'elaborazione di procedure/protocolli e strumenti operativi.

### Inserimento e addestramento del neo assunto

Per un'azienda sanitaria il problema dell' addestramento e formazione è un elemento vitale per due principali considerazioni:

- a) tecnico-professionale: l'evoluzione delle conoscenze e delle competenze;
- b) clinico-organizzativa: la modalità di erogazione dei servizi è in continua trasformazione sia per la normativa nazionale e regionale che per i principi del miglioramento continuo in sanità.

E' pertanto necessario mantenere un raccordo stretto tra l'affinamento delle conoscenze possedute, l'acquisizione di nuove competenze e lo sviluppo strategico aziendale. Inserire correttamente gli operatori e conoscerne la preparazione di base sono condizioni fondamentali per valutare le necessità di addestramento e formazione finalizzata alla acquisizione di ulteriori competenze.

Il DIT ha contribuito alle attività del gruppo di progetto aziendale per la elaborazione della procedura di inserimento dei neo assunti. Sono altresì concluse le fasi di recepimento specifico delle procedure a livello di articolazione-dipartimento, unità operativa/servizio, favorendo aspetti di omogeneizzazione per profilo o per area.

### Gestione del rischio e sicurezza

All'interno dell'Azienda USL la gestione del rischio e della sicurezza rappresenta un processo globale condiviso fra i vari Servizi e si riferisce principalmente all'organizzazione del lavoro nel suo complesso: l'obiettivo da perseguire rimane sempre il miglioramento delle condizioni lavorative. Infatti il miglioramento delle condizioni di lavoro ed il controllo del rischio permettono di garantire condizioni operative migliori per i lavoratori, oltre naturalmente al perfezionamento della qualità assistenziale.

#### Valutazione dei rischi

La valutazione del rischio è intesa come un "processo in progress" di miglioramento finalizzato alla riduzione di tutti i rischi presenti nelle varie situazioni lavorative. Il percorso di valutazione dei rischi rimane un momento fondamentale all'interno dell'organizzazione aziendale mirato al miglioramento delle condizioni di lavoro, che si interfacciano anche con il miglioramento dell'attività svolta, in termini di assistenza alle persone. Nel corso dell'anno 2007 sono stati predisposti gli aggiornamenti relativi alla Scheda di Valutazione dei rischi per il 40% delle sedi aziendali: tali documenti, che comprendono anche la proposta di interventi di bonifica, sono stati distribuiti ai Datori di Lavoro.

Oltre alle "Schede di Valutazione dei rischi" specifiche per le sedi aziendali oggetto di rivisita, il Servizio Prevenzione Protezione Aziendale (SPPA) ha affrontato e valutato anche gli altri argomenti di rischio presenti, determinandone la gravità unitamente alle soluzioni di bonifica.

### Valutazione del rischio biologico

E' in corso la predisposizione dell'aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio Biologico, nell'ambito del Progetto Aziendale di miglioramento "Prevenzione del Rischio biologico", organizzato e condotto congiuntamente da: SPPA, SIT Aziendale e Programma Gestione del Rischio. Nell'anno 2007 sono stati elaborati Documenti di Gestione del processo in oggetto: Manuale Gestione Rischio Biologico e diverse Procedure operative relative alla prevenzione e contenimento del rischio biologico.

Relativamente alla sicurezza del personale, è stato aggiornato il Documento che identifica i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) che devono essere forniti ai lavoratori per eliminare i rischi residui ancora presenti.

Rispetto alla Valutazione del Rischio Chimico, deve essere evidenziata la predisposizione, in collaborazione con il RIT aziendale, di un Programma informatizzato finalizzato alla predisposizione del Documento, che prevede primariamente l'analisi delle Schede di Sicurezza dei prodotti chimici in uso, il confronto con i consumi rispetto ai Reparti/Unità Operative indagati e la successiva quantificazione del rischio.

Inoltre sono stati predisposti i Piani di Emergenza di tutte le Dialisi aziendali.

L'entrata in vigore della Legge 123/07 ha dato l'avvio alla pianificazione del DUVRI – Documento Unico di Valutazione del Rischio da Interferenze per l'attività svolta dal Global Service (inizio attività 1 ottobre 2007), che comprende i servizi di pulizia e sanificazione, smaltimento rifiuti speciali, disinfezione, disinfestazione e de-rattizzazione, sorveglianza locali, gestione magazzino economale, traslochi e facchinaggi interni ed esterni, trasporto farmaci e beni sanitari, lavanolo.

#### Gestione delle Emergenze

Il problema legato al controllo ed alla gestione delle emergenze nelle attività sanitarie con presenza di posti letto o comunque frequentate da numerosi utenti che possono presentare diversi gradi di disabilità, è sempre complesso e può rappresentare un punto critico per lo svolgimento dell'attività assistenziale. Tutte le sedi aziendali sono dotate di un Piano d'Emergenza (composto da planimetrie esposte indicanti le vie di esodo ed il posizionamento dei presidi antincendio e da una parte cartacea contenente le procedure operative da adottare), che è oggetto di aggiornamento continuo, riferito soprattutto agli interventi organizzativi effettuati all'interno della struttura.

Il SPPA ha organizzato e condotto sia i corsi di addestramento di base antincendio che specifici incontri formativi in materia di emergenza incendio, con simulazione di situazioni di emergenza.

**Tab.8 Addetti che hanno frequentato corsi di formazione antincendio**

	Operatori dipendenti	Corso 8 ore	Corso 16 ore	Totale addetti formati	%
Distretto Borgotaro	171	145	4	149	87,13%
P.O. Borgotaro	210	61	96	157	74,76%
Direzione Generale	260	22	8	30	11,54%
Distretto Fidenza	326	91	28	119	36,50%
P.O. Fidenza	585	87	225	312	53,33%
Distretto Parma	703	285	23	308	43,81%
Distretto Sud-Est	195	127	0	127	65,13%
<b>Totale</b>	<b>2.450</b>	<b>818</b>	<b>384</b>	<b>1.202</b>	<b>49,06%</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

L'obiettivo formativo è raggiungere il 70% del personale formato sulla prevenzione e lotta antincendio e sul piano d'emergenza entro il 2008.

Sono state effettuate, inoltre, le seguenti iniziative di formazione:

- Incontri informativi sulle procedure d'emergenza specifiche, compreso l'addestramento per l'utilizzo delle centraline antincendio relative alla struttura di appartenenza (Distretto di Parma, P.O. e Distretto di Fidenza – sede di Vaio, Ospedale di San Secondo, Distretto Sud-Est, Day Center di Colorno, Camera iperbarica P.O. Vaio);
- Incontri informativi finalizzati all'addestramento all'uso delle centraline di allarme antincendio presenti nelle sedi aziendali, alla predisposizione delle Procedure di sicurezza relative all'accreditamento istituzionale delle sedi aziendali;
- Sopralluoghi per l'aggiornamento della Valutazione dei Rischi, finalizzati anche alla ricognizione relativa alla presenza della cartellonistica di sicurezza;
- Partecipazione alla predisposizione dei materiali relativi al Corso di Formazione teorico-pratico sulla Prevenzione del Rischio Biologico rivolto al personale sanitario;
- Partecipazione alla predisposizione del Pacchetto Formativo per i Neo-assunti che comprende sia l'attività di docenza al Corso di formazione medesimo, che la predisposizione della "Procedura Neo-assunto".

### Gestione del rischio e sicurezza

Come ogni anno il SPPA provvede alla raccolta ed all'elaborazione delle statistiche annuali degli infortuni occorsi al personale dipendente.

Dall'analisi dei dati si evidenzia un leggero aumento degli infortuni - 107 infortuni nel 2007 contro i 110 nel 2006 - accompagnato, tuttavia, da una considerevole diminuzione delle giornate lavorative perse: 1.955 gg. lavorative perse nel 2007 contro le 2.741 gg. lavorative perse nel 2006 e da una diminuzione della durata media: si passa infatti da 24,9 giorni nel 2006 a 18,27 nel 2007.

**Tab.9 Distribuzione degli infortuni per tipologia e giornate perse – 2007**

Forma	N. infortuni	%	G.G. Lavorative perse	%
Spostando/solleivando	20	18,52%	346	17,69%
Piede in fallo	15	13,89%	301	15,39%
In itinere	12	11,11%	325	16,62%
Schiacciato da	10	9,26%	119	6,08%
Scivolando	9	8,33%	262	13,39%
Colpito da	9	8,33%	96	4,91%
Movimento incoordinato	7	6,48%	75	3,83%
Urto contro	7	6,48%	164	8,38%
Incidente alla guida	5	4,36%	48	2,45%
Aggredito	5	4,63%	120	6,13%
Caduto in piano	4	4,63%	71	3,68%
Si schiacciava	2	1,85%	19	0,97%
Morso da	1	0,93%	3	0,15%
Si è punto con	1	0,93%	6	0,31%
<b>TOTALE</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>	<b>1955</b>	<b>100%</b>

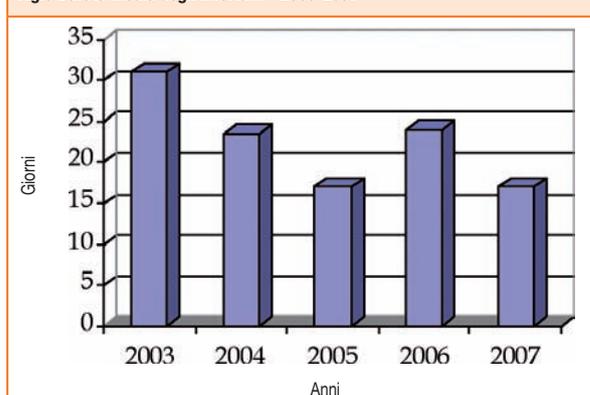
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Tab.10 Distribuzione degli infortuni per età anagrafica degli addetti – 2007**

INFORTUNI			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
25 - 34	4	13	17
35-44	10	17	27
45-54	8	37	45
55-64	5	13	18
<b>TOT.</b>	<b>27</b>	<b>80</b>	<b>107</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Fig.3 Durata media degli infortuni – 2003-2007**



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto alle Articolazioni Aziendali si evidenzia quanto segue:

**Tab.11 Distribuzione infortuni e giornate lavorative perse – 2007**

Articolazione	Infortuni 2007	G.G. Lavorative perse 2007	Infortuni 2006	G.G. Lavorative perse 2006
Distretto Parma	42	693	45	1.293
P.O. Fidenza S. Secondo	25	701	22	713
P.O. Borgotaro	18	197	15	143
Distretto di Fidenza	11	201	13	349
Sede Centrale	4	64	3	107
Distretto Sud Est	4	66	2	40
Distretto Borgotaro	3	33	10	96
<b>Intera Azienda</b>	<b>107</b>	<b>1.955</b>	<b>110</b>	<b>2.741</b>

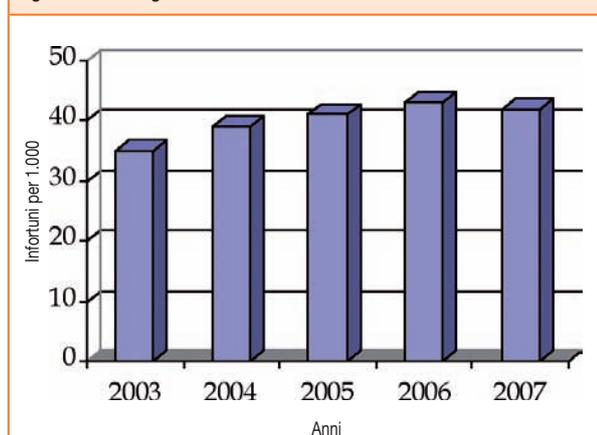
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

La diminuzione è evidente anche nel confronto dell'Indice di Frequenza – IF = (numero di infortuni/numero ore lavorate) x 1.000.000 - che passa da 32,72 nel 2006<sup>a</sup> a 31,58 nel 2007.

L'indice di Incidenza - II = (numero di infortuni/numero di dipendenti) x 1.000 - passa da 45,62 nel 2006 a 43,7 nel 2007.

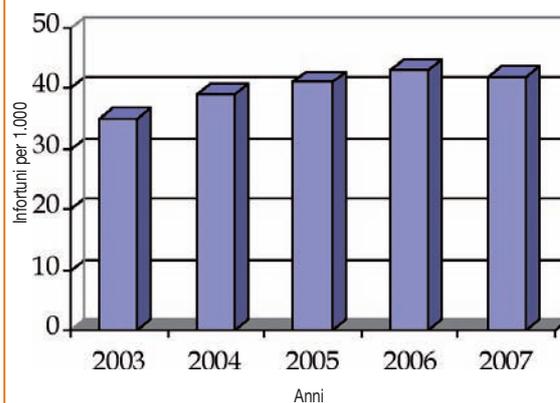
L'indice di Gravità - IG = (numero di giorni di assenza/numero di ore lavorate) x 1.000 - diminuisce sensibilmente: da 0,81 nel 2006 a 0,5 nel 2007 ed è in linea con la diminuzione del numero di giornate lavorative perse, a causa degli infortuni, la cui gravità è nettamente in calo.

**Fig.4 Incidenza degli infortuni – 2003-2007**



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Fig.5 Gravità degli infortuni – 2003-2007**



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Gli infortuni a rischio biologico con prognosi di zero giorni (non comportanti cioè l'assenza dal lavoro) per l'intera Azienda USL nel 2007 sono pari a 82, contro i 70 infortuni nel 2006, così suddivisi:

**Tab. 12 Infortuni a rischio biologico con prognosi di 0 giorni- anni 2006-2007**

Articolazione Aziendale	Infortuni a rischio 2007	Infortuni a rischio 2006
Distretto Parma	14	10
P.O. Fidenza San Secondo	42	37
P.O. Borgotaro	14	15
Distretto di Fidenza	7	5
Distretto Borgotaro	4	2
Distretto Sud Est	1	1
Sede Centrale	0	0
<b>Totale</b>	<b>82</b>	<b>70</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto alle modalità di esposizione:

**Tab.13 Infortuni per modalità di esposizione**

Articolaz. Aziendale	Puntura	Taglio	Contamin. mucosa	Contamin. cute integrata	Tot.
Amb. Dentistico	1				1
Amb. Endoscopia	1		2		3
Assist. Domiciliare	2				2
Chirurgia	5		5		10
Comparto Operatorio	11	2			13
D.H. Oncologico	1				1
Dialisi	6		1		7
Guardia Medica	1				1
Hospice	2				2
Igiene Pubblica	4				4
Med Urgenza	2				2
Medicina	7		3		10
Neurologia	1				1
Ostetricia	1			1	2
Pediatria di Comunità	1				1
Poliambulatori		1			1
Pronto Soccorso	1		2		3
Punto prelievi	1				1
Radiologia	2				2
Punto prelievi	1				1
Rianimazione	2		2		4
Simap	5				5
Sert	1				1
Trasporto Infermi	1				1
Unità coronaria			1		1
Urologia	1		1		2
<b>Totale</b>	<b>61</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>82</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto al personale esposto:

**Tab. 14 Infortuni per tipologia di personale**

Personale	Infortuni
Personale Medico	16
Fisioterapista	0
Personale Infermieristico	45
Personale OTA , OS, OSS	8
Assistente Sanitario	4
Tecnico di laboratorio	0
Allievo infermiere	5
Obiettore, Volontario	0
Ausiliario	3
Altro	1
<b>Totale</b>	<b>82</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Informazioni sierologiche della fonte di esposizione (per HIV – HBV – HCV):

**Tab. 15 Infortuni per fonte di esposizione**

Personale	Infortuni
Paziente HIVAb +	2
Paziente HBsAg +	1
Paziente HCVAb +	20
Paziente Sieronegativo	42
Fonte sconosciuta	17
<b>Totale</b>	<b>82</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Nell'anno 2007 non si sono verificati casi di sieroconversione.

## Medico competente: visite mediche preventive e periodiche D.Lgs. 626/94

Nel 2007, sono stati visitati, ai sensi del D.Lgs 626/94, 630 dipendenti dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri aziendali. Le patologie dell'apparato osteoarticolare ed in particolare del rachide connesse all'attività di movimentazione di pesi o assistiti, costituiscono il principale problema di salute della popolazione lavorativa del settore sanitario, con ripercussioni sulla continuità lavorativa assistenziale e sui giudizi di idoneità alla mansione espressi dal medico competente.

Prevalenza di giudizi di non idoneità permanente o temporanea e di idoneità con limitazione di tutti i dipendenti con qualifica sanitaria e tecnico-amministrativa, risulta rispettivamente pari allo 0,6% e al 4,7% sul totale dei dipendenti.

La percentuale sale all'1,5% per le "inidoneità" e al 7,4% per le "limitazioni" del personale afferente ai Presidi Ospedalieri. Le principali patologie che condizionano l'espressione di un giudizio di "inidoneità" o "idoneità con limitazione" sono, in ordine decrescente, le patologie osteoarticolari, le patologie oculari e allergo-respiratorie, le patologie cardiovascolari, le sindromi psichiatriche, le neoplasie.

**Tab. 16 Prevalenza di giudizi di "non idoneità o limitazione" per tipologia di patologia**

Mansione	Non idonei - temporaneamente non idonei - Patologie*					
	1	2	3	4	5	6
Totale	8				2	4
% parziale	57%				14%	29%
% totale	0,3%					

Mansione	Idonei con limitazioni - Patologie*					
	1	2	3	4	5	6
Totale	81	4	10	2	2	18
% parziale	69%	3%	8%	1,5%	1,5%	16%
% totale	3,3%					0,7%

(\*) Patologie. 1 (rachide-osteoarticolare) 2 (neuro-psicol); 3 (cardiovascolare); 4 (neoplasie) 5 (gravidanza); 6 (altro (infettivo-allergologico, urologico, oculare))  
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Le prevalenze di non idoneità o idoneità con limitazione riscontrata nel personale infermieristico e ausiliario (OSS, OT, ausiliari) di Presidio Ospedaliero, è in linea con quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali, che sembrano indicare percentuali di limitazioni-non idoneità variabili dal 5-6% al 12%.

Rispetto al 2006 si è ridotto il numero percentuale di "non idonei-non idonei temporaneamente" per effetto di spostamenti di mansione, ma si è verificato, tuttavia, un incremento delle "idoneità con limitazione" nel personale dei Presidi Ospedalieri, da 5,5% al 7,4%, con una variazione del 25%. La distribuzione delle limitazioni per patologia mostra un trend analogo al 2006, con una netta prevalenza delle patologie osteoarticolari, come riportato anche in letteratura per il comparto Sanità.

I medici hanno collaborato alla predisposizione dei materiali formativi e alla docenza nei corsi di formazione promossi dall'azienda in tema di:

- corso base per personale neoassunto;
- corso di formazione sul rischio biologico.

L'attività dei medici competenti si è rivolta anche all'attività di stesura di protocolli operativi quali:

- Procedure per contatti a rischio e sorveglianza periodica dell'infezione tubercolare;
- Procedura di profilassi post-esposizione a malattie trasmissibili da sangue;
- Procedura per neoassunti e sorveglianza sanitaria;
- Procedura per contatti a rischio in ambito sanitario a infezione meningitica.

## Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

### Incarichi Personale Aree Dirigenziali

Lo sviluppo e la gestione delle carriere del personale dirigenziale dell'Azienda è stato oggetto di un lungo periodo di trattativa con le organizzazioni sindacali di categoria che ha portato alla completa definizione dell'assetto organizzativo aziendale, con una chiara individuazione delle funzioni dirigenziali presenti ed una identificazione degli incarichi dirigenziali di struttura semplice e professionali conferibili, con particolare attenzione per l'area dei Servizi Sanitari.

