

7 0 3  
20

**Bilancio di Missione 2006**

06



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

# 20 06

Bilancio di Missione 2006

Allegato alla delibera n. 217 del 27 aprile 2007

La pubblicazione é stata realizzata con il contributo di



## 1

**Contesto di riferimento**

<b>Territorio</b>	15
Collocazione geografica	15
Distribuzione territoriale della popolazione residente	15
<b>Ambiente</b>	16
Inquinamento atmosferico	16
Acque	16
<b>Popolazione</b>	17
Struttura demografica della popolazione residente	17
Indice di vecchiaia	17
Percentuale di anziani e grandi anziani	18
Famiglie unipersonali	18
Presenza di stranieri	18
Speranza di vita	19
Natalità	20
<b>Condizioni socio-economiche</b>	20
Livello di istruzione	20
Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	21
Tenore di vita	22
<b>Osservazioni epidemiologiche</b>	22
Mortalità	22
Morbosità	24
<b>Stili di vita</b>	25
Studio Passi (Progressi nelle aziende sanitarie per la salute in Italia)	25
Dipendenze patologiche	27
<b>Sicurezza</b>	29
Incidenti stradali	29
Infortuni sul lavoro	30
Incidenti domestici	33
Conclusioni	33
I Distretti in cifre	34

## 2

**Profilo aziendale**

<b>Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale</b>	39
Sostenibilità economica	39
<b>Sostenibilità finanziaria</b>	42
<b>Sostenibilità patrimoniale</b>	42
<b>Impatto sul contesto territoriale</b>	44
Impatto economico	44
Impatto sociale	45
Impatto culturale	45
<b>Livelli essenziali di assistenza</b>	46
Costi e finanziamento	46
<b>Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	47
Sviluppo dei programmi regionali di screening	47
Copertura vaccinale nei bambini	48
Copertura vaccinale nella popolazione anziana	50
Controllo sugli ambienti di lavoro	50
Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari	50
<b>Assistenza distrettuale</b>	51
Assetto organizzativo	51
Assistenza residenziale e semiresidenziale	54
Rete delle cure palliative ADI e Hospice	56
Le strutture ad alta valenza sanitaria	57

# 2

## Profilo aziendale

Consultori familiari	58
Salute mentale	60
Dipendenze patologiche	61
Assistenza farmaceutica	62
Assistenza specialistica ambulatoriale	63
<b>Assistenza ospedaliera</b>	<b>68</b>
Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense	68
Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro	69
Mobilità passiva	71
Tempi di attesa	72
<b>Qualità dell'assistenza</b>	<b>73</b>
Basso peso alla nascita	73
Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani	73
Diabete, complicanze a breve termine	74
Diabete, complicanze a lungo termine	74
Parto cesareo	74
Modalità intraospedaliera a seguito d'interventi chirurgici in elezione e a basso rischio	74
Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto	75
Tasso di ospedalizzazione evitabile	75

# 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>79</b>
I Comitati Consultivi Misti	79
Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale	79
La qualità nel rapporto con i cittadini	80
Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali	80
La sicurezza nei luoghi di lavoro	80
Il Percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare	80
Lo Sportello Unico per le imprese	81
Le relazioni con le associazioni degli immigrati	81
Incontri e collaborazioni con le Associazioni	81
<b>Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute</b>	<b>82</b>
I rapporti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	82
L'avvio della sperimentazione delle condizioni di fattibilità del fondo regionale per la non autosufficienza	83
Le modalità assistenziali domiciliari	83
Le progettualità nei Comitati di Distretto	84
I Comitati di Distretto e la realizzazione delle Lauree in Infermieristica	84
I Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso un approccio comunitario ponendo al centro la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini	84
<b>Universalità ed equità di accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti</b>	<b>86</b>
L'assistenza ospedaliera	86
Accordi interaziendali	88
Percorsi per l'Accreditamento e la Qualità	89
La prevenzione individuale	90
La prevenzione collettiva	91
Attività distrettuale	91
Assistenza specialistica ambulatoriale	94

## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali.

Area della salute mentale	95
Area socio sanitaria	97
Le reti cliniche	98
Le problematiche emergenti	102
<b>Le azioni di supporto finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza</b>	<b>102</b>
Sistema informativo: miglioramento dell'informazione e della rete	102
L'Area Vasta e la politica degli acquisti	103
La gestione del rischio	103
Le integrazioni con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	104
La politica del personale e lo sviluppo organizzativo	104
I Dipartimenti ospedalieri	105
La riorganizzazione della pediatria territoriale	105
La riorganizzazione dei servizi che operano nell'area del disagio mentale e delle dipendenze	105
La contrattazione integrativa	106
Gli sviluppi della formazione come progetto di innovazione	106