Quanto sopra ha permesso la definizione delle specifiche competenze correlate a ciascuno degli incarichi conferibili al personale di area dirigenziale attraverso la formalizzazione del Contratto Individuale di Lavoro con ciascun dirigente. Essa si configura quale momento importante per la definizione e negoziazione di ambiti di attività, aree di responsabilità ed obiettivi individuali correlati all'incarico attribuito.

Il Contratto Individuale di Lavoro stipulato con il dirigente diventa così il principale documento cui fare riferimento nel momento della verifica dell'attività e dei

risultati conseguiti dal dirigente al cui esito sono collegate diverse finalità: dalla erogazione della parte variabile dello stipendio, alla conferma nell'incarico ricoperto, all'avvio di processi formativi ed all'attivazione di percorsi di miglioramento e di crescita individuale.

Completate le procedure selettive interne che hanno portato, nel corso del 2006, all'attribuzione di 62 nuovi incarichi di Direzione di Struttura Semplice e Professionali ad Alta Specializzazione, l'assetto organizzativo dell'azienda che si è delineato nel corso del 2007 si riassume nelle seguenti tabelle:

Tab.17 Assetto organizzativo aziendale per tipologia di incarico

Aea contrattuale	Coperti	Vacanti	Totale
<b>DIPARTIMENTI</b>			
Dipartimenti Sanitari			14
Dipartimenti Amministrativi			4
<b>Totale Dipartimenti</b>			<b>18</b>
<b>STRUTTURE COMPLESSE</b>			
Area Medica e Veterinaria	50	1	51
Area Dirigenza Sanitaria	8	0	8
Area Dirigenza P.T.A.	11	1	12
<b>Totale Aree Contrattuali</b>	<b>69</b>	<b>2</b>	<b>71</b>
<b>STRUTTURE SEMPLICI</b>			
Area Medica e Veterinaria	48	5	53
Area Dirigenza Sanitaria	6	1	7
Area Dirigenza P.T.A.	6	0	6
<b>Totale Aree Contrattuali</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>66</b>
<b>INCARICHI PROFESSIONALI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b>			
Area Medica e Veterinaria	29	8	37
Area Dirigenza Sanitaria	7	0	7
Area Dirigenza P.T.A.	5	0	5
<b>Totale Aree Contrattuali</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>49</b>
<b>INCARICHI PROFESSIONALI ANZIANITA' &gt; 5 ANNI</b>			
Area Medica e Veterinaria	213		213
Area Dirigenza Sanitaria	28		28
Area Dirigenza P.T.A.	4		4
<b>Totale Aree Contrattuali</b>	<b>245</b>		<b>245</b>
<b>INCARICHI PROFESSIONALI ANZIANITA' &lt; 5 ANNI</b>			
Area Medica e Veterinaria	66		66
Area Dirigenza Sanitaria	6		6
Area Dirigenza P.T.A.	5		5
<b>Totale Aree Contrattuali</b>	<b>77</b>		<b>77</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Tab. 18 Percentuale per tipologia d'incarico**

Area Contrattuale	Numero Dirigenti	TIPOLOGIA INCARICO		
		% Incarichi U.O.Compl.	% Incarichi U.O.Sempl.	% Incarichi Professionali Alta Specializzazione
Medici e Veterinari	406	12%	12%	7%
Sanitari	55	15%	11%	13%
PTA	31	35%	19%	16%
<b>Totale</b>	<b>492</b>	<b>14%</b>	<b>12%</b>	<b>8%</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

L'incidenza e la distribuzione degli incarichi di direzione di struttura è coerente con la complessità di un'Azienda territoriale di analoghe dimensioni; si rileva, comunque, che risultano avere maggiore incidenza incarichi di tipo gestionale (Unità Operativa Complessa/Unità Operativa Semplice) rispetto ad incarichi di alta valenza professionale che presuppongono svolgimento di attività tecnico specialistica e di approfondimento del sapere scientifico da parte del dirigente.

Tutta l'attività di valutazione nel corso dell'anno 2007 ha permesso di portare a conclusione l'iter di verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti previsto dagli artt. 25 e seguenti dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali quadriennio 2002/2005 per il personale riportato nella seguente tabella, che nel complesso rappresenta l'8% della totalità del personale del ruolo dirigenziale, con un esito positivo per la totalità dei casi verificati a fronte di un aumento di spesa, correlata a tali procedimenti, pari ad € 88.000 per l'adeguamento dell'indennità di esclusività e di € 24.000 derivanti dalla maggior spesa relativa all'adeguamento della retribuzione di posizione.

**Tab. 19 Verifiche personali per incarico**

Area Contrattuale	Numero Dirigenti	PERSONALE SOTTOPOSTO A VERIFICA			
		Dirigenti titolari di Incarichi UOC in scadenza al 31/12/2007	Dirigenti titolari di Incarichi UOS, Profess. Alta Spec. in scadenza al 31/12/2007	Dirigenti per passaggio di fascia Indennità Esclusività	Dirigenti con anzianità inferiore a 5 anni
Medici	324	10	2	9	7
Veterinari	82			4	1
Sanitari	55	2			1
PTA	31	1	1		
<b>Totale</b>	<b>492</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>9</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

## Incarichi Personale Area Comparto

Gli incarichi per il personale del comparto costituiscono uno strumento di valorizzazione e riconoscimento della professionalità acquisita e delle capacità gestionali dimostrate ed un indispensabile istituto con il quale l'azienda interviene nei settori sanitari e tecnico amministrativi di particolare complessità.

Gli incarichi conferiti al personale di area comparto, pertanto, concorrono con gli incarichi dirigenziali a definire il modello organizzativo dell'azienda e sono da questa individuati, di concerto con le organizzazioni sindacali di categoria, al fine di favorire la crescita di centri di responsabilità all'interno delle strutture sanitarie e dei servizi amministrativi. A tale scopo, nel corso del biennio 2006-2007, sono stati conferiti al personale di area comparto 31 nuovi incarichi di Posizione Organizzativa, che si sono aggiunti a quelli conferiti a partire dall'anno 2001. Inoltre sono stati conferiti, a seguito di procedure selettive interne o processi di riorganizzazione interna, 39 nuovi incarichi di Coordinamento al Personale di area Sanitaria/Ass. Sociali, andandosi a delineare così l'assetto di seguito sintetizzato:

**Tab. 20 - Incarichi personale Area Comparto**

Personale Dipendente Area Comparto		Personale titolare di Incarico di Posizione Organizzativa	%
Pers. Infermieristico	900	19	2,1
Pers. Tecnico Sanitario	85	0	0,0
Pers. Prevenzione	117	1	0,8
Pers. Riabilitazione	141	2	1,4
Assistenti Sociali	31	2	6,4
Tecnico	188	5	2,6
O.T.A.	10	0	0
O.S.S.	147	0	0
Amministrativo	339	32	9,4
<b>Totale</b>	<b>1.958</b>	<b>61</b>	<b>3,1</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

**Tab. 21 - Incarichi personale Area Comparto - Sanitari / Ass Sociali**

Personale Dipendente Area Comparto		Incarichi di Coordinamento	%
Pers. Infermieristico	900	91	10,1
Pers. Tecnico Sanitario	85	6	7,1
Pers. Prevenzione	117	7	6,0
Pers. Riabilitazione	141	22	15,6
Assistenti Sociali	31	7	22,6
<b>Totale</b>	<b>1.274</b>	<b>133</b>	<b>10,4</b>

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Tra il personale di area comparto, riveste funzione di responsabilità di tipo gestionale o professionale il 13 % della totalità del personale (3% posizioni organizzative, 10,4% funzioni di coordinamento).

Al personale del ruolo amministrativo sono affidate funzioni di posizione organizzativa per una percentuale del 9% della totalità di personale amministrativo in organico, mentre, per il personale del ruolo tecnico, rivestono incarichi di coordinamento o posizione organizzativa l'8% della totalità del personale del ruolo tecnico.

Nel corso dell'anno sono state attivate e concluse le procedure di verifica riguardo all'attività del personale titolare di incarico di posizione organizzativa al 31/12/2007 e per il personale titolare di funzioni di coordinamento al 31/12/2006, la conclusione di queste procedure ha portato alla conferma di tutti gli incarichi sottoposti a verifica.

### Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze

Anche nel corso del 2007 l'Azienda ha continuato a mantenere focalizzata l'attenzione sul versante del dialogo con le organizzazioni collettive di rappresentanza dei lavoratori, a testimonianza della considerazione che nutre per questo strumento privilegiato di relazione con gli interessi di una delle più importanti componenti del proprio capitale, quella personalistica delle risorse umane.

La contrattazione aziendale ha riconfermato il suo ruolo di principale fonte di regolazione dei rapporti di lavoro e, al contempo, di essenziale meccanismo di adattamento di norme generali alle situazioni di lavoro locali. Col progressivo rafforzamento delle logiche gestionali, le relazioni sindacali sono state improntate ad una chiara definizione dei ruoli espressi dagli attori coinvolti nella determinazione delle politiche del personale e nelle responsabilità di gestione: il vertice aziendale con la sua funzione di indirizzo e di presidio delle coerenze tra le strategie dell'azienda e le politiche del personale e le rappresentanze sindacali svolgendo un ruolo particolarmente importante, data la rilevanza della contrattazione integrativa aziendale.

Attraverso un anno di lavoro molto intenso, si è rafforzata la consapevolezza che un sempre maggiore ricorso a forme evolute di partecipazione e confronto riesce spesso a far emergere soluzioni innovative in grado di offrire risposte qualificate e soddisfacenti alle numerose problematiche, spesso caratterizzate da notevole complessità, che costellano la quotidiana vita organizzativa di un'azienda sanitaria.

L'Azienda, scegliendo come stabile riferimento la strada di una corretta dialettica orientata alla promozione del valore e dello sviluppo delle proprie risorse umane, ha non solo conseguito l'obiettivo di tendere a comporre armonicamente situazioni di interessi contrapposti, ma ha dimostrato di volersi impegnare a fondo allo scopo di forgiare relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi, piuttosto che imposti in modo unilaterale.

L'attività sui tre tradizionali tavoli di confronto (dirigenza medico-veterinaria; dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e personale del comparto) ha affrontato una cospicua mole di temi critici e fattori complessi che in larga parte hanno così potuto trovare una definizione convergente ed approvata in comune.

#### Area Comparto

La contrattazione 2007 per l'ambito relativo ai dipendenti dell'area comparto ha affrontato la conclusione operativa e destinazione dei Fondi necessari all'applicazione di alcune parti dell'accordo aziendale 2006 relativo a: riqualificazione del personale, passaggi verticali personale sanitario, pronte disponibilità, emergenza estiva, accordo sulla incentivazione alla produttività. Le parti hanno concluso con questo accordo un percorso

intrapreso dopo la stipula del CCNL 2005, concordando percorsi di sviluppo sia professionali sia economici per alcune centinaia di operatori.

L'altro grande tema affrontato ha riguardato il processo di stabilizzazione del personale precario, conclusosi con un Accordo che prevede, nell'arco del triennio 2007/2009 la stabilizzazione di 41 operatori.

#### Aree Dirigenziali

Nelle aree Dirigenziali uno dei principali ambiti di contrattazione ed accordo è stata la graduazione degli incarichi di posizione dei dirigenti dei quattro ambiti contrattuali: Medici, Veterinari, Sanitari, Tecnici/Prof.li/Amministrativi. Le risorse disponibili sui fondi di posizione sono servite a finanziare il riconoscimento soprattutto a coloro che ricoprono incarichi di alta specializzazione e di direzione di struttura semplice. Questo accordo è stato infatti il naturale sviluppo del lavoro svolto nel 2005/2006, di individuazione dei livelli intermedi di responsabilità e di alta specializzazione, con l'attribuzione di circa 60 nuovi incarichi.

Altro argomento che ha completato il quadro relativo agli incarichi di dirigente e alla sua valutazione, è stato l'approvazione dei due regolamenti riguardanti il funzionamento ed i compiti del Nucleo di Valutazione e quello riguardante le linee operative, il funzionamento ed i compiti dei Collegi Tecnici.

#### Atto Aziendale

Nella parte finale dell'anno la bozza dell'Atto Aziendale è stata presentata e discussa con le OO.SS. sia Dirigenziali che di Comparto. Il confronto ha consentito all'Azienda di raccogliere suggerimenti, richieste di modifiche, chiarimenti, che hanno portato a meglio precisare alcune parti dell'Atto che vedrà comunque di nuovo le parti confrontarsi su diversi Regolamenti di attuazione.

#### Promozione e tutela del benessere dei dipendenti

In ordine ad iniziative intraprese nello specifico ambito di promozione e tutela della salute delle persone che operano in Azienda contro gli eventi epidemici caratterizzanti la stagione invernale, l'Azienda USL di Parma, tramite i propri medici competenti e le caposala dei reparti ospedalieri, ha dato impulso all'offerta gratuita della vaccinazione antinfluenzale indirizzata al personale sanitario e al personale tecnico e amministrativo.

Per accedere alla vaccinazione sono stati previsti percorsi preferenziali con presenza del medico aziendale e sono stati stabiliti nel territorio aziendale diversi punti ambulatoriali ove poter effettuare la vaccinazione, in modo da costituire una rete capillare per favorire il più ampio accesso dei dipendenti all'iniziativa di prevenzione.

Attenzione è stata pure riservata a consentire agli operatori aziendali una vasta fruizione del servizio sostitutivo di mensa tramite il mantenimento di un'estesa disposizione di punti erogatori, dislocati in modo da assicurare una confacente copertura dell'ambito territoriale per consentire un diffuso utilizzo di tale necessaria facoltà da parte degli aventi diritto.

## Accordi sindacali anno 2007

Nel corso dell'anno 2007 sono stati raggiunti gli accordi sindacali di seguito menzionati e suddivisi per area negoziale.

### AREA COMPARTO

1. Regolamento "criteri e procedure per l'affidamento degli incarichi di coordinamento" (del 25/01/2007);
2. Accordo sulle modalità di individuazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e modalità di espletamento delle funzioni ad essi attribuite (del 17/04/2007);
3. Accordo relativo all'emergenza assistenziale - periodo estivo 01/06/07-30/09/07 (del 14/06/2007);
4. Verbale di accordo tra Azienda USL di Parma e OO.SS./RSU in applicazione del verbale siglato in data 29/05/2006 (del 21/06/2007) in ordine ai seguenti argomenti:
  - Passaggio personale sanitario da Cat. D a Cat. Ds;
  - Operatori sportello unico;
  - Riqualificazione personale amministrativo e personale tecnico;
  - Mobilità - servizi a valenza aziendale;
  - Stabilizzazione lavoro precario;
  - Fondi contrattuali e incentivazione;
  - Pronta disponibilità oltre le 6.
5. Verbale di accordo incentivazione della produttività 2007 (21/06/2007);
6. Accordo aziendale per la stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda USL di Parma (del 03/08/2007);

### AREA DIRIGENZA

1. Accordo tra Azienda USL di Parma e OO.SS. della dirigenza sanitaria sul progetto di contenimento della spesa farmaceutica per gli anni 2006-2007 - 13/01/2007;
2. Proposta graduazione di retribuzione di posizione (medici a rapp. esclusivo) - del 07/02/2007; Area Comparto che sarà approvato dalla regione entro il mese di marzo.
3. Linee applicative e gestione organizzativa della verifica e valutazione annuale dei dirigenti effettuata dal Nucleo di Valutazione - del 15/05/2007;
4. Linee operative e procedura della verifica e valutazione dei dirigenti effettuata dal Collegio Tecnico - del 31/05/2007;
5. Verbale di intesa per turni di pronta disponibilità aggiuntive oltre le 10 - del 31/05/2007;
6. Verbale di intesa tra AUSL e OO.SS. Dirigenza Area Tecn./Prof./Amm. in ordine al salario di posizione aziendale, ad integrazione dell'accordo stipulato in data 15.06.2006 - del 13/09/2007;
7. Verbale incontro AUSL e OO.SS. Dirigenza per presentazione bozza del nuovo Atto Aziendale e ag-giornamenti relativi a nuova sede SERT - del 10/12/2007.

## Il Piano Aziendale di Formazione



Il Piano Aziendale di Formazione (PAF) ha costituito il principale documento programmatico elaborato dal Collegio di Direzione e scaturito da un'attenta analisi del fabbisogno delle articolazioni sia territoriali che ospedaliere. Il PAF ha infatti rappresentato una linea guida, uno strumento di supporto strategico ad un cambiamento organizzativo che rispetti le caratteristiche della continuità e della quotidianità, e da un punto di vista amministrativo, un documento che da un lato si è intrecciato con il sistema di accreditamento delle strutture sanitarie e con i processi a garanzia dell'omogenea applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e del miglioramento del governo clinico, e, dall'altro, ha tenuto conto delle esigenze formative individuali.

La tendenza ad organizzare l'attività aziendale per progetti, caratteristica sempre più diffusa nelle Aziende moderne, ha connotato l'attività formativa 2007, investendo in particolare su tale metodologia di lavoro concretizzata nel "Progetto Ponte".

Il "Progetto Ponte" è uno strumento metodologico, un "contenitore di contenitori" a supporto dello sviluppo trasversale dell'Azienda e, in quanto tale, applicabile a tutti i progetti strategici e coerenti con il Piano delle Azioni, nel rispetto della Mission e della Vision aziendali.

Gli obiettivi formativi strategici proposti dall'Azienda per l'Anno 2007 sono stati definiti come di seguito:

- coinvolgimento di tutto il personale verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- crescita professionale di ciascun dipendente in un'ottica che miri parallelamente all'apprendimento individuale ed organizzativo;
- clima di sensibilizzazione all'integrazione sociale e sanitaria.

Gli indirizzi strategici hanno tenuto in considerazione il mantenimento ed il miglioramento delle competenze professionali specifiche, delle abilità tecniche, manageriali, dei comportamenti degli operatori, nonché lo sviluppo di processi, progetti e modelli coerenti con il Piano delle Azioni, con le criticità emergenti, con la revisione organizzativa.

Sono stati accreditati presso la Commissione Regionale ECM 196 eventi formativi residenziali, nonché 63 eventi di formazione sul campo, con un incremento del 25% rispetto a quelli dell'anno precedente, per un totale di circa 45.000 ore di formazione.

Sono state inoltre realizzate numerose iniziative non accreditate rivolte al personale amministrativo, a cui è

stato dedicato per la prima volta un apposito budget. L'Azienda nel 2007 ha ancora incrementato l'offerta formativa allargata ai professionisti che partecipano alla definizione dei livelli assistenziali, in un crescente coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Farmacisti.

Alcuni percorsi formativi si sono differenziati dagli altri per caratteristiche di innovazione, importanza dei contenuti e ricaduta organizzativa. Tra quelli di maggiore rilievo si ritiene utile citare i seguenti:

*"il ruolo e l'autonomia della dirigenza medica e sanitaria nel S.S.N."*

L'Azienda, con il coinvolgimento delle macro-articolazioni aziendali ed i Dipartimenti, ha intrapreso un percorso teso ad individuare all'interno di ciascun Distretto e Presidio Ospedaliero, le Strutture Semplici e gli incarichi professionali ad elevata specializzazione, discussi ed approvati in Collegio di Direzione e concertati con le Organizzazioni Sindacali, concludendosi con il recepimento di Accordi con le Parti sociali e la contestuale approvazione del Regolamento concernente criteri e procedure per il conferimento degli incarichi dirigenziali medesimi. In ragione del principio di trasparenza e del criterio di informazione, l'Azienda ha organizzato un'intera giornata seminariale di approfondimento del ruolo della Dirigenza, nel binomio autonomia/responsabilità, delle scelte aziendali che hanno guidato il completamento organizzativo delle Strutture Sanitarie, nonché delle esperienze dirette dei professionisti coinvolti.