# 4

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

<b>La carta di identità del personale</b>	<b>111</b>
Andamento del personale a tempo parziale	112
Altri rapporti con personale non dipendente	112
<b>Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa</b>	<b>112</b>
Livelli di partecipazione dei professionisti	113
Attività del Collegio di Direzione	113
Organismi di carattere collegiale e partecipazione dei professionisti	113
Gruppi di lavoro per linee di programmazione	114
Gruppi interaziendali AUSL/AOSP	115
<b>Gestione del rischio e della sicurezza</b>	<b>114</b>
<b>Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali</b>	<b>119</b>
Servizio Infermieristico e Tecnico - SIT	119
Valorizzazione del ruolo infermieristico - ostetrico nelle strategie aziendali	119
Salute donna e bambino	120
Presidio Ospedaliero di Fidenza e Comparto Operatorio	120
Salute Mentale	120
Dialisi	120
Programma Geriatria Territoriale	121
Accreditamento	121
<b>Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze</b>	<b>121</b>
Area Comparto	121
Aree Dirigenziali	122
<b>Il Piano Aziendale di Formazione (PAF)</b>	<b>123</b>
Progetto "Ponte"	123
Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente	123
Collaborazione alla formazione universitaria	124
Collaborazioni con altri Enti di formazione provinciali	124

# 5

## Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

<b>Ruolo e strategia comunicativa</b>	127
<b>La comunicazione per l'accesso ai servizi</b>	127
I meccanismi di coordinamento	127
L'Audit civico	128
Gli Strumenti per l'accesso	128
Il consolidamento e lo sviluppo dei progetti informativi on-line	129
La rassegna delle documentazioni e delle pubblicazioni	130
<b>La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza</b>	130
L'informazione al momento dell'accesso	130
Il consolidamento del Progetto Sole (Sanità On Line)	131
Le potenzialità della Banca dati del Numero Verde	131
<b>La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità</b>	131
La comunicazione e la progettualità interistituzionale	131
La comunicazione e la prevenzione	131
La comunicazione esterna per l'identificazione dell'azienda	132
I rapporti con i mezzi di informazione	132
<b>La comunicazione interna aziendale</b>	133
La newsletter "Flash d'Azienda"	133
La rete Intranet aziendale e la rassegna stampa	133
L'accesso alle biblioteche on-line	133
<b>L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni</b>	133

# 6

## Ricerca e innovazione

<b>Ricerca e innovazione</b>	135
<b>Progetti di modernizzazione</b>	137
<b>La telemedicina</b>	138
<b>Altri ambiti di ricerca e modernizzazione</b>	138
Area Socio-sanitaria	138
Area Clinica e Organizzazione di servizi sanitari	139
Alta Tecnologia	139
Innovazione tecnologica	139
Area della Prevenzione	139
Area della salute mentale e del disagio giovanile	139
Attività del Comitato Etico	140

# 7

## Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

<b>Giovani e benessere</b>	143
Prove di volo	143
Alcune tipologie di interventi e di ricerche-azioni	144
Formazione	145
Servizi di prossimità	146
Spazio Giovani	147
Progetto meeting giovani - Le mie domande non solo le mie	148
Altri progetti	148
<b>La sicurezza alimentare</b>	148
I percorsi formativi per gli operatori	150
Lavorare per procedure e istruzioni operative	150
Informazione all'interno	150
PPS - piano per la salute: Sicurezza Alimentare	150
Informatizzazione attività	150
Progetto AUSL di Parma - Regione Emilia Romagna	150

L'anno 2006 è stato un anno ricco di nuove attività e servizi, che ha visto tutti i collaboratori dell'Azienda impegnati per migliorare la qualità dei servizi offerti ed essere sempre più puntuali nel rispondere alle esigenze di chi ha necessità di assistenza e cura.

Il Piano Attuativo Locale (PAL), approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, ha rappresentato il principale appuntamento programmatico del 2006; con il PAL gli enti locali hanno definito le linee di sviluppo delle azioni e dei servizi per la tutela della salute dei cittadini di Parma per l'ulteriore qualificazione del ruolo e delle eccellenze della sanità provinciale in ambito regionale e nazionale, con l'apporto dell'Azienda, dei suoi professionisti, in collaborazione positiva con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Lo strumento di programmazione strategica triennale si articola in progetti per tre aree tematiche: assistenza territoriale, assistenza ospedaliera e dell'integrazione socio-sanitaria. In ciascuna di esse, una precisa serie di linee di indirizzo, tutte fondate sulla necessità di raggiungere obiettivi comuni e trasversali. Qualità, equità e appropriatezza delle cure, dell'accesso ai servizi, superamento delle criticità ancora in essere sono le idee guida che hanno presieduto all'elaborazione del PAL per corrispondere ad esigenze e domande di salute dei cittadini. Prevenzione e promozione della salute; impulso all'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri; conferma della rete come modello vincente per una più completa assistenza al cittadino sono gli obiettivi che caratterizzano il PAL che sono stati declinati in tutti i progetti sia sotto il profilo delle attività che dell'organizzazione. Il complesso lavoro di elaborazione ed il percorso di approvazione è stato condotto valorizzando l'integrazione professionale e disciplinare - sono stati 27 i gruppi di lavoro creati con la partecipazione di circa 155 professionisti dell'Azienda Usl, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ma anche di altre Aziende della Regione - e l'integrazione e il confronto con le istituzioni locali sia nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sia nei Comitati di Distretto. Tale percorso ha permesso di definire priorità e linee di azione, quale esito di un'ampia e partecipata discussione, sia a livello politico-istituzionale sia a livello tecnico. Già nel 2006 è stata avviata l'attuazione del PAL e in questo bilancio di missione se da atto in modo puntuale.