*"Giornate di approfondimento e discussione delle linee guida regionali per la formulazione del nuovo atto aziendale"*

L'Azienda ha avviato nel 2007 l'attività di elaborazione del nuovo Atto Aziendale, attraverso un percorso volto ad assicurare la partecipazione degli operatori, coerentemente con i principi della Legge Regionale n. 24/2004 sulla valorizzazione delle risorse umane e professionali e di partecipazione e coinvolgimento nei processi decisionali. Sono state organizzate 5 giornate formative di approfondimento e discussione delle Linee Guida Regionali predisposte per l'elaborazione dell'Atto Aziendale, che hanno registrato un coinvolgimento di circa 300 operatori, oltre agli incontri di confronto con le rappresentanze sindacali dei lavoratori.

*"La responsabilità professionale infermieristica"*

È stato organizzato un seminario, replicato in più edizioni, in considerazione delle richieste, che si è proposto di approfondire il tema della responsabilità professionale degli infermieri attraverso l'analisi di un caso emblematico oggetto di una sentenza penale, rappresentato in forma dibattimentale. È stata particolarmente apprezzata la metodologia didattica ritenuta stimolante e coinvolgente.

*"La malattia di Alzheimer: gli aspetti clinici e l'alleanza terapeutica"*

In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer, l'Azienda ha organizzato un convegno con l'obiettivo di analizzare gli aspetti clinici ed assistenziali dei percorsi di cura rivolto ai soggetti affetti da demenza, fenomeno sempre più di impatto sociale, identificando quale ele-

mento nodale dell'intervento l'alleanza terapeutica fra i vari attori implicati. In considerazione dello spessore dei relatori, ne è uscito un quadro di un ottimo esempio di integrazione socio-sanitaria.

*"I progetti formativi con metodologia Ponte"*

Il Progetto Accoglienza dedicato al personale impegnato negli Sportelli Unici, vuole offrire strumenti al personale per gestire efficacemente le relazioni professionali implicite nel proprio ruolo.

È dedicato anche ai medici ed allo Staff di Commissione per l'Invalidità Civile, con la finalità di ristrutturare il proprio ruolo in uno scenario organizzativo in continuo sviluppo e che richiede elasticità per informare e ridefinire la propria motivazione ed appartenenza alle nuove richieste aziendali.

Nell'ambito dell'aggiornamento professionale si segnala: "Interpretare e gestire in modo dinamico il ruolo di posizione organizzativa in un contesto che cambia". L'iniziativa, che ha visto coinvolti circa 30 dipendenti, ha analizzato il contesto del ruolo dei titolari di posizione organizzativa, con l'intento di sviluppare le capacità proprie del ruolo.

Ottimo sistema di divulgazione interno ed esterno è stata la pubblicazione degli eventi sulla rete intranet, nel sito web [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it), nel sito "Saluter".

Nella logica della valorizzazione e della diffusione dell'informazione scientifica quale insostituibile strumento di potenziamento della formazione e dell'aggiornamento professionale degli operatori sanitari, l'Azienda USL di Parma ha stipulato una Convenzione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma per garantire ai propri dipendenti non solo l'accesso all'informazione scientifica ma anche un adeguato supporto per l'apprendimento delle tecniche di ricerca bibliografica.

I servizi previsti comprendono: attivazione di un servizio di document delivery attraverso modulo elettronico personalizzato che consenta la richiesta diretta di articoli di biblioteca da parte del singolo utente; accesso alle banche dati secondarie Cochrane Library e Clinical Evidence; ricerche bibliografiche su banche dati specialistiche a richiesta di singoli utenti; corsi di formazione per l'apprendimento della tecnica di ricerca sulla biblioteca medica; accesso alla biblioteca ed alle postazioni multimediali della biblioteca stessa.

La Convenzione ha pure consentito la realizzazione di corsi di formazione, che saranno ripetuti nel 2007, riservati sia al personale dirigente che di comparto, sulla ricerca delle evidenze nella letteratura biomedica che di guida all'uso delle risorse bibliografiche nel web.

### **Collaborazioni con altri Enti di Formazione Provinciali**

Sono state avviate, e si sono consolidate, collaborazioni con il Consorzio Forma Futuro, IAL Emilia Romagna, Cessvip, Enaip per potenziare un'offerta formativa determinata da un'integrazione di competenze socio-sanitarie, cui l'Azienda risponde attraverso una presenza di coordinamento sanitario rivolto ad una prima formazione di Operatori Socio-Sanitari.





# 5

## Sezione

### **Sistemi di relazione e strumenti di comunicazione**

Questa Sezione del documento è finalizzata ad illustrare gli interventi e le azioni intraprese dall'azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni sia con i soggetti interni, sia con i soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali ed istituzionali). L'obiettivo informativo specifico è dunque quello di fornire un quadro delle iniziative e degli interventi posti in essere dall'azienda in relazione ad un insieme di aspetti a così alta valenza strategica. In essa vengono individuati ambiti distinti, ciascuno dei quali riferito ad uno specifico "contesto comunicazionale":

1. Ruolo e strategia comunicativa;
2. La comunicazione per l'accesso ai servizi;
3. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza;
4. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità;
5. La comunicazione interna aziendale;
6. L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni.



### Ruolo e strategia comunicativa

In un'Azienda Sanitaria il tema degli strumenti di comunicazione e dei modelli relazionali è centrale per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi rivolti ai cittadini, nonché per accrescere l'incisività di questi ultimi (sia in forma singola che attraverso forme istituzionali ed associative) sulle scelte delle politiche per la salute.

La comunicazione migliora il rapporto con l'utenza valorizzando il cittadino coi suoi bisogni e le sue aspettative all'interno delle strutture sanitarie. Il cittadino diviene un soggetto attivo con diritti inviolabili (partecipazione, accesso, informazione, trasparenza, tutela): solo attraverso una comunicazione che ne favorisca l'ascolto in modo organizzato, si realizzerà un'efficace azione sanitaria, nonché il raggiungimento degli obiettivi di salute. Il ruolo strategico che la comunicazione deve avere, in un contesto ampio come quello della provincia di Parma, riflette l'esigenza di migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi nell'universalità ed equità di accesso ai servizi mediante una chiara e completa informazione ai cittadini in duplice prospettiva:

- da un lato l'azione comunicativa deve garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie, promuovendo la salute nei contesti della programmazione negoziata che vede attori attivi i professionisti della salute, i cittadini e le istituzioni;
- dall'altro, la capacità di lettura del bisogno e l'orientamento delle azioni per la salute deve maturare attraverso la sensibilità d'ascolto dei professionisti e dell'Azienda valorizzando suggerimenti (feedback) provenienti dall'esterno.

Chiaramente, una dimensione relazionale di reciprocità, implica lo sviluppo di molteplici strumenti di comunicazione, in particolare quelli interattivi e quelli basati sulle tecnologie multimediali.

Sul versante della programmazione negoziata ed in piena attuazione delle indicazioni contenute nella L.R. 29/2004, la comunicazione vede una diversa circolarità: se da un lato i temi della programmazione sanitaria trovano ambiti di condivisione e diffusione nei contesti negoziali delle articolazioni distrettuali, dall'altro si sta affermando, per la promozione dei temi relativi alla salute e agli stili di vita sani, un concetto di comunicazione nella rete civica interistituzionale non centrata soltanto sugli aspetti sanitari. In questa visione strategica allargata della dimensione comunicativa è quindi chiaro che l'Azienda deve dare diffusione ad alcuni ambiti specifici:

- la promozione di stili di vita, atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute;
- la promozione di un efficace ed efficiente utilizzo dei servizi sanitari che non si limiti alle informazioni relative all'accesso, ma crei i presupposti, fra tutti gli attori della rete, per una fruizione appropriata.

La Vision strategica aziendale è orientata all'adeguatezza e alla qualità dei servizi offerti, alla valorizzazione del proprio patrimonio professionale, di esperienza e di competenza, rappresentato dai suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

In ambito aziendale l'Ufficio Comunicazione è quindi il perno di una rete di informazione e di ascolto che deve tendere in forma coordinata ed integrata al miglioramento continuo dei servizi. In questo senso le interazioni comunicative tra organizzazione sanitaria e utenza influenzano le azioni operative definite annualmente nel Piano Aziendale di Comunicazione.

Per ciò che concerne il versante della comunicazione interna, si è riscontrato un miglioramento degli strumenti di diffusione delle scelte organizzative e gestionali, nella consapevolezza che solo tale processo favorisce la qualità del clima organizzativo e, di conseguenza, dell'assistenza.

Il Piano di Comunicazione Aziendale, approvato dal Collegio di Direzione, ha definito come obiettivo qualificante la ricerca di sinergie e modalità di lavoro integrate per ottimizzare l'attività di strutture ed operatori, che si occupano di informazione e comunicazione che investa sulle persone, sulle loro capacità e potenzialità comunicative, per una crescita della comunicazione interna ed esterna, confacente alla complessità organizzativa aziendale ed alle caratteristiche del territorio.

Ciò ha portato ad una più puntuale definizione dei compiti delle strutture professionali dedicate alle attività di informazione e comunicazione.

L'ascolto, sia interno che esterno all'Azienda, coglie le criticità e diviene centrale per verificare qualità e capacità di risposta dei servizi; solo una rete aziendale che sappia relazionare comunicazione e ascolto può diffondere la conoscenza dei servizi e l'apprezzamento delle proprie attività.

### La comunicazione per l'accesso ai servizi

Il contesto della comunicazione per l'accesso ai servizi richiede molta attenzione; in esso si stanno consolidando strategie di empowerment della popolazione e di corresponsabilizzazione del cittadino-utente nella gestione della propria salute, tanto da influenzare scelte programmatiche e gestionali, anche attraverso i tavoli della programmazione provinciale. La comunicazione serve a far conoscere i servizi, accoglie ed orienta l'utenza, garantisce l'informazione sui percorsi, ascolta l'utente, permette la valutazione dei servizi. Solo un cittadino adeguatamente informato, ove prevalgano i principi di leggibilità e chiarezza espositiva, utilizza al meglio i servizi sanitari di cui necessita. In questo ambito la comunicazione per l'accesso ai servizi si sviluppa, da un lato nella crescita delle funzioni di coordinamento e di collegamento con il cittadino-utente per la condivisione della programmazione, dall'altro nello sviluppo di strumenti informativi capaci di cogliere le necessità dell'utenza.

## I meccanismi di coordinamento

Il filone centrale dei meccanismi di coordinamento nell'azione comunicativa aziendale ha trovato un'importante consolidamento sul versante delle relazioni con i Comitati Consultivi Misti e con gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP). L'impegno reciproco con i Comitati Consultivi Misti ha consentito di creare una forte condivisione sulle progettualità relative alle scelte organizzative ed una grande attenzione ai temi relativi alla promozione della salute, e al miglioramento dei percorsi di accesso per i cittadini. In questo quadro di collaborazione, oltre alle riunioni distrettuali, si segnalano: la prosecuzione degli incontri a Parma e su tutto il territorio provinciale sul tema dell'appropriato utilizzo dei farmaci; la revisione della cartellonistica, i progetti formativi per gli operatori del front-office, la somministrazione di questionari, la Carta dei Servizi. D'altra parte anche l'azione di coordinamento degli Uffici Relazioni col Pubblico ha consentito di promuovere un'immagine unitaria dell'Azienda, accrescendone la visibilità e la trasparenza, con l'obiettivo di favorire una comunicazione efficace. Gli URP infatti si sono occupati di favorire l'informazione, la partecipazione, la tutela dei diritti dei cittadini, attivando percorsi per la gestione dei reclami e potenziando le iniziative di miglioramento del sistema attraverso la rilevazione della qualità percepita.

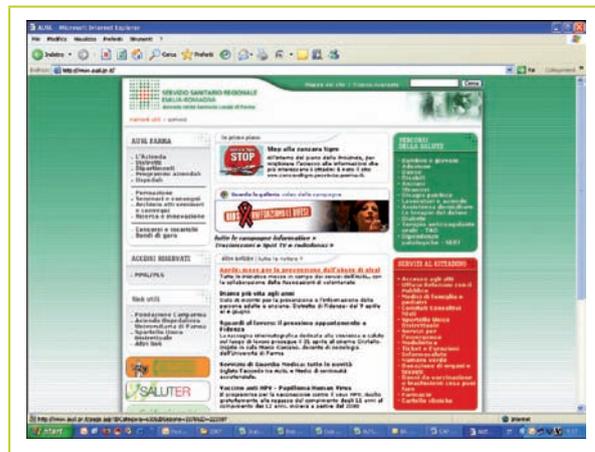
## Gli strumenti per l'accesso

La produzione informativa aziendale per la garanzia dell'accessibilità è stata caratterizzata da un rafforzamento degli strumenti rivolti al cittadino, sia sul versante tradizionale della produzione di documentazione, sia soprattutto sul versante dei servizi web. Si colloca in questa direzione la rete dei canali informativi on-line che hanno trovato il punto di sintesi e convergenza nel rinnovato sito aziendale. Nell'ottica di facilitare l'accesso ai servizi e raggiungere un sempre maggior numero di cittadini, l'attività di informazione-comunicazione ha dato nuovo impulso al sito web aziendale [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it). Al riguardo, oltre alla fase di armonizzazione/aggiornamento costante dei contenuti già presenti nel sito, sono state realizzate macro-sezioni su diversi temi. Tra questi si segnalano: Ricerca e Innovazione, Farmaci, Gestione Integrata del Diabete per la prevenzione delle complicanze, PAL 2005/2007 (azioni e monitoraggio della sua realizzazione).

## Lo sviluppo del sito Internet

Il sito ha consolidato le sue attività dopo la totale revisione, sotto il profilo informatico, avvenuta l'anno precedente ai fini di implementare un prodotto con moderne potenzialità in grado di agevolare il dialogo interattivo con il cittadino. I dati del 2007, riguardanti gli accessi alle pagine del sito dell'Azienda USL, mostrano un elevato gradimento degli utenti: è significativo il numero di pagine viste, 1.981.625 (accessi alle singole pagine) e di visite, 374.596 (tutte le pagine visitate da un utente

durante la sua permanenza sul sito). Rispetto al 2006 i valori mostrano un sensibile incremento, confermando l'accresciuto gradimento degli utenti rispetto al sito e anche le richieste che pervengono tramite lo "Scrivici" sono in costante aumento.



Ricordiamo il bimestrale di informazione sui farmaci "Farmanotizie" visibile sul sito web nella parte riservata ai Medici di Famiglia e Pediatri Libera Scelta e inviata via e-mail attraverso i Dipartimenti di Cure Primarie.



## Il consolidamento e lo sviluppo dei progetti informativi on-line

### Sito web "Informarsi è Formarsi"

La Rete dei Servizi provinciali, aziendali ed ausiliari, che fa riferimento al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Parma, ha attivato un sito web per la formazione come strumento a favore delle opportunità informative, formative e di comunicazione degli operatori della Rete dei Servizi. Tale strumento vuole essere innanzitutto uno spazio che permetta alle diverse parti del sistema dei servizi di comunicare tra loro. Si pone come un mezzo per facilitare la memoria

e l'auto-osservazione di ciò che l'équipe formazione e la rete dei servizi hanno costruito e vanno costruendo negli anni. L'intento è di far crescere la consapevolezza e le possibilità di confronto con gli altri attori del sistema. Il progetto è stato co-finanziato dalla Regione Emilia Romagna in quanto Progetto di Modernizzazione.

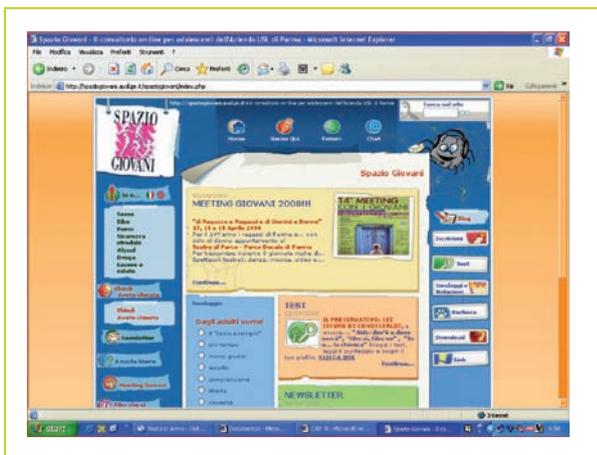


## Il sito dello Spazio Giovani

In un'altra sottosezione del sito aziendale è possibile accedere alle informazioni e ai servizi offerti dallo Spazio Giovani: Consultorio dell'AUSL di Parma riservato agli adolescenti.

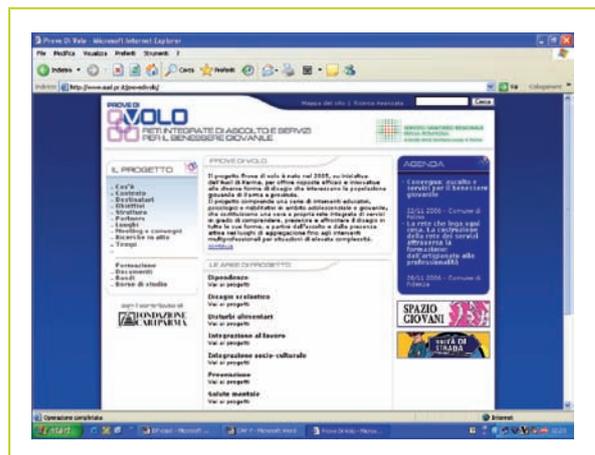
Le informazioni che si possono reperire riguardano in particolare le consulenze specialistiche sui temi dell'affettività, sul rapporto con genitori e pari, su sessualità, contraccezione e gravidanza fornendo anche specificazioni per l'accesso ai servizi.

Un'iniziativa che viene ampiamente descritta è quella relativa al Meeting annuale dei giovani: momento di incontro e di riflessione sui temi importanti del mondo giovanile e momento di condivisione culturale.



## Il Progetto Prove di Volo

In una sottosezione del sito aziendale <http://www.ausl.pr.it/provedivolo> è possibile accedere all'evoluzione delle informazioni del Progetto Prove di Volo, che si pone l'obiettivo di offrire risposte efficaci e innovative alle diverse forme di disagio che interessano la popolazione giovanile di Parma e provincia.



## I servizi di Sportello Unico

Attraverso il sito aziendale si può accedere (link utili) alla sottosezione autonoma dello Sportello Unico Distrettuale. Tale portale web, costantemente aggiornato, consente ai cittadini e agli operatori di disporre di informazioni sugli orari, sulle sedi e sulle modalità per l'accesso ai servizi di Sportello Unico. E' presente anche un'area riservata agli ambulatori per scaricare modulistica e certificazioni utili agli utenti al momento dell'accesso ambulatoriale.



## Saluter

Si è data continuità alla collaborazione che l'AUSL di Parma realizza nell'aggiornamento della parte dinamica del portale regionale Saluter con le informazioni aziendali: notizie, appuntamenti, e nella redazione delle sezioni "in esclusiva per", con particolare riferimento all'area riservata agli operatori sanitari. È attivo anche il collegamento con il sito internet dell'Azienda, non solo dal punto di vista informatico, ma anche sul piano dell'impostazione logica e dei contenuti.