Dai Piani per la Salute, strumento per la promozione della salute attraverso un approccio comunitario con al centro la partecipazione di enti, associazioni, cittadini, l'impegno aziendale del 2006 è stato orientato a far diventare le elaborazioni e le idee nate dalla partecipazione e dalla collaborazione di tanti soggetti, azioni strategiche, concrete attività ed iniziative, di cui si da conto nella sezione 3°. Sono tre le direttrici lungo le quali ci si è mossi: le "sicurezze", alimentare, del lavoro, il contrasto al disagio giovanile e la prevenzione intesa come corretta alimentazione ed il contrasto all'obesità infantile e adulta. La necessità di far convergere respon-

sabilità e impegni di soggetti diversi e di coinvolgere i cittadini, le imprese, i lavoratori, nella definizione delle azioni e nella loro realizzazione, ha caratterizzato anche le azioni concrete poste in essere nel 2006: con le associazioni dei produttori per promuovere maggiore sicurezza degli alimenti, con le associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori per maggiore sicurezza nel lavoro e la riduzione degli infortuni, con le famiglie e i ragazzi per promuovere stili di vita sani, con i gestori delle strutture residenziali per anziani per promuovere una buona alimentazione e qualità della vita degli anziani ospiti. Il progetto per la prevenzione del disagio giovanile "Prove di volo", che viene illustrato nella sezione 7, ha assunto una rilevanza istituzionale particolare per la molteplicità dei soggetti coinvolti, che ha visto anche il sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Parma, per l'ampiezza e l'articolazione delle azioni svolte, l'approccio multidisciplinare e l'integrazione professionale che lo ha caratterizzato, e soprattutto perché si è proposto di affrontare in un'ottica di prevenzione non episodica, fenomeni di disagio presenti fra i giovani, spesso non riconosciuti o inascoltati e che non trovano nella complessità dei percorsi dei servizi e delle istituzioni i modi e le forme per essere affrontati.

Integrazione istituzionale e attenzione al cambiamento della società, dei bisogni e delle risposte ha caratterizzato anche il percorso di avvio del Fondo per la non autosufficienza sperimentato nel 2006. Con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, con la Provincia, con i Comitati di Distretto, l'Azienda ha collaborato per la costruzione e lo sviluppo di un approccio integrato di metodi e di modelli assistenziali per il sostegno e l'assistenza ad anziani non autosufficienti. La promozione della domiciliarità, priorità accolta anche dalle linee della Regione sul Fondo per la non autosufficienza, è stata perseguita accogliendo nella programmazione della Conferenza e nella attuazione nei Comitati di Distretto e dell'Azienda, modelli flessibili di intervento, quali gli appartamenti protetti con servizi, e l'avvio di sperimentazioni nell'assistenza socio-sanitaria volto a sostenere gli anziani fragili nella permanenza al loro domicilio.

La centralità del Distretto, nella sua componente di sede della partecipazione dei Comuni alla governo della sanità e di modello assistenziale integrato dei servizi sanitari e sociali, è stato uno dei principali impegni e ambiti di attività nel 2006. Né è dimostrazione sia il rilevante impegno dei Comitati di Distretto nella definizione dei Piani delle attività territoriali e nelle scelte compiute sulla programmazione dei servizi, sia gli sforzi compiuti nella ricerca e nell'innovazione nella rete delle cure primarie e per rafforzare il ruolo dei Distretti nella committenza delle attività e prestazioni. Il 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 dal governo del percorso del sistema delle cure specialistiche e ospedaliere, ha

indirizzato gli impegni dell'Azienda nello sviluppo delle cure primarie e della medicina generale e nel rafforzare il ruolo dei Medici di Medicina Generale e la responsabilità dei referenti dei nuclei di cure primarie. Con l'aggiornamento relativo al 2006 dell'Accordo locale 2005-2007 con le organizzazioni dei Medici di Medicina Generale, è stato riconfermato il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale nel nuovo assetto aziendale; in tale ambito ha avuto ulteriore impulso l'associazionismo dei medici, sono state riconosciute nuove associazioni e nuove sedi integrate con i servizi aziendali, è stata promossa l'integrazione dei percorsi ospedale-territorio per migliorare l'accessibilità dei servizi ai cittadini. Nel contempo l'Azienda ha promosso un progetto innovativo per l'autonomia distrettuale condotto in collaborazione con il Jefferson Medical College di Philadelphia e l'Agenzia Sanitaria Regionale.

La ricerca ha l'obiettivo di mettere a punto un modello di finanziamento basato non solo sulla popolazione residente ma anche sulle caratteristiche di salute della popolazione e quelle socio-demografiche. Il progetto avviato nel 2006 vede il coinvolgimento non solo dei Distretti, ed in particolare dei Dipartimenti di cure primarie, ma prevede come attori principali i nuclei di cure primarie per far "conoscere" la popolazione di riferimento e, di conseguenza, delineare modelli assistenziali adeguati a rispondere ai bisogni di salute.

Vincoli e opportunità in una rete di servizi e in una rete clinica legano assistenza ospedaliera e assistenza territoriale: accanto alla centralità dell'assistenza distrettuale non minore è stato l'impegno per lo sviluppo delle attività degli Ospedali di Fidenza e di Borgo Val di Taro. Completata l'assetto dei Dipartimenti ospedalieri, in particolare per l'Ospedale di Borgo Val di Taro, il 2006 è stato l'anno del consolidamento e dell'attività dello sviluppo delle attività con significativi risultati in termini di obiettivi di salute e gestionali, come illustrato più dettagliatamente nelle sezioni 2° e 3°. Non ci si riferisce solo all'incremento dell'attività, che pure è significativo in diversi ambiti e ha consentito di accrescere l'attrazione delle nostre strutture ospedaliere, ma alla sua qualificazione, al miglioramento dei percorsi assistenziali, al completamento del percorso di assistenza ospedaliera dopo la fase acuta con l'apertura della Lungodegenza di San Secondo, all'integrazione con il territorio. Un impegno di grande rilievo è stato l'accreditamento ottenuto dall'Ospedale di Fidenza: si è trattato di un importante risultato, raggiunto con la partecipazione della direzione e di tutto il personale, coinvolto in prima persona nella definizione dei percorsi, delle procedure, dell'attività e dei risultati dell'ospedale al fine di garantire qualità e sicurezza ai cittadini per il continuo miglioramento dei servizi. Lo sviluppo del ruolo, delle funzioni e dell'attività dei Presidi Ospedalieri aziendali ha poi potuto contare sul rafforzamento delle responsabilità dei dipartimenti ospedalieri, anche grazie a specifiche azioni di supporto messe in atto dall'Azienda in coerenza con gli indiriz-

zi regionali in materia di atto aziendale, e più in generale della dirigenza medica con responsabilità gestionali.

Qualità, equità e appropriatezza delle cure sono stati gli orientamenti che hanno guidato l'azione aziendale in materia di politica del farmaco. Le azioni poste in essere e le modalità innovative di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, del Medici Specialisti anche in ambito ospedaliero, hanno permesso di conseguire significativi risultati nell'assicurare cure appropriate ai cittadini e sostenibilità economica (illustrate nelle sezioni 2° e 3°), riducendo con un progressivo avvicinamento alla spesa media regionale. Ciò ha consentito di indirizzare le risorse allo sviluppo di modalità assistenziali, e fra queste l'assistenza domiciliare, l'assistenza degli Hospice, che hanno arricchito la rete dei servizi e le opportunità di cura.

Fra i progetti del PAL che maggiormente hanno previsto innovazioni nell'organizzazione e nell'offerta di servizi, è sicuramente l'area della salute mentale. Gli ambiziosi obiettivi del PAL, sintetizzabili nella prevenzione, in approccio innovativo alla rete dei servizi, nell'ampliamento dell'offerta di servizi verso bisogni nuovi e nuove modalità di approccio al disagio ed alla malattia mentale, nell'integrazione dei servizi, in un rinnovato rapporto con le comunità locali e con i familiari, hanno avuto alcune significative attuazioni nel 2006, di cui si da conto in questo bilancio di missione. In particolare pieno è stato il coinvolgimento delle comunità locali e delle associazioni dei familiari dei malati psichiatrici nella definizione del piano di sviluppo della Fattoria di Vigheffio, luogo aperto per la prevenzione e la cura di malati psichiatrici, punto di riferimento per attività di aggregazione e di socializzazione e laboratorio di sperimentazione di progetti innovativi in collaborazione con cooperative di solidarietà sociale e mondo del volontariato. Mentre il confronto con le associazioni dei familiari dei malati psichiatrici è stato proficuo per realizzare interventi di miglioramento logistico e funzionali, finalizzati alla valorizzazione di attività riabilitative, del Centro Santi, altro importante struttura per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di malati psichiatrici.

Significativo, oltre che di grande impegno per tutti gli operatori del Dipartimento di salute mentale è stato poi il percorso che ha portato all'accreditamento del Dipartimento, attività che ha permesso di meglio definire obiettivi e modalità di lavoro in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale.

Ancora una volta l'impegno, la competenza e la professionalità delle donne e degli uomini che lavorano in Azienda, insieme alle sinergie ed alle collaborazioni instaurate nel territorio, hanno reso possibile gli importanti risultati conseguiti.

**Maria Lazzarato**  
Direttore Generale  
Azienda Usl di Parma

# 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 3449 Km quadrati ed una popolazione al 1/1/2006 di 416.832 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.