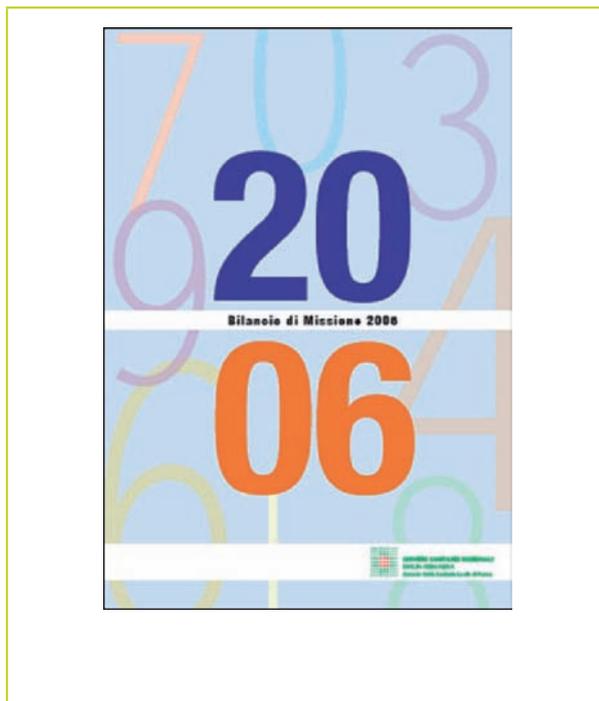
## La rassegna delle documentazioni e delle pubblicazioni

### La carta dei servizi, le guide informative, i pieghevoli e le brochures

Sul versante della produzione degli strumenti di comunicazione l'Azienda ha cercato di privilegiare quelli utili a favorire l'accesso ai servizi. In questa direzione, oltre a guide e pieghevoli, sono state realizzate anche locandine informative, distribuite nei vari punti di accesso ai servizi sanitari e presso gli Studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

E' stato completato il percorso di partecipazione intrapreso per la redazione della Carta dei Servizi ed è iniziato il percorso per la stesura delle Guide Distrettuali ed opuscoli ad hoc, che diventeranno parte integrante della Carta stessa. Le guide avranno uguali contenuti e formati in tutti i Distretti.

Un'importante rilevanza è stata data alla pubblicazione "Il Bilancio di Missione dell'AUSL di Parma. Anno 2006" divulgato all'interno e all'esterno, con una giornata di approfondimento e la successiva pubblicazione sul sito aziendale.



Sinteticamente si segnalano le altre iniziative e pubblicazioni principali:

- è stata realizzata una raccolta annuale di tutti gli "Informasalute" pubblicati nel 2007, in una rassegna che contiene anche una guida pratica con riferimenti, consigli, numeri e indirizzi;
- sono state predisposte locandine informative sui temi della salute, fra cui si segnala quella realizzata per la giornata mondiale del Diabete tradotta in varie lingue;
- nell'ambito del "Progetto di promozione della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, a partire dai banchi di



- scuola" si è tenuta la sottoscrizione del protocollo di intesa e l'avvio del concorso per l'iniziativa "Un patentino per la sicurezza". L'evento promosso da Inail, AUSL, Provincia, Comune di Parma e Ufficio Scolastico Provinciale, è stato rivolto agli alunni delle scuole elementari, medie e superiori, per divulgare la cultura della sicurezza nei luoghi di vita e, in particolare, di lavoro;
- si segnala l'evento "Fidenza: Ospedale aperto" che ha realizzato una settimana di iniziative, incontri, visite gratuite ed un pomeriggio di festa alla scoperta dei servizi dell'Ospedale per la salute;



- si è inoltre consolidata la produzione documentale (pieghevoli, locandine, brochures, cd) che ha accompagnato eventi, convegni, inaugurazioni, anche attraverso la pubblicazione di atti e documenti sul sito aziendale.



### La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza trova una sua importante collocazione nelle interazioni messe in atto dai cittadini (anche attraverso le proprie rappresentanze) per poter attuare scelte consapevoli.

In questa direzione l'Azienda è impegnata a mettere in campo azioni informative per orientare l'accesso ai servizi e alle prestazioni con correttezza ed appropriatezza, a seconda del bisogno sociosanitario espresso. I temi forti delle azioni informative riguardano lo sviluppo di comunicazioni tra medico di famiglia e strutture sanitarie per il miglioramento dei percorsi di cura (Progetto SOLE), la disponibilità di informazioni e modulistiche per la semplificazione degli accessi, le potenzialità offerte agli attori del sistema dall'implementazione della banca dati del Numero Verde Regionale.

#### L'informazione al momento dell'accesso

Lo sviluppo del sistema di comunicazione verso l'utenza ha trovato piena concordanza con l'evoluzione del quadro normativo nazionale con particolare riferimento alla tutela dei diritti dei cittadini.

L'applicazione delle normative relative alla semplificazione amministrativa (DPR 445/2000) e di accesso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (DGR 2142/2000) ha comportato la revisione della modulistica relativa all'accesso, alle certificazioni e alla refertazione. Tale modulistica è presente nei vari punti di accesso dell'utenza ed è scaricabile via web (sottosezione Sportello Unico).

#### Il consolidamento del Progetto SOLE

La rete informativa del Progetto SOLE è stata ulteriormente implementata nel corso del 2007. L'attività del Progetto SOLE infatti è stata fortemente rivolta alla risoluzione dei problemi tecnici e successivamente all'estensione del numero di medici collegati e dei servizi attivi sul territorio.

In particolare sono stati effettuati una serie di incontri mirati, di carattere divulgativo e formativo, con gruppi di medici finalizzati allo sviluppo del Progetto attraverso la condivisione dei processi e la valutazione degli stati di avanzamento. Ai Medici di Medicina Generale attivati sono stati erogati otto moduli di formazione, allo scopo di approfondire le funzionalità di cartella clinica utilizzate in SOLE, con il coinvolgimento di ottanta professionisti e quindici operatori ausiliari (infermiere e segretarie).

E' stato implementato presso l'Azienda un servizio chiamato "Punto di ascolto" al quale i MMG collegati in SOLE si possono rivolgere per segnalare problemi nell'utilizzo delle procedure software, avere chiarimenti sul funzionamento del progetto, chiedere suggerimenti tecnici per l'applicazione dei requisiti previsti dall'Accordo Regionale in relazione all'attivazione delle medicine di gruppo e di rete.

Lo sviluppo di questi servizi ed i momenti di confronto hanno ricalificato il dialogo tra Medici di Medicina Generale,

Pediatri di Libera Scelta, Medici specialisti, Aziende territoriali e ospedaliere ed i cittadini con il fine di favorire i percorsi diagnostico-terapeutici e l'accessibilità ai servizi sanitari.

#### Le potenzialità della banca dati del Numero Verde

L'Azienda ha continuato il lavoro di allineamento e omogeneizzazione della banca dati del Numero Verde Regionale: requisito fondamentale per poter fornire informazioni utili e precise ai cittadini. La banca dati regionale, alimentata da tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere, contiene informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali erogate dal Sistema Sanitario, costituisce la base informativa a supporto del servizio di informazione telefonica "Numero Verde 800 033 033", i cui dati di utilizzo da parte dei cittadini sono in costante aumento. La banca dati, quale riferimento informativo comune all'intero sistema, è centrale anche per gli URP dell'intera rete regionale e costituisce la base per il servizio on-line "Guida ai servizi - informazioni on line" accessibile tramite il portale regionale Saluter e il sito web aziendale.

### La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

La comunicazione in questa prospettiva mira alla definizione ed attuazione di modelli di educazione sanitaria con strategie preventive e di promozione della salute ad hoc, per la graduale modifica dei comportamenti e degli stili di vita. In questo ambito si possono collocare da un lato le attività comunicative rivolte agli utenti al fine di promuovere specifiche azioni di promozione della salute, dall'altro studi e valutazioni svolti (anche in maniera deduttiva) rispetto ai bisogni della popolazione (es. analisi della domanda e del case-mix).

#### Le progettualità con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

La Legge Regionale n. 29/2004 ha posto l'accento sul ruolo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella programmazione delle strategie e degli interventi, volti alla promozione della salute ed alla prevenzione con il supporto delle Aziende Sanitarie. In pratica gli enti locali sono promotori delle strategie e degli interventi finalizzati alla promozione della salute ed alla prevenzione.

In questa direzione le azioni di programmazione, sia sotto il profilo dell'innovazione sia sotto quello del consolidamento delle attività, sono state caratterizzate da momenti di comunicazione all'interno delle Aziende, nei confronti degli altri Enti e portatori di interesse.

In tal senso si collocano le fasi relative alla condivisione di progettualità sul tavolo provinciale della programmazione sociosanitaria e quelle di verifica dell'andamento dei Progetti relativi ai Piani per la Salute.

## La comunicazione e la programmazione negoziata in ambito distrettuale

I momenti di programmazione in ambito distrettuale, caratterizzati prevalentemente dalla definizione dei Piani delle Attività Territoriali e dei Piani di Zona, hanno visto come prima ricaduta la diffusione informativa nel contesto interistituzionale. È rilevante sottolineare come il processo di comunicazione nei suddetti ambiti territoriali possa essere un importante supporto alla condizione e all'attuazione dell'integrazione istituzionale e soprattutto professionale.

## La comunicazione e la prevenzione

È proseguita l'attività di informazione e di diffusione degli Screening oncologici in corso. Particolare rilevanza è stata data, in vari contesti informativi, alla campagna relativa allo screening del colon retto.

In riferimento alla comunicazione del rischio, si sottolinea l'impegno profuso nella realizzazione di due progetti, relativi al diabete e ai rischi cardiovascolari.

Al pari, è stata intensa la collaborazione con il gruppo regionale "Informazione e comunicazione in sanità", in particolare per quel che riguarda la campagna di vaccinazione antinfluenzale, la lotta alla zanzara tigre, la prevenzione all'AIDS, i programmi di screening, la donazione del sangue.

Grande attenzione è stata rivolta al tema della prevenzione degli infortuni sul lavoro. Sono stati realizzati sia incontri rivolti a settori di popolazione quali studenti, associazioni di lavoratori, professionisti del settore, sia articoli divulgativi sugli organi di stampa, con lo scopo di far conoscere l'entità e la portata di un fenomeno ormai divenuto un vero e proprio "problema di salute".

In relazione all'attività di prevenzione e lotta all'obesità in tutte le fasce di età, sono state realizzate iniziative di educazione alimentare presso le realtà scolastiche della provincia ed i Comitati degli Anziani.

## La comunicazione esterna per l'identificazione dell'Azienda

È stata data continuità al lavoro di potenziamento e di revisione dei sistemi di segnaletica aziendali. È continuato il lavoro di ricognizione della segnaletica esistente nelle principali sedi aziendali e di revisione, tenendo conto del processo di miglioramento dell'accoglienza (con particolare riferimento alla popolazione straniera).

## I rapporti con i mezzi di informazione

Il 2007 ha dato continuità allo sviluppo dell'attività di tipo giornalistico in linea con le normative su stampa, informazione, trasparenza e riservatezza.

Nell'ambito della informazione-comunicazione con i cittadini, si segnala la realizzazione dell'inserto "Informa salute", la raccolta di tutto il materiale prodotto nel corso del 2007, che ha consentito di realizzare una pra-

tica guida, con riferimenti, consigli, numeri e indirizzi, che può essere conservata e utilizzata all'occorrenza, divulgata insieme alla Gazzetta di Parma e a Polis Quotidiano, che ha raggiunto oltre 200.000 famiglie a Parma e provincia. L'inserto, inoltre, è stato distribuito a tutti i Medici di Famiglia ed è disponibile nelle principali sale d'attesa delle sedi aziendali.

È ripresa la produzione della rubrica "Informasalute", appuntamento quindicinale sempre il mercoledì sulla Gazzetta di Parma e il venerdì su Polis Quotidiano, con nuovi argomenti.

La rubrica "Informasalute" è continuata, altresì, sulle emittenti televisive locali: Tv Parma, Teleducato e Teletaro. È proseguita anche la realizzazione di spot televisivi, ai quali si è aggiunta la diffusione di spot radiofonici su Radio Parma.

## INFORMASALUTE: la linea editoriale per la stampa

Informasalute è la rubrica pubblicata il mercoledì (ogni 15 giorni) sulla Gazzetta di Parma, ed il venerdì (ogni 15 giorni) su Polis Quotidiano.

Su Polis viene pubblicato in alternanza un piè di pagina di Informasalute che riprende, per linee generali, i contenuti dell'articolo della rubrica.

Un'altra pagina è pubblicata mensilmente su Il Mese.

Sono state realizzate e pubblicate otto pagine sulla Gazzetta di Parma, otto pagine su Polis Quotidiano (con relativo piè di pagina) e dodici pagine su Il Mese. Questi spazi sono dedicati ai cittadini per presentare i servizi offerti in città e su tutto il territorio provinciale, anche con informazioni di dettaglio per sapere a chi rivolgersi e come accedere alle prestazioni offerte dall'Azienda USL di Parma. Tutte le pagine informative sono consultabili e scaricabili via web dal sito aziendale e dall'Intranet.

Gli argomenti trattati si rifanno essenzialmente a temi relativi a situazioni patologiche, ai percorsi di presa in carico per i pazienti cronici, alla sicurezza alimentare, alla prevenzione e agli aspetti di programmazione socio-sanitaria generale e specifica.

## Le trasmissioni con le televisioni locali

La gamma delle trasmissioni che vengono gestite attraverso le televisioni locali sono:

- Informasalute, sull'emittente televisiva locale TV PARMA: è una trasmissione quindicinale di 3 minuti in coda alle sei edizioni del Telegiornale del 1° e 3° giovedì del mese. Si è rivelata una risorsa preziosa per diffondere in modo tempestivo e sistematico le notizie di apertura di nuovi servizi, trasferimenti, nuovi orari, eventi importanti, ed ogni notizia utile per i cittadini. Non è mai il solo strumento che utilizziamo per dare una notizia, ma opportunamente coordinato con altri, rappresenta un appuntamento atteso dai cittadini di Parma e provincia. Nel corso del 2007 sono state realizzate n. 20 trasmissioni;
- Informasalute, sull'emittente televisiva locale Teleducato: si tratta di trasmissioni della durata di 15 minuti,

in onda (comprese le repliche) tutti i mercoledì e venerdì alle ore 19 circa. Un'ulteriore occasione di divulgazione delle attività della nostra Azienda e un'opportunità per far conoscere il volto degli operatori sanitari, promuovendo un'informazione sanitaria corretta e facilitando l'accesso ai servizi. Nel corso del 2007 sono state realizzate sedici trasmissioni;

- Spot da 30 secondi, in onda 7 volte al giorno, su TV Parma, nei giorni che separano la messa in onda delle trasmissioni, come supporto dell'argomento trattato. Sono stati realizzati quattordici spot.
- Trasmissioni sull'emittente televisiva RTA - Video Taro; spazio informativo in onda settimanalmente nel Distretto Valli Taro e Ceno. La trasmissione è particolarmente seguita dalla cittadinanza per la specificità locale. La durata è di circa 3 minuti nel TG serale.

Nell'ambito degli spazi di Informasalute su TV Parma e su Teleducato si è posta l'attenzione in particolare sui temi relativi alla prevenzione, alla telecardiologia, all'assistenza domiciliare, all'area del disagio psicologico (disturbi alimentari, depressione) e all'integrazione socio-sanitaria (Progetto Prove di Volo).

### I comunicati stampa

Il comunicato stampa rappresenta uno degli strumenti di informazione più diffusi, anche nella nostra Azienda. È redatto in modo accurato e chiaro; occorre infatti, parlare la stessa lingua dei lettori ai quali è rivolto, per evitare possibili interpretazioni falsate o allarmistiche. Nel corso del 2007 l'Ufficio Stampa ha realizzato 219 comunicati stampa, comprese le risposte ai cittadini che si rivolgono alla testata quotidiana locale "Gazzetta di Parma" nella rubrica "Lettere al Direttore".

### Le conferenze stampa

Nell'organizzazione complessiva dei rapporti sono state organizzate conferenze stampa in riferimento a specifici contesti comunicativi, che per la loro portata nei confronti della popolazione richiedevano un ampio ed articolato livello di diffusione. In relazione alle necessità di comunicare a specifici target viene curata la scelta dei relatori e dei materiali informativi per poter raggiungere in maniera chiara e tempestiva anche destinatari non addetti ai lavori. L'Ufficio Stampa nel corso del 2007 ha organizzato 24 conferenze stampa.

## La comunicazione interna aziendale

In parallelo alla comunicazione esterna, si è stato consolidato il sistema della comunicazione interna attraverso due direttrici:

- lo sviluppo di strumenti per la diffusione parcellizzata delle informazioni a tutti gli operatori, al fine di stabilire una forma di conoscenza ampia rispetto all'organizzazione e ai vari aspetti interni;
- la comunicazione tendente a favorire la riduzione

dell'incertezza e diffidenza per aspetti organizzativi non perfettamente conosciuti, anche attraverso progetti di qualificazione, informazione e formazione specifica. Nella fase operativa è stata data continuità all'uso di strumenti (Newsletter e Intranet) e sul versante comunicativo si è operato nella direzione della diffusione della programmazione aziendale e dell'accoglienza. Un ulteriore progetto di diffusione informativa è stato caratterizzato dall'avvio del servizio di accesso on-line a biblioteche scientifiche.

### La newsletter "Flash d'Azienda"

La newsletter "Flash d'Azienda" è un documento di sintesi che, mensilmente, viene redatto ed allegato al cedolino del personale dipendente. Rappresenta un importante veicolo di trasmissione delle informazioni soprattutto sulla programmazione e sulle altre notizie riguardanti il contesto sanitario aziendale e provinciale. La newsletter è presente anche nell'intranet aziendale. Al fine di valutare l'appropriatezza tecnica degli strumenti di comunicazione interna adottati, nonché l'efficacia e la qualità degli stessi, è stato realizzato un questionario per valutare la newsletter "Flash d'Azienda" e la rete intranet. Dal questionario è emerso che entrambi gli strumenti sono apprezzati e soprattutto utilizzati dal personale dipendente.



### La rete Intranet aziendale e la rassegna stampa

Il consolidamento dell'utilizzo della rete Intranet è stato confermato dal costante inserimento di notizie utili per consentire agli operatori di essere informati rispetto a documenti, atti deliberativi, convegni e seminari. In collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche e Telematiche, al fine di rendere ancora più ricca di informazioni e facilmente consultabile la Intranet, si è dato avvio ad un progetto di una "nuova rete Intranet". Si è consolidata la divulgazione della rassegna stampa on-line disponibile giornalmente nella rete intranet.

### L'accesso alle biblioteche on-line

Per rispondere ad esigenze sia formative che informative, è continuata la convenzione tra la nostra Azienda e l'Università degli Studi di Parma, per l'accesso del personale dipendente alla Biblioteca Centrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle sue risorse. I servizi previsti, che comprendono l'accesso alle banche dati Cochrane Library e Clinical Evidence, ricerche bibliografiche su banche dati specialistiche a richiesta dei singoli utenti, nonché l'accesso alle postazioni multimediali della biblioteca stessa, hanno visto un notevole incremento.

### L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

L'Azienda ha organizzato vari convegni sia in ambito provinciale che nelle sedi distrettuali. Il significato di questi momenti di confronto ed approfondimento si colloca nella direzione della socializzazione dei contenuti, con l'obiettivo di gestire e promuovere l'innovazione organizzativa ed il cambiamento culturale-istituzionale. Tali convegni non solo stimolano il confronto e l'approfondimento sulle tematiche trattate, ma rappresentano significativi momenti di comunicazione delle attività aziendali.