Fig.1 Rappresentazione della cartina geografica dell'Azienda USL di Parma e dei suoi Distretti



Fonte: Interna Azienda USL di Parma

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, circa il 25% del territorio risulta interessato da qualche fenomeno franoso, e sono soltanto 16 i comuni privi di dissesti, praticamente tutti in pianura. Il territorio è servito dall'Autostrada del Sole per 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

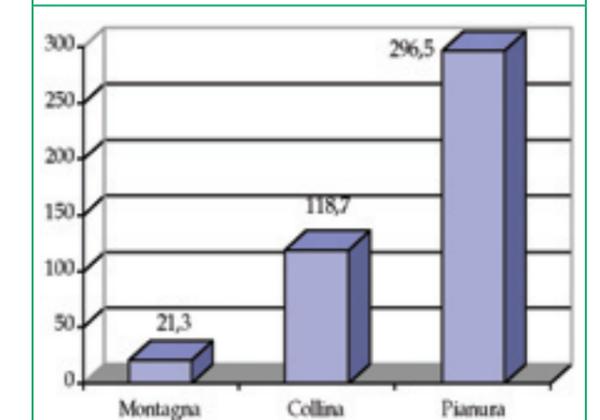
La distribuzione percentuale della popolazione residente per zona altimetrica e per distretto è la seguente:

Zona altimetrica	Montagna	Collina	Pianura	Totale
Distretto Parma	-	56,5	43,5	100,0
Distretto Fidenza	-	-	100,0	100,0
Distretto Valli Taro e Ceno	54,7	45,3	-	100,0
Distretto Sud-Est	9,6	76,3	14,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>7,7</b>	<b>30,9</b>	<b>61,4</b>	<b>100,0</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

La densità abitativa, che nel complesso è di 120,8 ab/km quadrati, rispecchia questa disomogeneità:

Fig.2 Densità abitativa del territorio (ab7km quadrati)



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Ovviamente il dato relativo alla pianura risente della presenza della città capoluogo di provincia che, con i suoi 175.789 abitanti e una densità di 674,1 ab/km quadrato, influenza in maniera decisiva il risultato.

Tab.2 Densità abitativa per Distretto

Distretto	Min	Max	Totale
Parma	234,3	674,1	490,9
Fidenza	59,2	254,2	148,8
Valli Taro e Ceno	9,6	110,2	31,1
Sud-Est	13	213,9	77,3

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

**Ambiente**

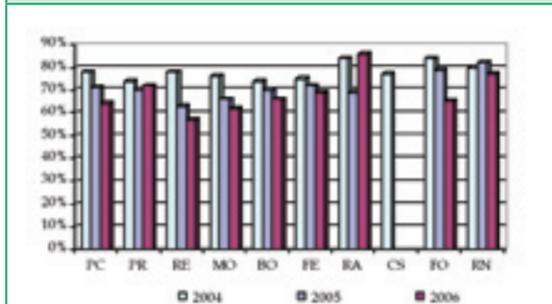
**Inquinamento atmosferico**

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. Le polveri con diametro aerodinamico inferiore a 10 micrometri, il PM10, rappresentano il principale tracciante da monitorare per stimare il rischio sanitario. Il quadro degli effetti sulla salute è ormai noto: effetti a breve termine che si manifestano a concentrazioni crescenti di polveri, senza una soglia minima di effetto, ed effetti a lungo termine. Uno studio americano del 2002 ha indagato la frazione di polveri inferiore a 2,5, capace di penetrare fino agli alveoli polmonari e, secondo le ultime evidenze, anche di attraversare la barriera sangue-polmone. Per ogni 10 microgrammi/metro<sup>3</sup> di PM2,5 si ha un aumento del rischio di questo tipo:

Mortalità per tutte le cause	4%
Cause cardiorespiratorie	6%
Tumore del polmone	8%

Nella tabella seguente si può notare come nel corso degli ultimi anni il numero di superamenti annuali oltre i 50 microgrammi/m<sup>3</sup> sia 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: ug/m<sup>3</sup>)**



Fonte: - Elaborazioni da Statistica self service: 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**

**Approvvigionamento idrico**

**Acque destinate al consumo umano**

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 frazionati 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 ad 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. 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 1100 acquedotti, la stragrande maggioranza dei quali consistono in reti di montagna a servizio di piccoli agglomerati. La frequenza dei controlli effettuati dal S.I.A.N. sul singolo acquedotto è tanto maggiore quanto maggiore è il volume di acqua erogata all'utenza. In totale nell'intera Azienda USL di Parma ogni anno vengono prelevati nelle reti acquedottistiche circa 1400 campioni (destinati ad analisi sia chimiche che batteriologiche) mentre sulle fonti vengono effettuati circa 300 campioni (sempre con analisi chimiche e batteriologiche complete). Oltre all'attività di prelievo, il S.I.A.N. effettua anche ispezioni periodiche sui principali impianti per verificarne le condizioni

strutturali e funzionali. 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.

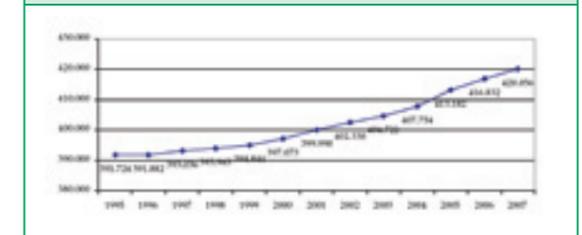
**Popolazione**

**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 391.724 all'1/1/1995 a 420.056 all'1/1/2007 (+ 6.7%).

**Fig.4 La popolazione residente in Provincia di Parma 1995-2007**



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Marzo 2007 - Dati provvisori dalla Provincia di Parma

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 le 420.000 persone. Il costante aumento della popolazione anziana è controbalanciato 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.3 Popolazione residente per Distretto all'1/1/2006**

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Parma	97.330	103.377	203.707
Fidenza	47.904	49.861	97.765
Valli Taro e Ceno	22.869	23.279	46.148
Sud-Est	34.273	34.939	69.212
Totale	202.376	214.456	416.832

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Si conferma la tendenza all'aumento della popolazione dei comuni della fascia attorno alla città, Torrile, Lesignano Bagni, Felino e Sala Baganza, mentre i comuni

con saldo negativo sono quasi tutti montani, ad eccezione di un cluster tra i comuni della bassa parmense (Busseto, Fontanellato).

**Indice di vecchiaia**

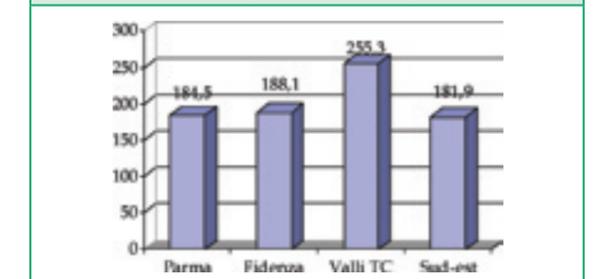
L'indice di vecchiaia si calcola rapportando in percentuale la popolazione ultrasessantacinquenne con quella fino a 14 anni, e fornisce una buona "fotografia" del grado di invecchiamento raggiunto dalla popolazione considerata. Ciò è particolarmente importante perché questa situazione rappresenta ormai 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. L'indice di vecchiaia della provincia è di 192,0, con un range che va dal 255,3 del Distretto Valli Taro e Ceno al 181,9 del Sud-Est: 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 732,7 di Bore (BT) al 91 di Torrile (PR), unico comune con indice sotto i 100 di tutta la provincia.

**Tab.4 Indice di vecchiaia**

Comuni con I.V. più alto	I.V.	Comuni con I.V. più basso	I.V.
Bore (Valli Taro Ceno)	732,7	Torrile (Parma)	91,0
Monchio (Sud Est)	703,1	Lesignano (Sud Est)	125,9
Varsi (Valli Taro Ceno)	656,8	Colorno (Parma)	135,1

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

**Fig.5 Composizione % della popolazione per distretto per fasce d'età**



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Valutando poi la situazione per zone altimetriche, è la collina a riscontrare l'indice più basso (179,2) e più precisamente le zone precollinari a ridosso del capoluogo e quelle dove prevale la lavorazione del prosciutto. 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.5 Composizione % della popolazione per Distretto per fasce d'età

Distretto	0/14 anni	15/64 anni	65/74 anni	oltre 75 anni	Totale
Parma	12,0	65,8	11,1	11,1	100,0
Fidenza	12,5	64,0	11,5	12,0	100,0
Valli Taro e Ceno	10,9	61,4	13,0	14,7	100,0
Sud-Est	12,5	64,8	11,1	11,6	100,0
Totale	12,1	64,7	11,4	11,8	100,0

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - 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'1.1.2006 risultano essere 96.731 ma è sempre più importante il peso dei cosiddetti "grandi anziani": infatti l'8,7% ha tra 75 e 84 anni (36.340) e il 3,1% più di 85 anni (12.817). I centenari sono 94 (91 donne e 3 uomini), anche se, come si può notare, in tutte le classi di età considerate il trend quinquennale è inferiore alla media regionale.

Tab.6 Gli ultra 65enni

Residenza	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	Var.% 2006/2002
Parma	92.429	93.278	94.321	95.478	96.731	4,5
Regione	897.465	908.616	921.812	937.390	951.403	5,7

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

Tab.7 Gli ultra 75enni

Residenza	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	Var.% 2006/2002
Parma	46.127	46.969	47.472	48.219	49.157	6,2
Regione	433.078	443.430	451.235	461.202	472.167	8,3

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

Tab.8 Gli ultra 85enni

Residenza	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	Var.% 2006/2002
Parma	13.428	12.717	12.044	11.958	12.817	-4,5
Regione	120.387	115.162	109.440	110.122	118.306	-1,7

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

Tab.9 Popolazione ultra 65enne per Distretto all'1/1/2005

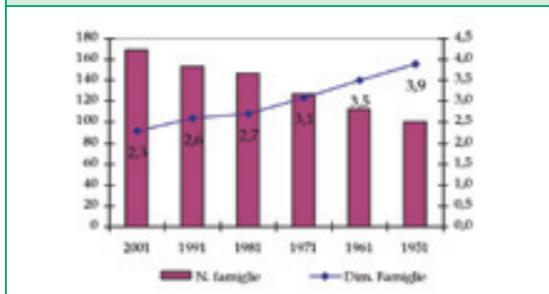
Distretto	65/74		75/84		Oltre 85		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parma	22.705	11,5	16.857	8,3	5.685	2,8	45.247	22,2
Fidenza	11.205	11,5	8.706	8,9	3.045	3,1	22.956	23,5
Valli Taro e Ceno	5.989	13,0	4.900	10,6	1.898	4,1	12.787	27,7
Sud-Est	7.675	11,1	5.877	8,5	2.189	3,2	15.741	22,7
Regione	47.574	11,4	36.340	8,7	12.817	3,1	96.731	23,2