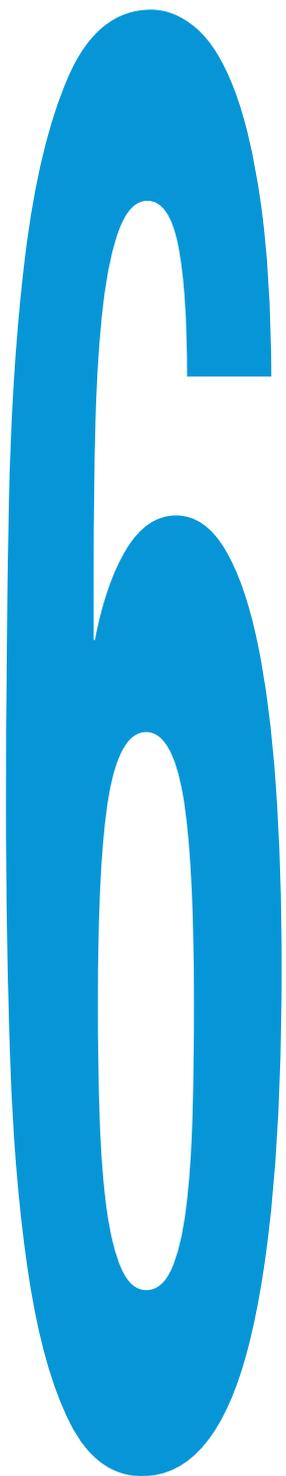
In particolare nel 2007, attraverso l'attività comunicativa, sono stati coinvolti i professionisti nella condivisione e nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, valorizzando la crescita professionale, l'integrazione sociale e sanitaria.

L'Azienda ha approfondito il ruolo della Dirigenza, tra autonomia e responsabilità, con il seminario di approfondimento "Il ruolo e l'autonomia della Dirigenza Medica e Sanitaria nel S.S.N.". Tra gli altri è stato organizzato un incontro sul tema della responsabilità professionale degli infermieri con processo "simulato" di cui sono state realizzate tre edizioni.

Sono state organizzate diverse giornate di approfondimento e discussione per l'elaborazione del nuovo Atto Aziendale, con il coinvolgimento degli operatori (sanitari, tecnici, amministrativi) dell'Area del Comparto e della Dirigenza, con momenti di confronto con le rappresentazioni sindacali dei lavoratori. Tutto ciò per valorizzare le risorse umane e professionali, a beneficio della partecipazione e del coinvolgimento dei professionisti nei processi decisionali. Fra le iniziative realizzate si segnala il convegno "La malattia di Alzheimer: gli aspetti clinici e l'alleanza terapeutica" per cogliere la valenza clinica ed assistenziale dei percorsi di cura finalizzati alle persone affette da demenza.







## Sezione

### Ricerca e innovazione

Questa sezione del documento è finalizzata ad illustrare le iniziative, gli interventi ed i progetti adottati dall'azienda per sviluppare condizioni favorevoli a ricerca ed innovazione. L'obiettivo informativo specifico è quello di presentare una panoramica delle azioni progettate e/o in corso di attuazione da parte dell'azienda su tematiche a fortissima valenza strategica.

In particolare sono illustrate le principali azioni attivate dall'azienda rispetto a:

1. Progetti di modernizzazione;
2. La Telemedicina;
3. Altri ambiti di ricerca e modernizzazione.



L'Azienda USL di Parma ha attivato la funzione di Ricerca e Innovazione nel corso del 2005. La finalità principale assegnata è quella di favorire, stimolare, promuovere iniziative di ricerca e sviluppare azioni innovative con l'intento di renderle applicabili all'attività ordinaria.

La funzione esercitata in staff alla Direzione Sanitaria viene espletata con il concorso dei Dipartimenti Aziendali Ospedalieri e Territoriali, sia nella fase di analisi ed individuazione degli ambiti oggetto di ricerca e innovazione, sia nella pianificazione degli interventi e nella valutazione dei risultati in rapporto agli obiettivi.

Le esperienze fin qui maturate si sono svolte sia in autonomia sia in collaborazione con partner pubblici (Azienda Ospedaliero-Universitaria, Regione, Provincia, Ministero della Salute) attraverso la realizzazione di programmi di promozione della salute mirati a diversi target con particolare attenzione alla realtà ospedaliera, ai percorsi di integrazione ospedale-territorio, all'ambito domiciliare, alla rete socio assistenziale.

Viene mantenuta la attiva partecipazione dell'Azienda al Programma Regionale Ricerca e Innovazione (PRI-ER) attraverso alcuni momenti di formazione specifica e la partecipazione al Coordinamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale anche attraverso il confronto con le altre Aziende. Le altre iniziative fin qui realizzate hanno avuto un'impronta di legame saldo con la specifica realtà territoriale cui facevano capo. Ciò ha comportato un forte riferimento al capitale sociale locale che ha dato ragione della loro originalità ed innovazione. La creazione di una infrastruttura denominata "Progetto Ponte: un progetto di integrazione aziendale" ha migliorato e rafforzato l'attività del settore. Il Progetto è un contenitore metodologico applicabile alle strategie della gestione per processi. Si è creata una infrastruttura professionale che attraverso la Formazione, la Ricerca, l'Accreditamento e l'Assistenza sappia governare processi di cambiamento significativo all'interno dell'organizzazione. Il Centro di coordinamento utilizza i professionisti provenienti dai singoli comparti aziendali per la creazione di un sistema di interrelazioni aperto ed approfondito su progetti di interesse aziendale. Si tratta in sostanza di un supporto di facilitazione e approccio al cambiamento secondo un modello che fa riferimento alla integrazione dei professionisti e al cambiamento culturale orientato ai processi più che alle prestazioni.

Sono stati avviati i seguenti progetti strategici:

- Sviluppo delle competenze in materia di Clinical Governance dei Direttori di Struttura Complessa Ospedaliera;
- Sviluppo del governo clinico aziendale con particolare riguardo alla Gestione del Rischio (delle patologie allergiche e rischio biologico);
- Implementazione e sviluppo dei processi finalizzati all'Accreditamento Istituzionale delle strutture afferenti all'AUSL di Parma.

Per ognuno di questi progetti è stata prevista un'analisi del contesto di partenza, la formulazione del progetto di miglioramento, la formazione del personale, l'applicazione di nuovi moduli organizzativi di lavoro, la verifica e ulteriori fasi di miglioramento progettuale.

Tutta la documentazione viene inserita in una Comunità di Pratica "Ponte" aziendale.

## Progetti di modernizzazione

In questa sezione sono annoverate le principali iniziative che hanno visto come partner istituzionale cofinanziatore la Regione Emilia Romagna attraverso i Bandi del Fondo di Modernizzazione e sono state realizzate autonomamente o in collaborazione con altre Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali dell'ambito regionale. Si ricordano:

- "La sperimentazione della Formazione a Distanza (FAD) nel Piano di Formazione Annuale" E' stato progettato e realizzato, secondo le modalità previste dalla metodologia FAD, un corso dedicato a 22 Medici di Medicina Generale sulla gestione ambulatoriale dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale. La realizzazione del progetto ha comportato l'adozione di una piattaforma informatica dedicata ed una stretta sinergia tra esperti di formazione aziendali e tecnici informatici consulenti. L'esperienza ha consentito di assicurare una formazione di qualità fruibile dagli ambulatori dei singoli discenti;
- "Day Service Ambulatoriale (DSA) integrazione e sviluppo di un nuovo modello organizzativo provinciale", nelle sedi operative di Borgotaro, Fidenza e Colorno. In quest'ultima è stato avviato l'uso della cartella informatizzata per alcuni percorsi diagnostico terapeutici;
- "Sperimentazione di percorsi integrati tra Comuni e AUSL per mantenere il disabile a domicilio", il progetto ha raggiunto il suo completamento attraverso l'individuazione di percorsi di facilitazione dedicati alla persona disabile ed alla famiglia, per favorire, ove desiderata, una permanenza sicura e protetta al proprio domicilio. Tale progetto, realizzato nel Distretto Sud Est, trova coesione con altri progetti finalizzati alla continuità assistenziale quali la piena messa a regime dell'offerta di servizi presso il Centro di Cure Progressive di Langhirano e la valutazione anticipata della fragilità nella popolazione anziana. Entrambe le esperienze si sono realizzate con la piena partecipazione dei Medici di Medicina Generale;
- Realizzazione di una logistica comune integrata tra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord per la selezione, acquisizione, gestione e somministrazione dei beni sanitari;
- Realizzazione di una rete territoriale di assistenza integrata dedicata ai cittadini stranieri residenti o temporaneamente soggiornanti; implementazione di un sistema di reportistica dell'attività erogata in regime ambulatoriale;
- Informazione e formazione continua mediante la costruzione di un sito web dedicato agli operatori delle reti dei servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Parma;
- Integrazione tra CSM e Consulenti Demenze per l'appropriatezza dei percorsi terapeutico-assistenziali dei soggetti affetti da demenza;
- Progetto di informatizzazione di alcune Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti del Distretto di Parma con collegamento al server aziendale per richiesta, monitoraggio consumi e costi di farmaci concedibili inseriti nel prontuario aziendale;
- Gestione delle vaccinazioni antinfluenzali nella provincia di Parma, mediante applicativo dedicato Open Source e informatizzazione degli ambulatori dedicati.

## La Telemedicina

È una progettualità che trova la sua origine negli ambiti montani della provincia; in particolare nelle comunità del Distretto di Borgotaro ed in fase iniziale anche in quella del Distretto Sud Est (Langhirano). La telemedicina ha trovato una sua messa a regime, specie per quanto attiene alla telecardiologia, nella rete delle strutture residenziali per anziani, nell' hospice e più di recente nella rete delle Cure Domiciliari del Distretto di Borgotaro. Tali strutture sono dotate di attrezzature collegate in via telematica con il reparto cardiologico del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro ove vengono assicurate le consulenze specialistiche. È grazie anche all'impegno concreto della Provincia che questo progetto è stato realizzato. In misura minore, per la complessità tecnologica, è in corso la realizzazione di analoga progettualità con la teleradiologia.

Per quanto riguarda il Distretto Sud Est, allo stato attuale, è stata completata la fase propedeutica che ha condotto alla individuazione delle strutture coinvolte, alla acquisizione degli strumenti di trasmissione dei dati (palmari), alla installazione dei collegamenti informatici e alla formazione degli operatori coinvolti

Inoltre, sempre nel Distretto Sud Est, è in corso una sperimentazione avanzata di applicazione della domotica ad appartamenti protetti per anziani con parziale autosufficienza. Il progetto "A nostra Cà" si svolge in collaborazione con la Facoltà di Ingegneria dell'Università di Parma, sulla base di una specifica convenzione, con la Provincia ed il Programma di Geriatria Territoriale. L'obiettivo primario è quello di assicurare supporti per il mantenimento dell'autonomia residua in anziani ospiti presso strutture della rete assistenziale.

## Altri ambiti di ricerca e modernizzazione

Non vanno trascurate le innumerevoli esperienze che a vario titolo e con collaborazioni diverse si sono sviluppate all'interno dell'azienda negli ultimi anni:

### Area Socio-Sanitaria

- "La gestione dell'anziano fragile" attivo nel Distretto Sud Est. Il progetto vede la partecipazione del Servizio Assistenza Anziani, Dipartimento Cure Primarie e Medici di Medicina Generale i quali concorrono, attraverso l'applicazione di strumenti di valutazione multidimensionale alla individuazione delle situazioni di fragilità già in ambito domiciliare, con l'obiettivo di assicurare una rapida ed efficace presa in carico in caso di necessità. Tale progetto si interseca e completa, in questa specifica realtà territoriale, con la piena messa a regime dei percorsi di accoglienza e assistenza all'interno del Centro di Cure Progressive di Langhirano, attraverso un'offerta modulare e flessibile che

si differenzia per modalità, intensità e temporalità a vari target (gravi disabilità, persone in terapia palliativa, ricoveri temporanei). Oltre a ciò si tenga conto che sono stati definiti anche percorsi e supporti specifici per il mantenimento del disabile a domicilio;

- "Modelli assistenziali innovativi nella gestione degli ospice territoriali" attivi nei Distretti di Borgotaro e Fidenza;
- "Progetto di miglioramento per una più efficace ed efficiente assistenza in struttura protetta". Si sono sviluppati i percorsi di formazione/miglioramento in vari ambiti: qualità dell'alimentazione, piaghe da decubito, contenzione, informatizzazione delle strutture per l'approvvigionamento di farmaci e presidi, valutazione e prevenzione del rischio cadute, assistenza specialistica attraverso percorsi dedicati. Il Programma di Geriatria Territoriale dell'AUSL ha partecipato alla sperimentazione del sistema RUG per la valutazione/analisi dei processi assistenziali presso le strutture della rete;
- "Riassetto generale organizzativo e funzionale dell'Area anziani nell'AUSL di Parma". Progetto di miglioramento svolto in collaborazione tra Coordinamento dell'integrazione socio sanitaria (Area Anziani), Programma di Geriatria Territoriale e Azienda USL di Reggio Emilia;
- "Progetto di miglioramento della committenza e qualificazione della partnership nei confronti del Terzo Settore". È stato attivato un atelier di progettazione rivolto a tutte le figure chiave che, all'interno dell'AUSL, si occupano di committenza, valutazione e processi di miglioramento di servizi e programmi residenziali alla persona, finalizzato alla costruzione di un percorso metodologico condiviso di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali e riabilitativi individualizzati in area residenziale (Centri per minori, Disabili, Anziani, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche). In tale ambito, un tavolo di lavoro articolato in tre sottogruppi ha approfondito i temi del sistema di remunerazione delle strutture per disabili, del sistema dell'Accreditamento e della raccolta delle buone pratiche. È stato effettuato un intervento di ricognizione sui dati di costo e di attività di tutte le strutture residenziali per disabili gravi. È stato predisposto un pacchetto di valutazione del carico assistenziale, dell'assorbimento di risorse assistenziali, delle caratteristiche logistiche, organizzative e gestionali delle strutture.

### Area Clinica e organizzazione di Servizi Sanitari

Oltre ai vari trials clinici approvati dal Comitato Etico si ricordano:

- "Analisi dell'appropriatezza prescrittiva per i pazienti anziani nell'AUSL di Parma";
- "Analisi dei profili di salute delle popolazioni in carico ai Nuclei delle Cure Primarie dell'AUSL di Parma".

Questi 2 progetti, coordinati dalla Direzione Generale, si svolgono in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Filadelfia e sono ammessi ad un percorso di sperimentazione sotto l'egida della Regione Emilia Romagna. Essi rappresentano un'importante tappa nella messa a punto di processi di Governo Clinico;

- “Incontinenza urinaria, problema al femminile” Programma Salute Donna;
- “Progetto HIV e gravidanza” Programma Salute Donna.

### Alta Tecnologia

- Partecipazione al Progetto di Ricerca Finalizzata ex art.12 “Impatto diagnostico della Tomografia Computerizzata Multistrato (16 e superiori) nella malattia coronarica”. Rappresenta il momento della messa a punto di percorsi, processi procedure per la valorizzazione della tecnologia disponibile presso il Presidio Ospedaliero di Fidenza ;
- Prosecuzione della informatizzazione dei registri operatori;
- Completamento dell’assessment del litotritore presso l’U.O. di Urologia.

### Innovazione Tecnologica

- Si sta completando l’implementazione dei collegamenti degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale all’interno del Progetto SOLE: accesso alla rete informatica aziendale e relativi programmi e data base mediante collegamenti dedicati. Tale coinvolgimento è stato facilitato dal crescente sviluppo di ambulatori di Medicina di Gruppo e di ulteriore affermazione dei Nuclei di Cure Primarie quali elementi costitutivi della rete territoriale di Cure Primarie;
- Il Dipartimento di Salute Mentale ha completato il nuovo sistema informativo informatizzato dell’Area Salute Mentale Adulti.

### Area della Prevenzione

Nell’ambito dei Piani per la Salute (PPS) è stato dato particolare rilievo allo sviluppo di alcuni temi che il territorio provinciale aveva indicato come prioritari e cioè sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro e sicurezza stradale, cui si sono affiancate tematiche relative agli ambiti degli Stili di Vita Sani e il Disagio Giovanile. Le ricerche-intervento promosse dal progetto Prove di Volo si rivolgono in prevalenza a giovani di età tra i 14 e i 30 anni, italiani e stranieri, ma gli interventi riconducibili all’area della prevenzione interessano tutte le fasce di età, con progetti mirati per ciascun ciclo scolastico a partire dall’asilo nido fino alle scuole superiori.

Gli interventi in programma riguardano soggetti che vivono situazioni di:

- **disagio scolastico**, sia in termini di incidenza dei disturbi di apprendimento sia di problematiche socio-ambientali correlate;
- **precocità nel contatto** o dipendenza da sostanze psicoattive;
- **comorbilità psichiatrica** associata a comportamenti di abuso;
- **disturbi emozionali** e della personalità;
- **disturbi psicogeni** nell’area dei comportamenti alimentari (anoressia, bulimia);
- **difficoltà nella integrazione** al lavoro, precarietà,

abbandono, discontinuità e/o processi espulsivi da impieghi scarsamente investiti sotto il profilo motivazionale;

- **gravi difficoltà di recupero** e comparsa di fenomeni di cronicizzazione, anche in età giovanile, in conseguenza di crolli evolutivi;

- **interventi** di promozione della salute con percorsi di formazione socio-affettiva, educazione sessuale, alimentare, prevenzione AIDS, miglioramento dello “stare bene a scuola” e nei gruppi di pari.

Si consolidano alcune azioni a conclusione di preliminari sperimentazioni. Si ricordano fra le altre:

- la ricerca sull’acquisizione del linguaggio in condizione di bilinguismo e plurilinguismo nella fascia di età 0-3 anni, condotta nei nidi in collaborazione con diversi Enti ed Istituzioni della città di Parma;
- la ricerca sulla percezione della condizione psico-sociale delle “seconde generazioni” nelle comunità di immigrati;
- la ricerca sull’individuazione precoce del disagio scolastico condotta nelle scuole elementari e medie di Parma dal SERT di Parma;
- la ricerca sullo sviluppo di una maggiore consapevolezza rispetto al rapporto con il cibo, con il proprio corpo e rispetto ai messaggi dei media e della pubblicità relativi all’alimentazione.

E’ stato definito il Piano della Salute per l’Area Adolescenziale e Giovanile; tale Piano si configura come Programma ad Alta Valenza Strategica per offrire risposte efficaci, innovative e continuative alle problematiche legate alle diverse forme di disagio che interessano i giovani di Parma e provincia. Con un nuovo Piano della Salute dedicato espressamente a loro, Prove di Volo dà il via a un importante processo di riorganizzazione dei servizi dedicati al benessere giovanile. L’obiettivo principale è di portare a sistema un modello organico di risposte e interventi che garantisca a tutti, un’assistenza integrata e personalizzata a seconda dei loro bisogni. A partire dall’accesso ai Servizi, che sarà più semplice e alla portata di tutti, con una modalità di accoglienza che prevede un punto di accesso, più visibile e immediato, ma anche più neutro, meno connotato in chiave assistenziale. Al suo interno un’équipe dedicata sarà in grado di ascoltare e assistere i ragazzi su problematiche relazionali, affettive ed emozionali, disturbi comportamentali, questioni legate alla sfera della sessualità, al disagio e all’uso di sostanze, ed eventualmente orientarli verso Servizi più specifici.