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

**Famiglie unipersonali**

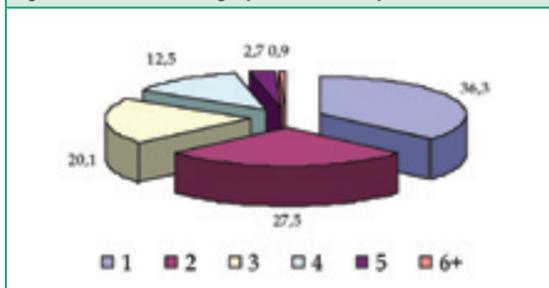
Il numero delle famiglie cresce ad un ritmo superiore a quello della popolazione complessiva, essendo aumentate dal 1997 al 2005 di 20.000 nuclei: tra il 2005 e il 2006 si è peraltro riscontrata una diminuzione del numero delle famiglie in 16 comuni su 47. Lo scarto più significativo riguarda il Comune di Monchio, -3,81%, il saldo positivo maggiore a Fidenza + 5,63%. In generale tra il 2005 e il 2006 il saldo positivo è di 1,60%. 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 di un terzo del totale; ciò determina, e lo farà ancora di più nei prossimi anni, notevoli implicazioni nella scelta delle politiche abitative provinciali.

Fig.6 Numero delle famiglie in provincia di Parma (migliaia) e numero medio di componenti (1951/2001)



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Fig.7 Distribuzione delle famiglie per numero di componenti

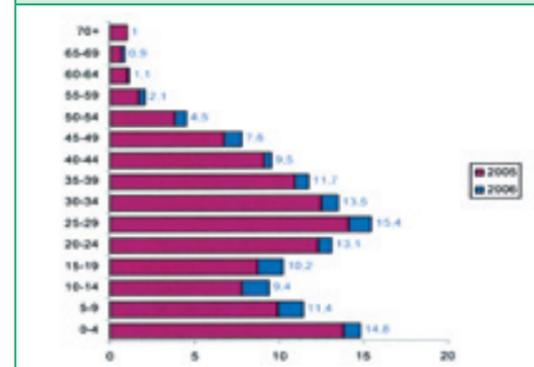


Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

**Presenza di stranieri**

Gli stranieri residenti a Parma si sono quintuplicati nell'ultimo decennio, passando da 5.944 nel 1995 a 30.798 nel 2006, costituendo il 7,4% della popolazione provinciale. La concentrazione maggiore si ha nell'età lavorativa e feconda, situazione che condiziona anche il notevole aumento della popolazione da 0 a 4 anni. Nel grafico seguente si può apprezzare anche il peso percentuale che la popolazione immigrata ha nelle varie classi di età.

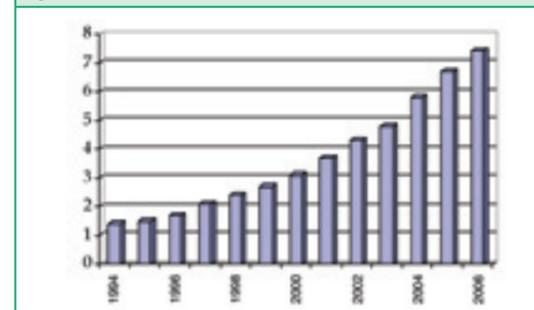
Fig.8 Distribuzione degli stranieri per classi di età - variazione 2005-2006



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

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

Fig.9 Percentuale di stranieri sul totale dei residenti - 1994-2006



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

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 delle 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 48,4%, 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 della abitazioni è più basso. Per quanto riguarda la provenienza, la nazionalità più rappresentata resta quella albanese, che conta 4.151 unità, aumentata del 12,8% solo nell'ultimo anno. In generale si può osservare una lieve flessione della percentuale di cittadinanza nord-africana controbilanciata da un consistente aumento di cittadini provenienti da paesi extra UE, che ormai raggiungono il 33,6% del totale. All'interno del fenomeno "immigrazione", il problema della clandestinità non è facilmente rilevabile: tuttavia, i due principali istituti che si occupano di immigrazione, l' ISMU di Milano e la Caritas di Roma, concordano nello stimare la presenza di clandestini pari al 10/15% dei regolari. Trasponendo queste stime nella nostra realtà, si ritiene che a Parma possano essere presenti oltre 3000 clandestini.

**Speranza di vita**

Le caratteristiche demografiche illustrate in precedenza influenzano anche l'indicatore "speranza di vita" sia alla nascita che a 65 anni. Così, 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 agli ultimi posti in regione.