Il Distretto di Parma sarà il primo a sperimentare questa modalità. Ad ospitare il nuovo punto di accoglienza sarà lo Spazio Giovani, che svilupperà ulteriormente la vocazione di polo di riferimento per la popolazione adolescenziale e giovanile di Parma, nonché per gli adulti significativi. Agirà come un’interfaccia tra i servizi e l’utenza, dando una prima valutazione del caso, fornendo informazioni, consulenza, orientamento e, quando necessario, inviando l’utente al professionista o al servizio di competenza. Manterrà inoltre un collegamento con le scuole, i centri giovani, l’unità di strada, i medici

di base, le famiglie, per lavorare in rete con le realtà che si occupano di giovani sul territorio e mantenere alto il livello di prossimità dei servizi.

La riorganizzazione dei servizi dell'area adolescenziale e giovanile consentirà, nel rispetto delle specificità territoriali, l'omogeneità di servizi, percorsi e trattamenti, nell'ottica di superare la frammentazione organizzativa, la sovrapposizione di competenze e ruoli, l'ottimizzazione delle risorse.

Nell'ambito delle attività intraprese a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica, per rispondere ai requisiti europei per le autorità di controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare, risulta centrale definire gli strumenti per la realizzazione dei piani di controllo. Pertanto è stato elaborato un software di gestione dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Servizio Veterinario, utilizzabile anche ai fini della categorizzazione e gestione dei livelli di rischio.

### Area della Salute Mentale

È stata effettuata un'indagine sulla qualità della vita degli ospiti dei Gruppi appartamento e delle Comunità del Dipartimento di Salute Mentale. Il progetto QoL (Quality of life) "Valutazione della qualità della vita nelle strutture psichiatriche" ha coinvolto 14 strutture dell'Azienda USL di Parma suddivise in 9 Gruppi appartamento e 5 Comunità psichiatriche della provincia di Parma. L'indagine si è svolta attraverso l'uso di questionari ed ha coinvolto pazienti e famigliari. L'esperienza si è completata con la realizzazione di tre Focus Group che hanno visto anche la partecipazione del personale di assistenza e cura. L'obiettivo atteso è quello di poter utilizzare le indicazioni emerse dall'indagine per definire strumenti di valutazione di processo e di esito che tengano conto del punto di vista del paziente e della famiglia. La Polisportiva del Dipartimento di Salute Mentale "Và Pensiero", nell'ambito delle attività sportive e socializzanti effettuate nello scorso anno, ha partecipato alla regata Europea Vela in Testa che si è svolta a Marsiglia sotto il patrocinio del Ministero della Salute e della Gioventù e degli Sport e il Centro Ospedaliero Edouard Toulouse di Marsiglia, con un gruppo di pazienti psichiatrici, operatori e volontari con la finalità di realizzare percorsi di integrazione sociale e benessere psico-fisico.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha programmato tre importanti eventi formativi, finalizzati all'acquisizione di tecniche per la facilitazione di gruppi di auto mutuo aiuto per pazienti psichiatrici e per i loro familiari. In particolare uno degli eventi, realizzato in collaborazione con la Cooperativa Cabiria e condotto da Ron Coleman, dedicato agli "uditori di voci", è stato attuato in una forma innovativa che ha visto la partecipazione congiunta di operatori, pazienti e familiari.

Il Programma Adolescenza e Giovane età del Dipartimento di Salute Mentale ha effettuato una esperienza presso una fattoria a conduzione familiare, "Farsi un orto ed altro...", che ha coinvolto un gruppo di giovani ospiti della Residenza di S. Polo, alcuni familiari ed

operatori, finalizzata a favorire nei giovani l'acquisizione e/o il riappropriarsi di abilità operative e cognitive, la continuità nelle attività, la motivazione e l'attenzione all'ambiente, a sé e al gruppo. L'esperienza, che ha dato buoni risultati, si riporrà il prossimo anno.

È stata implementata l'accoglienza dei giocatori d'azzardo grazie anche alla strutturazione di una rete con i Medici di Medicina Generale.

Il Centro Studi per le Farmacotossicodipendenze ha condotto in collaborazione col Dipartimento Salute Mentale studi sul temperamento in età scolare e sulla validità degli affidi famigliari di minori seguiti presso i Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha aderito ad una ricerca proposta dalla Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria sull'episodio psicotico. Si tratta di uno studio naturalistico, longitudinale, prospettico e retrospettivo sulle dimensioni fenomeniche della psicopatologia presenti nelle fasi iniziali subcliniche e conclamate dei primi episodi psicotici affettivi e non affettivi, negli stadi antecedenti o prodromici e durante il decorso a lungo termine della malattia.

La ricerca ipotizza che la psicopatologia dell'esordio psicotico può organizzarsi in specifiche costellazioni fenomeniche, che queste specifiche presentazioni cliniche possono evolvere lungo definite traiettorie temporali (fasi prodromiche, subcliniche e sindromiche) e che questi profili dimensionali possono predire le future diagnosi stabilite secondo i criteri DSM – IV.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha partecipato ad una ricerca informazione indipendente (CHAT) condotta dal più autorevole Centro di ricerca italiano, approvata dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Si tratta di uno studio multicentrico nazionale che si propone di studiare le conseguenze, l'esito clinico e tollerabilità del trattamento farmacologico con aripiprazolo e aloperidolo nel potenziamento della clozapina in soggetti con schizofrenia.

Nell'anno 2007 si sono realizzate a Parma tre importanti iniziative di integrazione per utenti dei Servizi di Salute Mentale:

- l'apertura di un atelier stabile di pittura presso il Liceo artistico "Toschi" al quale afferiscono utenti dei servizi e studenti;
- l'attivazione di un progetto "Scrittura creativa" realizzato presso il Liceo scientifico "Marconi" finalizzato alla realizzazione di un libro scritto da un gruppo di utenti dei servizi e di studenti;
- la collaborazione con la Biblioteca Civica del Comune di Parma e la Scuola S.Vitale per stimolare l'utilizzo della biblioteca come risorsa per l'integrazione tra studenti e utenti dei servizi.

L'Azienda USL di Parma ha aderito ad una importante iniziativa promossa dal Ministero della Sanità: "Quel treno speciale per Pechino".

Un gruppo di undici persone composto da operatori del Dipartimento di Salute Mentale e della Cooperativa Cabiria, utenti e volontari, sostenuto dalle Amministrazioni Provinciale e Comunale e dall'Associazione "Và

pensiero”, è partito da Parma e, insieme a circa 200 persone provenienti da tutta l'Italia, ha raggiunto Pechino soffermandosi nelle città più importanti allo scopo di confrontarsi con altre realtà sulle tematiche della salute mentale.

L'obiettivo generale del viaggio era anzitutto quello di contrastare e ridurre lo stigma e i pregiudizi nei confronti della malattia mentale nella comunità.

### Area Dipendenze Patologiche

L'Equipe formazione Dipendenze Patologiche, con il contributo delle Aree disciplinari Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute Mentale Adulti, ha effettuato una ricerca, "Pensieri e Parole", rivolta alla popolazione scolastica, sui seguenti temi: la noia, il senso di vuoto, la solitudine, la ricerca del piacere e la loro relazione con l'uso di droghe in giovane età.

La ricerca è stata condotta attraverso la somministrazione di brevi questionari, in ogni classe degli Istituti partecipanti, raggiungendo circa 800 studenti.

Sembra confermarsi l'ipotesi che l'uso di droghe sia associato a piacere ed eccitamento. Secondariamente intervengono disagio (noia) e uso sociale-ricreativo. Questo dato si esprime secondo una logica del divertimento, simile a quella proposta per diversi prodotti di consumo, piacevoli e "performanti".

I risultati della ricerca suggeriscono di riflettere sull'opportunità di recuperare esperienze che facilitino l'individuazione di attività vitali, di interesse e non solo di piacere parziale, in contrasto con l'eccitamento e la frenesia del ritmo di vita, che caratterizzano l'attuale contesto sociale e che possono rendere meno facile da gestire la noia che consegue dalla loro mancanza.

Dal 25 ottobre 2007 è operativo il sito web [www.info-dipendenze.ausl.pr.it](http://www.info-dipendenze.ausl.pr.it), nato dal progetto Inform@rsi è Form@rsi, realizzato dagli operatori della Rete dei Servizi dell'area Dipendenze Patologiche, finanziato dalla Regione Emilia Romagna nell'ambito dei Progetti di Modernizzazione riconosciuti alla Ausl di Parma.

Gli obiettivi del progetto sono:

- migliorare la comunicazione tra i Servizi della rete, pubblici e del privato sociale, nell'area delle Dipendenze Patologiche e della Salute Mentale;
- favorire la crescita di cultura professionale degli operatori coinvolti, anche di servizi differenti;
- aumentare la fruibilità degli eventi informativi e formativi del settore e creare spazi virtuali di comunicazione, anche per la formazione a distanza (ECM).

### Attività del Comitato Etico Unico

Si è dato vita all'unificazione dei tre Comitati Etici presenti nella provincia di Parma: (AUSL, Azienda Ospedaliera, Università), come da indicazioni regionali, nel quadro di riorganizzazione dei Comitati Etici disposto dal DM 12.05.2006. Per la particolare rilevanza istituzionale del tema, se ne forniscono ulteriori dettagli nella Sezione 3 "Obiettivi Specifici di particolare rilevanza istituzionale" del presente documento.

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che è chiamato ad esprimere pareri sulle sperimentazioni cliniche per valutare interventi farmacologici o dispositivi medici, sull'opportunità di studi clinici osservazionali e su possibili sperimentazioni finalizzate al miglioramento della pratica clinica. Il Comitato Etico, che ha anche il compito di proporre iniziative di formazione nel campo della bioetica, può essere consultato inoltre in caso di questioni etiche connesse alle attività scientifiche o assistenziali.

Gli enti istitutivi hanno promosso la costituzione di un Comitato Etico Unico per la valutazione dei protocolli di ricerca clinica come occasione di sviluppo e di crescita dei professionisti, nonché di miglioramento della pratica clinica. A tale organismo viene demandata la regolamentazione di criteri omogenei per l'effettuazione delle sperimentazioni cliniche nell'ambito degli enti di riferimento.

I membri del Comitato Etico Unico della provincia di Parma, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sono stati scelti sulla base delle competenze e dell'esperienza e rimarranno in carica per tre anni.

Nel corso del 2007 è stato progettato e impostato il sito del Comitato, strumento essenziale per assolvere al dovere di trasparenza sui presupposti e sulle modalità dell'azione del Comitato, azione che tuttavia è sottoposta all'obbligo di riservatezza. Il sito è inoltre strumento fondamentale di rapporto con sperimentatori e sponsor attraverso informazioni chiare e univoche e si configura come importante strumento di riferimento per i componenti il Comitato, cui è dedicata un'area riservata.

A pochi mesi dall'insediamento (novembre 2007) è stata altresì istituita la segreteria scientifica del Comitato con personale di formazione scientifica a contratto. La segreteria scientifica ha iniziato il lavoro di analisi e verifica della sicurezza degli studi sottoposti al Comitato, attraverso la valutazione degli eventi avversi, nonché l'analisi dei protocolli sottoposti a valutazione per verificare la completezza dei dati. È in elaborazione il complesso sistema di monitoraggio degli studi, fra i cui obiettivi principali si pone l'attenzione alla corretta applicazione degli strumenti e delle modalità di comunicazione/informazione legate al consenso informato.



# 7

## Sezione

### **Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale**

Questa sezione del documento è volta a fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza locale o regionale. A differenza delle sezioni che precedono, la sezione in oggetto non ha un contenuto predeterminato, né sarà necessariamente costante nel tempo. L'obiettivo informativo specifico è infatti quello di una sorta di "zoomata" sulle questioni che saranno tempo per tempo di particolare rilevanza istituzionale, al fine di consentire una valutazione dello sforzo profuso dall'azienda e degli esiti conseguiti a fronte di problematiche ad elevato impatto sociale o strategico. In particolare sono illustrate le principali azioni attivate dall'Azienda rispetto a:

1. Lo sviluppo delle Cure Primarie;
2. I Nuclei delle Cure Primarie;
3. Gli accordi con i Medici di Medicina Generale;
4. L'associazionismo medico;
5. Le cure domiciliari;
6. Il Progetto SOLE;
7. La progettualità aziendale;
8. Assistenza Specialistica Ambulatoriale;
9. CUP Integratore di Area Vasta.



## Lo sviluppo delle Cure Primarie

### Il sistema integrato delle Cure Primarie

Il Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna ha subito profonde trasformazioni negli ultimi dieci anni. Alcuni aspetti fondamentali di tale evoluzione sono riconducibili a:

- evoluzione demografica della popolazione e suo progressivo invecchiamento;
- parallelo e conseguente mutare del quadro epidemiologico sempre più caratterizzato da patologie di tipo cronico;
- incessante sviluppo di nuove tecnologie di tipo diagnostico, terapeutico, riabilitativo che concorrono ad allungare la speranza di vita accentuando l'effetto precedentemente citato;
- evoluzione delle forme di organizzazione sociale, con particolare riferimento alla famiglia e alle sue crescenti difficoltà a garantire significative forme di sicurezza, assistenza, cura ai propri componenti, data la modifica della sua struttura (anziani soli) e la difficoltà di conciliare tempi e obblighi di lavoro e necessità di cura;
- presenza crescente di cittadini provenienti da nuovi paesi della Comunità e paesi extracomunitari, che esprimono in generale una domanda di integrazione nel tessuto sociale di accoglienza e che sono portatori di una gamma variegata di bisogni assistenziali.

Dall'insieme di tali fenomeni deriva, direttamente o indirettamente, una domanda di servizi pubblici che sempre più spesso presenta le caratteristiche di una "presa in carico globale" e ciò ha segnato, in particolare, la progressiva insufficienza dell'assistenza ospedaliera, come unica risposta alle necessità assistenziali.

A questo, la programmazione della Regione Emilia-Romagna ha risposto con una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera ed il progressivo adeguamento e contemporaneo spostamento di risorse verso le attività territoriali. I più recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R. n.29/04) e la prima bozza di Piano Sociale e Sanitario muovono coerentemente verso un obiettivo comune: garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni. In particolare, la Legge Regionale 29/2004 ha completato la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo di committenza ed integrazione proprio del Distretto.

Il Piano Sociale e Sanitario pone un'enfasi particolare sulle Cure Primarie, che rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali e semiresidenziali) e costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria ed il primo contatto con il SSN.

Si tratta di un modello integrato di servizi sanitari, sociali

e di reti cliniche che si fonda sul principio che il cittadino deve trovare una risposta esauriente ai propri bisogni di salute per la prevenzione, la cura e la riabilitazione all'interno delle possibilità offerte dal contesto delle cure primarie e/o il passaggio in cura al sistema delle cure specialistiche.

Mentre l'Ospedale si caratterizza come polo specialistico, dove si prestano cure e assistenza per le patologie acute, con tempi di degenza limitati, il sistema delle Cure Primarie rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso globalmente come "prendersi cura di", assumendo sempre di più una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

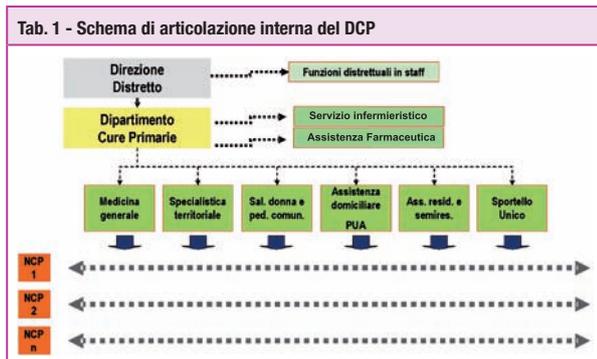
La caratteristica del sistema è quella della gestione della cronicità, basandosi sull'assunto che il cittadino deve poter utilizzare i servizi mediante percorsi assistenziali integrati che, a partire dal bisogno e dalla domanda, non si esauriscano con la semplice prestazione.

Il processo assistenziale, che coinvolge diverse figure professionali tra loro coordinate in équipe, si fonda su strategie di approccio globale ai problemi:

- Il "disease management" che consiste nell'approccio alla malattia attraverso il coordinamento dei vari processi di prevenzione, cura, riabilitazione, counselling, assistenza, erogati nell'ambito di una rete di servizi integrati. Ha lo scopo di migliorare la comunicazione ed il coordinamento tra i professionisti e di sviluppare interventi educativi e l'attenzione al quadro generale più che agli eventi acuti;
  - Il "case management", strategia utilizzata nelle situazioni a maggiore complessità, dove la responsabilità del percorso, sulla base del criterio di prevalenza nell'intervento assistenziale, viene affidata ad una figura professionale (infermiere, ostetrica, terapeuta della riabilitazione), affinché attivi, in relazione ai bisogni del paziente, percorsi assistenziali specifici facilitando la collaborazione attiva tra i professionisti afferenti anche ad aree diverse;
  - "il Chronic care model", sistema per la presa in cura di malati cronici basato sull'integrazione di tutte le professionalità interessate e il coinvolgimento del paziente stesso nella terapia, abbandonando l'approccio basato sull'attesa dell'evento a favore di un atteggiamento proattivo sviluppando una medicina di iniziativa.
- La struttura organizzativa fondamentale per la organizzazione e la gestione del processo di produzione ed erogazione dei servizi dell'assistenza primaria è rappresentata, a livello distrettuale, dal Dipartimento Cure Primarie i cui ambiti principali di attività riguardano:
- l'assistenza di medicina generale;
  - l'assistenza pediatrica;
  - la continuità assistenziale;
  - l'assistenza specialistica ambulatoriale;
  - l'assistenza consultoriale;
  - l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani;
  - le cure domiciliari.

# Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: lo sviluppo delle cure primarie

Tab. 1 - Schema di articolazione interna del DCP



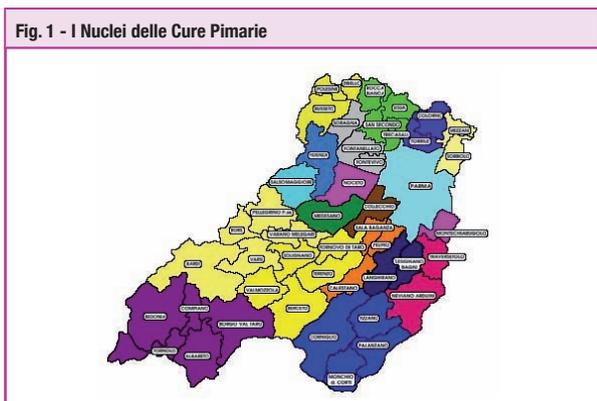
## I Nuclei delle Cure Primarie

I Nuclei delle Cure Primarie (NCP) rivestono, all'interno del Distretto, particolare rilevanza. Attraverso l'azione congiunta dei Medici di Medicina Generale (assistenza primaria e continuità assistenziale), Pediatri di Libera Scelta, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello sopra descritto di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

I Nuclei di Cure Primarie sono le unità organizzative di base del sistema delle Cure Primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.

Nell'Azienda USL di Parma sono stati attivati 21 Nuclei delle Cure Primarie.

Fig. 1 - I Nuclei delle Cure Primarie



Tab. 2 - NPC per Distretto e n. pazienti

Distretto	NCP	N° MMG	N° Pazienti	Pz per MMG media
Parma	Cittadella	25	29.580	1.183
	Colorno	10	13.062	1.306
	Lubiana	20	26.648	1.332
	Molinetto	23	27.250	1.185
	Pablo	23	28.352	1.233
	Parma Centro	22	27.244	1.238
	San Leonardo	19	24.464	1.288
	Sorbolo	9	9.720	1.080

Distretto	NCP	N° MMG	N° Pazienti	Pz per MMG media
Sud-Est	Collecchio	19	23.898	1.258
	Langhirano	15	17.358	1.157
	Traversetolo	16	18.461	1.154
Fidenza	Busseto	8	9.824	1.228
	Fidenza	18	22.358	1.252
	Fontanellato	10	12.943	1.177
	Noceto	9	10.995	1.222
	Salsomaggiore	13	16.878	1.298
Valli Tarò-Ceno	San Secondo	10	13.442	1.344
	Bassa Val Tarò	10	13.645	1.364
	Medesano	7	8.175	1.168
Valli Tarò-Ceno	Val Ceno	6	6.615	1.103
	Val Tarò	13	14.456	1.112
Totale		305	375.548	1.231

Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta assumono un ruolo di primo piano nel nuovo assetto organizzativo aziendale e costituiscono un preciso punto di riferimento per il cittadino rappresentando l'interfaccia tra questi ed il Servizio Sanitario.

## Gli accordi con i Medici di Medicina Generale

Nell'ambito delle Cure Primarie è stato siglato il protocollo, per l'anno 2007, integrativo dell'Accordo triennale 2005-2007 sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG, SNAMI e CU-MI-SMI. Nel solco degli obiettivi dell'accordo triennale, che sono stati confermati e che costituiscono un valido presupposto per dare una svolta innovativa alla medicina generale senza mettere in discussione il rapporto di fiducia che lega medico e paziente e il diritto di libera scelta, il protocollo integrativo ha previsto:

- la promozione della partecipazione dei MMG all'organizzazione aziendale e distrettuale;
- il consolidamento della rete dei NCP;
- la partecipazione operativa ai NCP;
- la condivisione di percorsi integrati ospedale-territorio, in particolare con i Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, di miglioramento dell'accessibilità dei cittadini alle prestazioni ed ai servizi;
- il perseguimento di un ulteriore miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e dell'assistenza specialistica e diagnostica;
- il miglioramento dell'informazione ai Medici di Medicina Generale sulla propria attività prescrittiva.

L'impegno rilevante dei Medici e dei Distretti, in particolare dei Dipartimenti di Cure Primarie, ha consentito di raggiungere significativi risultati di miglioramento dell'assistenza nel 2007:

- in tutti i Distretti si è proceduto alla nomina/conferma dei referenti di NCP, alla nomina dei Medici di Medici-

na Generale in staff con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie e per entrambe le figure sono state definite le funzioni;

- è stato individuato un MMG quale uditore al Collegio di Direzione;
- in tutti i Distretti si è proceduto alla raccolta delle adesioni alla logica organizzativa dei NCP formulata dai MMG attraverso la firma dell'Allegato 1 dell'ACR;
- in tutti i Distretti si è proceduto alle verifiche relative alla presenza dei requisiti generali e specifici di cui all'art. 54 dell'ACN;
- per quanto attiene i programmi di gestione della cronicità, alla fine del 2007 avevano aderito 239 medici al progetto di gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 e 88 al progetto di sorveglianza del paziente in Terapia Anticoagulante Orale;
- la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale per assistito pesato nel 2007 si è ridotta del 5,5% rispetto al 2006;
- sono state predisposte linee guida relative alla prescrizione di RMN a cura di un gruppo di lavoro pluriprofessionale formato da specialisti, Medici di Medicina Generale e di organizzazione;
- è stata definita un'intesa volta ad assicurare da parte dell'Azienda il servizio di smaltimento, trasporto e trattamento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo per i Medici di Medicina Generale.

## L'associazionismo medico

L'associazionismo medico consente di perseguire la piena realizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie ed è punto di forza per l'integrazione multiprofessionale, con i servizi intra ed extradistrettuali e per la valorizzazione dei singoli territori. E' infatti uno strumento che consente, da un lato, ai cittadini una maggiore fruibilità ed accessibilità ai servizi sanitari e, dall'altro, ai Medici di Medicina Generale un'occasione di crescita, di arricchimento reciproco, di scambio di informazioni e pareri.

Le forme di associazionismo sono di tre tipi:

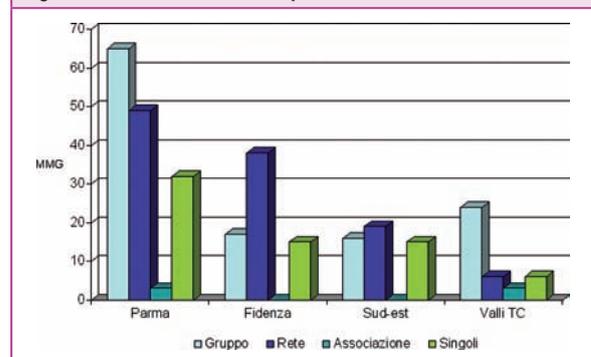
- la medicina in gruppo: prevede che un gruppo di medici svolga la propria attività in ambulatori collocati presso una stessa sede, garantendo sempre la presenza;
- la medicina in rete: un gruppo di professionisti che svolgano la propria attività in sedi differenti, collegati in modo informatico;
- la medicina in associazione: un gruppo di professionisti coordinati tra loro per la definizione e attuazione di linee guida.

Nulla cambia nel rapporto di fiducia che lega medico e assistito.

Anche in considerazione delle indicazioni regionali che considerano le forme associative dei medici strumenti importanti per lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie anche in termini di integrazione tra professionisti, l'Azienda USL ha attivamente sostenuto la trasformazione delle associazioni esistenti in forme più evolute e l'attivazione di nuove forme associative.

Questa azione ha fatto sì che alla fine del 2007 237 medici, pari al 77,4% del totale, operassero in forma associata e di questi il 40% (pari a 122 medici) risultasse associata in medicina di gruppo, mentre altrettanto importante è la presenza della forma associativa in rete (109 pari al 35,7%).

Figura 2 - Associazionismo medico per Distretto - anno 2007



A tal fine, l'Azienda USL ha messo a disposizione, ove possibile, le sedi aziendali per lo svolgimento dell'attività anche al fine di favorire l'integrazione con i servizi intra ed extradistrettuali presenti. Inoltre, in accordo con i professionisti componenti i gruppi, sono state sviluppate specifiche progettualità aggiuntive rispetto a quelle previste dalla convenzione nazionale, mirate al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni. In particolare sono state attivate, presso le sedi dei gruppi coinvolti, le seguenti azioni:

- distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo e a duplice via di distribuzione direttamente a favore degli assistiti iscritti;
- istituzione di un punto prelievi ematochimici;
- attivazione di ambulatori specialistici, anche al fine di favorire il confronto tra professionisti;
- collegamento con l'applicativo CUP aziendale per la prenotazione di prestazioni diagnostico-terapeutiche.

## Le cure domiciliari

Per assistenza domiciliare si intende l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio assistenziali da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente integrate.

Considerata in tal senso:

- rappresenta una risposta assistenziale nei confronti di persone appartenenti ad ogni fascia di età divenute disabili per forme morbose acute o croniche ed è rivolta anche a pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché praticabili a domicilio;
- si caratterizza come modello di integrazione e coordinamento di attività a livello territoriale mediante risposte diversificate ed integrate al bisogno sanitario;
- rappresenta il raggiungimento di un assetto assistenziale ottimale contribuendo ad evitare i ricoveri, a ridurre le giornate di degenza e a ritardare l'inserimento nelle strutture residenziali.

Si tratta di un servizio presente in tutti i Distretti, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 19, mentre il sabato e la domenica gli accessi sono effettuati in base ai piani assistenziali attivi. Il servizio è attivato dal Medico di Medicina Generale attraverso lo Sportello Unico delle cure domiciliari e la presa in carico è tempestiva in base al bisogno. Si rimanda alla Sezione 2 per un approfondimento sui dati di attività.

## Il Progetto SOLE

Il Progetto Sole - Sanità On LinE - è finalizzato a realizzare una rete telematica di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali per agevolare la comunicazione tra operatori sanitari e, di conseguenza, agevolare l'erogazione dei servizi con importanti e positive ricadute sulla continuità assistenziale e sulla semplificazione dell'accesso ai servizi per il cittadino.

Tale progetto permette di superare l'attuale frammentazione dei servizi offerti e di orientarli in modo integrato verso i percorsi clinico-assistenziali, favorendo quindi la conoscenza dei processi assistenziali e delle risorse utili ad erogare i servizi necessari e non le singole prestazioni. Ciò permette a livello aziendale di realizzare una delle principali componenti del governo clinico quale il monitoraggio dei percorsi clinico assistenziali, la loro appropriatezza e il relativo consumo di risorse.

La possibilità da parte di équipe assistenziali (Medici di Medicina Generale, infermieri, Medici Specialisti, ecc.) di disporre su base telematica di informazioni sulle condizioni cliniche del paziente permette la presa in carico di quest'ultimo assicurando anche a domicilio la continuità della cura.

Tale disponibilità tecnologica migliora notevolmente il livello di accessibilità all'offerta delle prestazioni sanitarie. La disponibilità dei referti presso lo studio medico (ed eventualmente direttamente al cittadino via internet), consentirà un significativo risparmio di tempo e spostamenti, una maggiore tempestività nell'effettuare le diagnosi e attuare trattamenti terapeutici da parte del medico di famiglia (l'alto gradimento di questo servizio è dimostrato da diverse esperienze italiane e straniere e per alcuni settori anche in ambito regionale).

Il Progetto SOLE nel 2007 ha registrato uno sviluppo considerevole. Infatti si è passati da 8 MMG attivati in via sperimentale nel 2005 a 120 MMG con 139 ambulatori operativi al 31/12/2007, con la prospettiva di attivarne altri 100 nel 2008.

Le funzioni implementate e pienamente operative sono relative a:

- scelta e revoca;
- ciclo prescrizione, prenotazione e refertazione;
- notifiche di ricovero e dimissione.

## La progettualità aziendale

Particolare rilevanza per lo sviluppo delle Cure Primarie rivestono i seguenti ambiti nei quali la progettualità aziendale intende impegnarsi nei prossimi anni:

- Gestione delle patologie croniche, con particolare riferimento al diabete ed alla Terapia Anticoagulante Orale;
- Profili NCP.

### Gestione delle patologie croniche

Le malattie croniche da qualche anno hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute e sono diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi sanitari.

Di conseguenza è cambiato il ruolo del medico che, da "unico" protagonista del processo diventa membro di un team multi professionale in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza. È cambiato anche il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Sulla base di questo scenario la programmazione dell'Azienda USL di Parma, come primo momento, ha affrontato due capitoli importanti legati alla gestione della cronicità, il diabete e la Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

### La gestione integrata del diabete

L'Azienda USL di Parma ha recepito le linee guida regionali del settembre 2003 relative alla gestione integrata del paziente diabetico tipo 2 stabilizzato e non affetto da complicanze.

Per garantirne il monitoraggio e l'uniformità nella applicazione, è stata istituita la "Commissione Diabetologica Provinciale", in cui sono coinvolte anche le due associazioni dei pazienti diabetici attive in provincia di Parma, la "Associazione Diabetici Provincia di Parma", dedicata ai diabetici adulti, e la A.F.D. Parma, che si occupa in particolare dei bambini diabetici. L'assistenza integrata al diabetico prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e il lavoro interdisciplinare in team. La partecipazione del Medico di Medicina Generale come punto di riferimento clinico per il paziente e la sua famiglia nella rete della continuità assistenziale, è condizione indispensabile per garantire equità di accesso e continuità delle cure. La componente più importante del team è proprio il paziente, che ha la responsabilità di una gestione consapevole della malattia e di sottoporre la propria condizione clinica ad un monitoraggio continuo. La rete integrata ospedale-territorio, nell'ambito del Progetto SOLE, costituisce lo strumento a cui tendere, attraverso cui realizzare la base dei dati ed il collegamento tra servizi distrettuali, ospedalieri, e MMG on-line.

I Medici di Medicina Generale aderenti al progetto sono 239 (78,36% del totale) ed i casi attivi di pazienti in gestione integrata 2.582.

## I Profili di Nucleo delle Cure Primarie

L'Azienda USL di Parma ha avviato un progetto di ricerca in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA), mirato a sviluppare profili di salute della popolazione in carico ai NCP quale strumento di informazione per favorire ulteriormente l'integrazione tra professionisti all'interno del Nucleo di Cure Primarie.

Un'approfondita conoscenza delle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione di riferimento e dei comportamenti dei professionisti, costituiscono infatti una base di partenza fondamentale per poter programmare ed organizzare l'attività assistenziale. Strumenti orientati a questo scopo permettono infatti di raggiungere molteplici finalità: analisi del bisogno, ottimizzazione dell'organizzazione dei servizi in base alle esigenze territoriali, miglioramento dell'accesso e della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini, realizzazione di forme di assistenza specifica per le patologie croniche prevalenti ed infine miglioramento dell'efficacia comunicativa fra Azienda USL e professionisti dei NCP. Lo strumento, partendo dalla analisi descrittiva delle caratteristiche demografiche, cliniche e di utilizzo dei servizi da parte degli assistiti dei NCP dell'Azienda, mette a confronto i pattern di comportamento dei NCP rispetto alle scelte assistenziali ed agli esiti clinici per consentire ai professionisti di acquisire informazioni e di avviare un confronto tra pari mirato al miglioramento della pratica professionale.

Gli indicatori di malattia sono stati costruiti utilizzando i dati di consumo di assistenza farmaceutica, ospedaliera e specialistica. In particolare sono stati esaminati i dati di spesa e di consumo per assistito, nonché, relativamente all'assistenza ospedaliera e per ricoveri potenzialmente inappropriati, i tassi di ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale. Tali condizioni sono state da tempo identificate dalla letteratura scientifica internazionale come suscettibili di un ricovero potenzialmente evitabile. Sono infatti considerate condizioni per le quali un'appropriata e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, il controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica. La frequenza di ricoveri è quindi proposta come indicatore di accesso e qualità dell'assistenza primaria

## Indicatori di qualità per le malattie cardiovascolari

Sono inoltre stati calcolati alcuni indicatori relativi alla qualità dell'assistenza territoriale successiva ad un evento cardiovascolare. In particolare utilizzo dei

betabloccanti dopo infarto, screening del colesterolo in pazienti con problemi cardiovascolari, trattamento con statine dopo un episodio cardiaco e trattamento con ACE inibitori/ARB dopo uno scompenso cardiaco congestizio.

I profili sono stati presentati all'interno di ogni Nucleo di Cure Primarie nell'ambito di singoli incontri dedicati. La sintesi degli approfondimenti emersi durante gli incontri è stata oggetto di specifico incontro plenario rivolto ai MMG in staff ai Dipartimenti Cure Primarie, ai referenti di Nucleo ed ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria.

Nel corso del 2008 verranno elaborati e predisposti i dati relativi al 2006 al fine di fornire i report ai NCP entro il mese di settembre. Contestualmente i profili verranno integrati con ulteriori indicatori di qualità relativi in particolare ai programmi di prevenzione ed alla gestione di patologie croniche.

La collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care prosegue anche nel biennio 2008-2009 anche al fine di sviluppare a livello aziendale le competenze necessarie ad una gestione autonoma dell'intero percorso.

## Assistenza Specialistica Ambulatoriale

L'organizzazione generale dell'assistenza specialistica ambulatoriale è stata caratterizzata da azioni di forte consolidamento e sviluppo su tre direttrici fondamentali fortemente correlate:

1. l'adeguamento dell'offerta;
2. il governo della domanda;
3. il monitoraggio costante dei tempi di attesa

Tale progettualità ha trovato una sua definizione rispetto alle linee operative e agli investimenti nei documenti di programmazione adottati già nel 2005 e che hanno trovato attuazione nel corso del 2006-2007.

Il 2007 è stato caratterizzato dall'applicazione della DGR 1532/06 relativa al contenimento dei tempi di attesa che si è esplicitata:

- a livello locale con il Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa;
  - a livello AVEN con lo sviluppo di azioni integrate per l'implementazione del CUP integratore di Area Vasta.
- Si riportano di seguito le azioni messe in atto ed i risultati raggiunti.

## Gestione e adeguamento dell'offerta

Sulla base delle analisi svolte e contenute nei documenti di programmazione, si è provveduto ad un graduale e significativo potenziamento dell'offerta per le prestazioni a maggiore impatto o che presentavano maggiore criticità sul versante dei tempi di attesa.

In questa direzione è stato rimodulato l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera, operando una com-

# Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: lo sviluppo delle cure primarie

mittenza puntuale in funzione dell'andamento della domanda, potenziando l'offerta di prestazioni con criticità e mantenendo i livelli quali-quantitativi per quelle non critiche. Obiettivo di tale accordo era il miglioramento dell'accessibilità degli utenti alle prestazioni critiche e la riduzione della mobilità passiva.

Un forte intervento di riconversione e potenziamento si è avuto anche attraverso i contratti con le strutture private accreditate: nello specifico l'incremento di presta-

zioni offerte nel sistema CUP provinciale ha riguardato prevalentemente la diagnostica strumentale, con forte prevalenza per la RMN e la Mammografia.

Altri interventi hanno interessato le visite a maggiore criticità: cardiologica, endocrinologica, oculistica, dermatologica, ORL e Neurologica.

Nelle figure sopraindicate è rappresentato l'indice di offerta (equivalente al n. di prestazioni settimanali offerte rapportate a 10.000 abitanti).

Figura 3 - Indice di offerta settimanale - visite

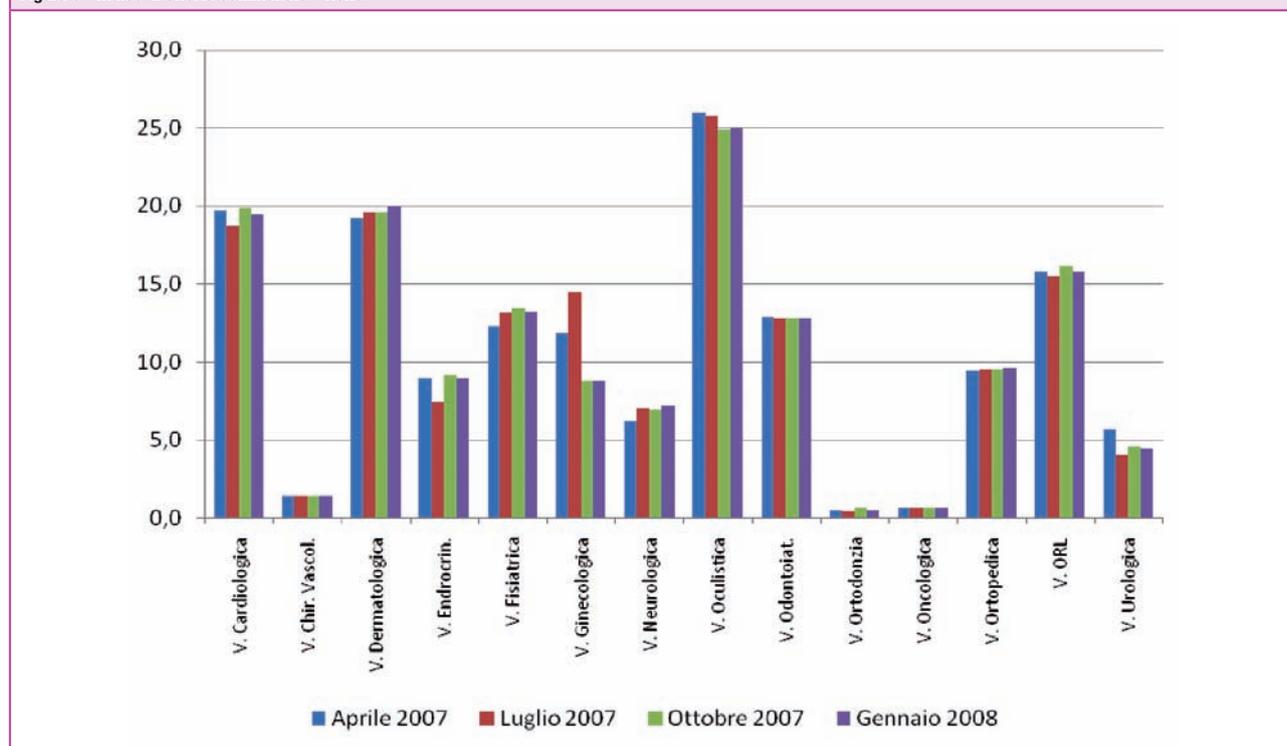
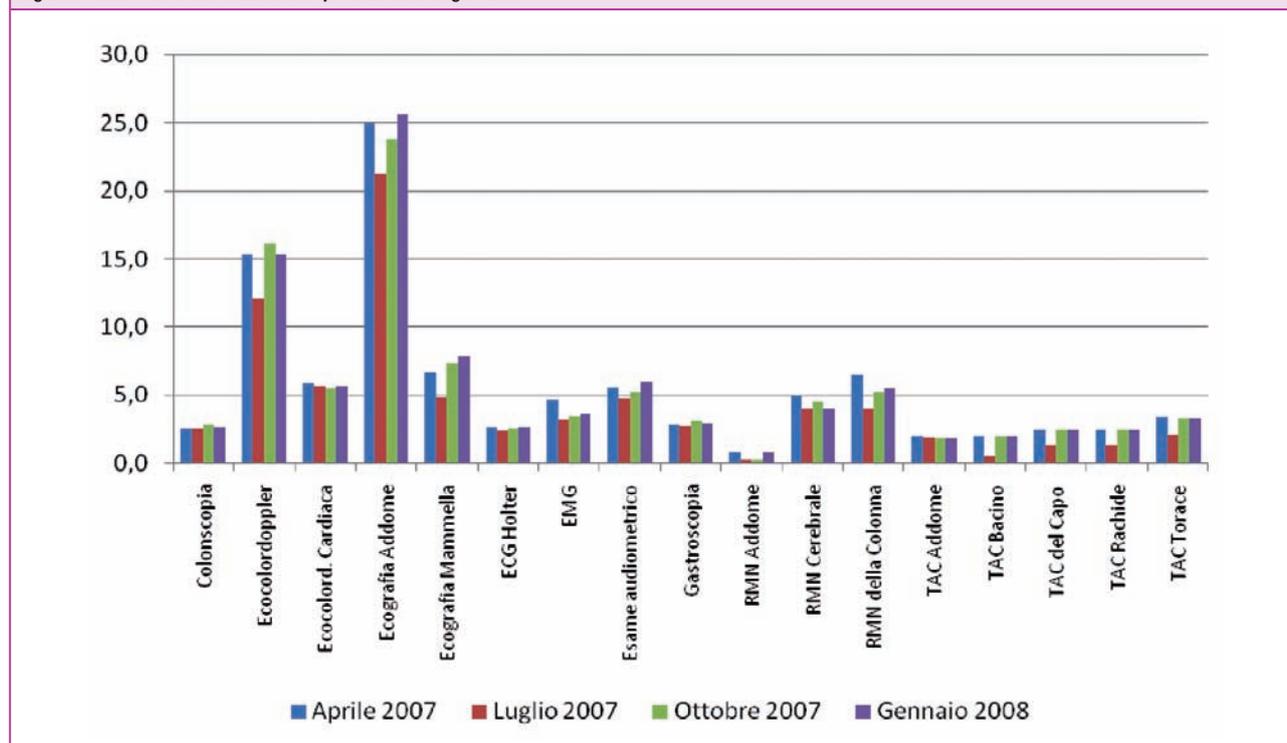


Figura 4 - Indice di offerta settimanale - prestazioni di diagnostica



## Governo della domanda e miglioramento dell'appropriatezza

Sul versante del governo della domanda l'Azienda ha messo in campo azioni di appropriatezza sia clinica che organizzativa

### Appropriatezza clinica

Il versante dell'appropriatezza clinica, vista la criticità relativa alla forte domanda di prestazioni di RMN, ha visto coinvolti professionisti dell'Azienda Usl di Parma, dell'Azienda Ospedaliera di Parma, dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché rappresentanti dei Medici di Medicina Generale per la definizione, condivisione ed attuazione di linee guida. È stata elaborata una linea guida interaziendale per l'accesso appropriato alle prestazioni di RMN.

### Appropriatezza organizzativa

Sul versante organizzativo si è provveduto a:

- dare piena attuazione alla gestione dei percorsi ambulatoriali per pazienti complessi nell'ambito dei Day Service Aziendali;
- definire ed attuare un progetto di sistema informativo per l'adozione di una scheda ambulatoriale di gestione dei percorsi in Day Service. La scheda è stata avviata presso i Day Service di Colorno e di Fidenza;
- perfezionare le singole agende differenziando le fasce di accesso (prime visite e controlli);
- avviare un percorso per la ridefinizione delle urgenze differibili;
- attuare omogeneizzazioni rispetto alle preparazioni per l'accesso ad alcuni esami strumentali e di semplificazione nell'uso della dichiarazione anamnestica e di controindicazioni per l'uso del mezzo di contrasto.

## Gestione delle liste di attesa: monitoraggio e piano di contenimento

La gestione delle liste di attesa è il punto di attenzione che ha consentito all'Azienda di valutare gli effetti integrati degli adeguamenti di offerta e dell'andamento della domanda.

In questo senso si è dato forte sviluppo agli strumenti di monitoraggio. Oltre alla consolidata rilevazione mensile che svolge anche funzione di riferimento istituzionale per la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, per i Comuni e per tutti i portatori di interesse in genere, l'Azienda ha adottato, al proprio interno, uno strumento di consultazione on-line che rileva ora per ora i tempi di attesa di tutte le prestazioni a monitoraggio.

Le azioni congiunte relative al monitoraggio, al governo della domanda e all'adeguamento dell'offerta hanno consentito di ottenere significativi risultati rispetto alle prestazioni critiche.

La DGR 1532/2006 "Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa delinea una politica complessiva per la gestione dell'offerta e per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale entro standard regionali definiti in applicazione delle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni

Le azioni condotte negli ultimi dieci anni (a partire dall'applicazione della DGR 1296/1998) hanno comportato un miglioramento organizzativo nel sistema dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, che ha permesso l'erogazione della maggior parte delle prestazioni specialistiche entro gli standard regionali, la presa in carico dei pazienti con patologie complesse, anche attraverso la realizzazione dei day service specialistici, la trasparenza delle modalità di accesso (sviluppo di un sistema CUP provinciale interaziendale) e il miglioramento dell'accesso alle prestazioni.

Con la predisposizione del presente Programma Attuativo Provinciale si portano a sistema le azioni sinora svolte per qualificare l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in sintonia con il Piano Attuativo Locale della Provincia di Parma 2005-07 (PAL).

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale rappresenta il sistema di cura principale per numero di prestazioni erogate (oltre 6.000.000) e per complessità della casistica. Le aree di intervento del Piano sono relative alla specialistica ambulatoriale (cinque aree, per 41 prestazioni: oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica e l'area di visite specialistiche di grande impatto) e ai ricoveri, ordinari e in day hospital/day service, per alcune aree di intervento, tra le quali l'area oncologica (interventi chirurgici, chemioterapia), cardiologica (bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, coronarografia), e per specifiche prestazioni, come l'intervento per la cataratta, la protesi d'anca, la decompressione tunnel carpale, la tonsillectomia.

La procedura seguita è la seguente:

- analisi dei dati statistici relativi alle prestazioni a monitoraggio (tempi d'attesa, indici di consumo, mobilità passiva extra-provinciale, mobilità inter-distrettuale);
- stima produzione complessiva attraverso valutazione concertata con Azienda Ospedaliero-Universitaria, i Presidi Ospedalieri dell'Azienda Usl e i Distretti.

Il Piano definisce livelli organizzativi rispetto all'espletamento della funzione di committenza e di miglioramento dell'appropriatezza:

- il Distretto, in quanto articolazione dell'Azienda USL che, in un definito ambito territoriale, governa l'assistenza territoriale, ha la responsabilità della **funzione di committenza** per rispondere alla domanda espressa dalla popolazione di riferimento, ed è pertanto deputato anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale a individuare la domanda attesa e a formulare il piano di committenza per il fabbisogno, per la produzione delle prestazioni di base oltre che per quelle a livello aziendale o sovraaziendale;
- le misure di **miglioramento dell'appropriatezza** sono affidate ai Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie e dei Dipartimenti Ospedalieri cui sono affidate responsabilità nella gestione degli ambulatori e dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- azione fondamentale per il governo dell'offerta è costituita dal **monitoraggio costante dell'andamento dei tempi di attesa** per consentire la funzione di committenza puntuale e la rimodulazione dell'offerta.

# Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: lo sviluppo delle cure primarie

Nello specifico si riporta l'andamento dell'indice di performance prospettico (equivalente alla percentuale di pazienti prenotati nella settimana di rilevazione con tempo di attesa inferiore agli standard regionali) delle principali prestazioni inserite nel Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa.

Le Figure evidenziano (per trimestre) l'andamento della performance aziendale per visite e prestazioni di diagnostica strumentale. Il dato è riferito a tutta l'offerta provinciale compresa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

## CUP Integratore di Area Vasta

In relazione alle indicazioni della DGR 1532/06 è stata avviata nel corso del 2007 un'attività integrata di riorganizzazione dei sistemi CUP per arrivare alla implementazione organizzativa ed informatica del CUP Integratore di Area Vasta Emilia Nord.

Il progetto si pone l'obiettivo di creare una sovrastruttura che consenta il dialogo fra i CUP dell'Area Vasta e la

Figura 5 - Indice di performance - visite

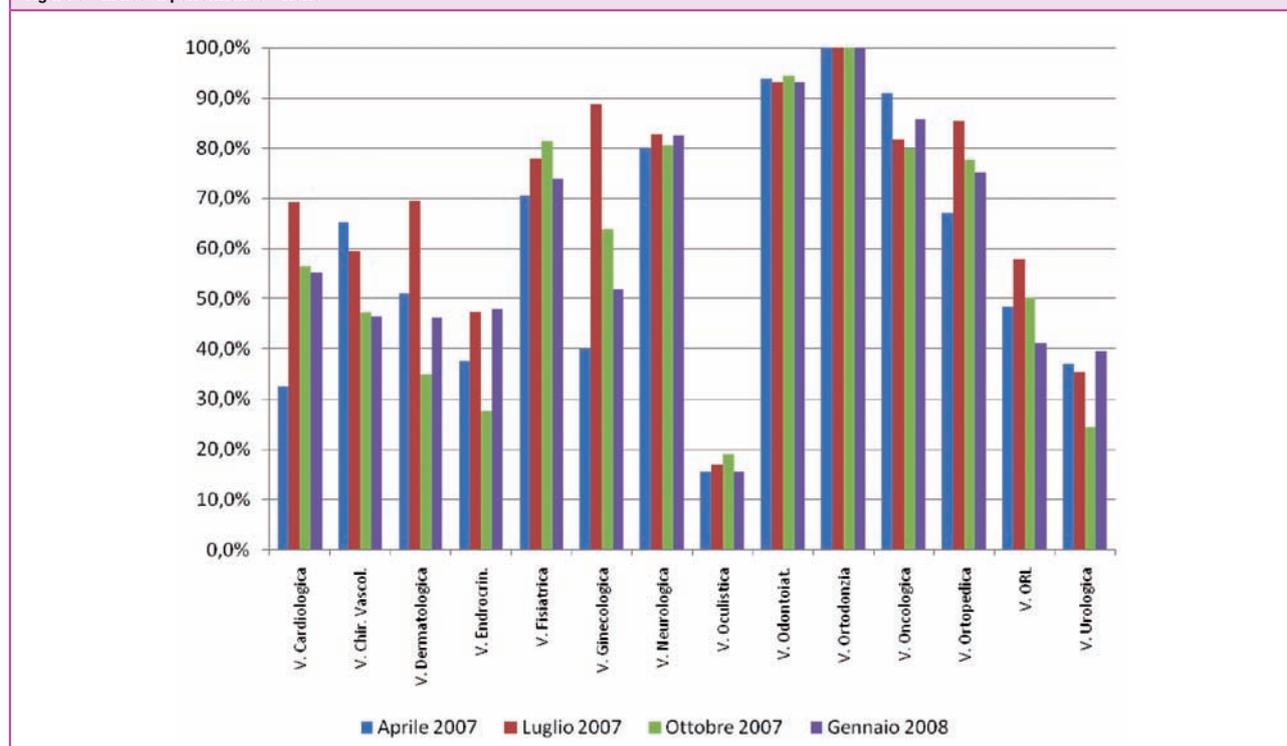
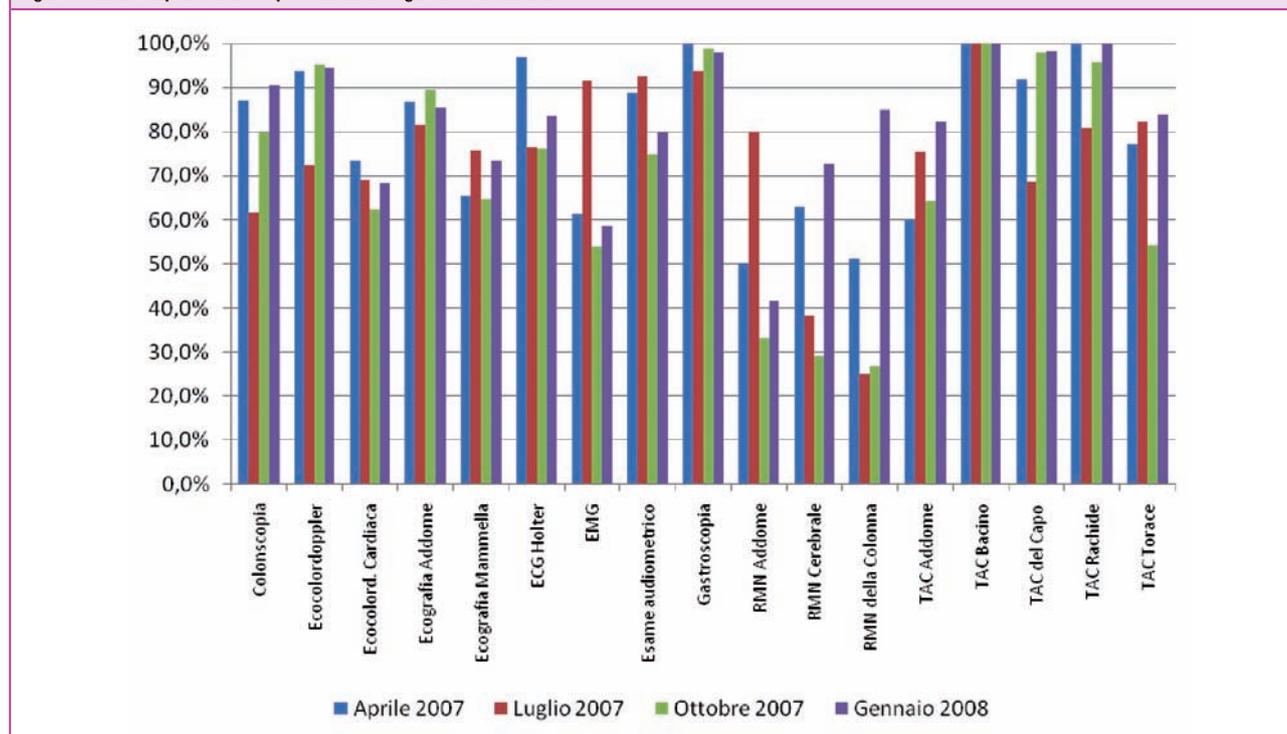


Figura 6 - indice di performance - prestazioni di diagnostica strumentale



prenotazione da parte dei cittadini anche in altri ambiti provinciali.

Sulla base di questo mandato è stato costituito un gruppo di lavoro AVEN che, per la realizzazione dell'intero progetto, ha ritenuto indispensabile un'analisi organizzativa che doveva considerare due elementi fondamentali:

- la prevalenza del fenomeno di mobilità infra-AVEN finalizzata alla valutazione di impatto e delle priorità;
- l'analisi dei sistemi organizzativi connessi al CUP (back-office e front-office) finalizzata ad una omogeneizzazione del processo.

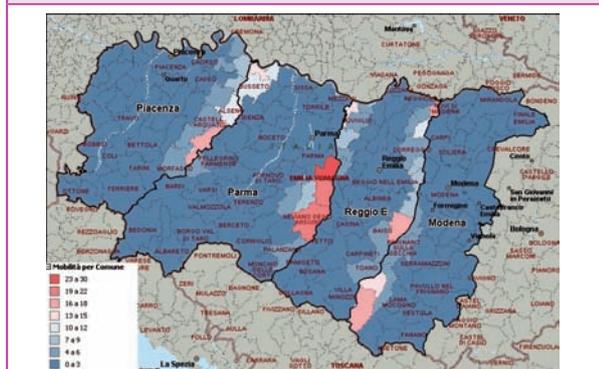
L'analisi della mobilità ha evidenziato che il fenomeno della mobilità infra-AVEN riguarda il 2% delle prestazioni.

Le ricorrenze principali riguardano la diagnostica per immagini ed in particolare 4 tipologie di prestazioni su cui è in approfondimento l'analisi organizzativa: Mammografie, TAC, RMN e PET.

**Tab 3 - Prevalenza della mobilità infraaven**

	Ambito territoriale di residenza	N. prestazioni (consumate dai cittadini)	% mobilità passiva	% mobilità in ambito AVEN	Indice grezzo di consumo (x 1.000 ab.)
TAC	Piacenza	16.103	42,1	2,9	58,4
	Parma	24.055	15,4	3,1	57,7
	Reggio Emilia	31.176	8,8	3,9	64,4
	Modena	39.796	13,4	2,0	59,8
	Totale AVEN	111.130	16,7	2,9	60,3
Rmn	Piacenza	13.485	55,2	8,1	48,9
	Parma	19.381	22,9	2,1	46,5
	Reggio Emilia	28.332	28,2	3,7	58,5
	Modena	30.890	51,7	2,3	46,4
	Totale AVEN	92.088	38,9	3,5	50,0
Pet	Piacenza	404	100,0	5,7	1,5
	Parma	687	100,0	30,3	1,6
	Reggio Emilia	368	31,0	5,2	0,8
	Modena	839	35,0	6,7	1,3
	Totale AVEN	2.298	65,2	12,3	1,2
Mammografia	Piacenza	13.813	7,8	0,3	50,1
	Parma	14.455	9,2	2,2	34,7
	Reggio Emilia	38.788	1,9	1,2	80,1
	Modena	49.712	4,1	1,0	74,7
	Totale AVEN	116.768	4,5	1,2	63,4

**Figura 7 - Prevalenza della mobilità infraaven per comune (n. prestazioni x 1.000 abitanti)**











La Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma ringrazia tutti coloro  
che hanno collaborato alla realizzazione del Bilancio di Missione.

*"Le fotografie di Fidenza e Torrechiera della Sezione 1 sono state gentilmente concesse da Achivio Parma Turismi".*

---

Studio Progettuale e Grafico  
Fotocomposizione e Stampa

**20**

**Bilancio di Missione 2007**

**07**