Tab.10 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) - Anni 1997 - 2005

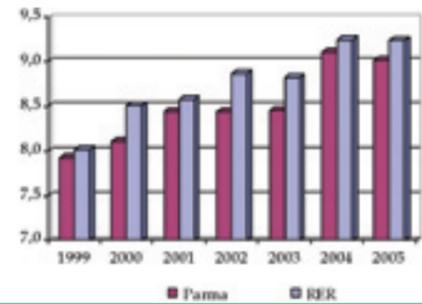
Tab.11 Speranza di vita a 65 anni su base triennale per Provincia di Parma

	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) - Anni 1997 - 2005

Natalità

Fig.10 Tasso grezzo di natalità - 1999-2005



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Il tasso grezzo di natalità è progressivamente aumentato negli ultimi anni passando da 7,2 del '99 a 9,02 nel 2005, pur mantenendosi a livelli lievemente inferiori alla media regionale. Nell'ultimo anno sono nati 3.721 bambini rispetto ai 3.535 dell'anno precedente. E' da sottolineare che i bambini di cittadinanza straniera sono 597, pari al 16% (rispetto al 14,9 dell'anno precedente) e distribuiti in maniera omogenea nei 4 distretti.

Tab.12 Nuovi nati per Distretto all'1/1/2006

Distretto	Totale	Stranieri	% Stranieri
Parma	1.840	286	15,5
Fidenza	875	155	17,7
Valli Tarò e Ceno	352	66	18,7
Sud-Est	654	90	13,8
<b>Totale</b>	<b>3.721</b>	<b>597</b>	<b>16,0</b>

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Analizzando le classi di età scolare, di particolare interesse per la programmazione dei servizi scolastici, si può notare come l'incremento dell'ultimo anno sia particolarmente rilevante per le scuole dell'infanzia; tali aumenti dovrebbero riflettersi nei prossimi anni anche nelle età successive, nelle quali si rileva comunque un aumento nella scuola elementare e secondaria, sia pure a livelli meno evidenti.

Tab.13 Crescita coorti di età scolare

Scuola	Classe di età	Incremento	Incr. %
Scuola dell'Infanzia	3-5 anni	+407	4,0%
	2° anno	+465	4,7%
Scuola elementare	6-10 anni	+444	2,9%
Scuola secondaria	14-18 anni	+453	3,0%

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2006. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Solamente la classe 11-13 anni è sostanzialmente stabile: l'analisi e la valutazione di tendenza per i prossimi anni potranno contribuire a meglio orientare le politiche scolastiche.

Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione

Riportiamo, di seguito, il numero degli studenti iscritti per l'anno scolastico 2004/2005 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 - 2004/2005

Tipo di istituto	Statale	Non statale	Totale	Variazioni
Scuola dell'Infanzia	3.873	5.635	9.508	+1.8
Scuola primaria	14.554	1.153	15.707	+0.5
Scuola secondaria di primo grado	9.391	660	10.051	-0,2
Scuola secondaria di secondo grado	15.640	522	16.162	+1.4
<b>Totale</b>	<b>43.458</b>	<b>7.970</b>	<b>51.428</b>	<b>+0.9</b>

Fonte: "Essere studenti 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 questa percentuale può nascondere alcuni casi difficili (frequenze saltuarie, abbandono), solo negli ultimi due anni del ciclo scolastico cominciano 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 ormai rappresentano più dell'8% del totale. La quota più alta si trova nel ciclo primario (10.4%) quella più bassa nella secondaria (+ 5.4%), che per altro ha visto l'aumento più significativo negli ultimi anni scolastici. Per quanto riguarda le cittadinanze, alle due più rappresentate storicamente, quella albanese e quella marocchina, conoscono un significativo passo in avanti quello rumena e moldava. Riportiamo di seguito i comuni, suddivisi per distretto nei quali l'incidenza degli alunni stranieri è più elevata.

Tab.15 Indice incidenza alunni stranieri per Distretto (%)

Parma	Fidenza	Valli Tarò e Ceno	Sud Est
Mezzani 14,6	Polesine 15,4	Valmozzola 46,2	Tizzano 20,6
Colomo 14,3	Roccabianca 13,1	Fornovo 16,1	Neviano 18
Torile 12	Zibello 13,5	Pellegrino 15,1	Langhirano 13,9

Fonte: "Relazione annuale" - Pubblicazione edita da Osservatorio Provinciale Scolastico

Ma i dati più allarmanti riguardano il confronto tra regolarità, ritardo e bocciatura tra alunni italiani e stranieri; il divario risulta particolarmente accentuato nella scuola secondaria, nella quale la percentuale è la più alta dell'Emilia Romagna.

Tab.16 Percentuale regolarità/ritardo scolastico nella scuola media superiore per cittadinanza

Stranieri		Italiani	
Regolari 29%	Ritardi 71%	Regolari 83,5%	Ritardi 16,5%

Fonte: "Relazione annuale" - Pubblicazione edita da Osservatorio Provinciale Scolastico

Tale situazione meriterebbe una profonda riflessione sulle motivazioni di questo andamento, dal momento che si tratta di alunni spesso presenti già da anni nel nostro

paese e per i quali il processo di integrazione dovrebbe già essere stato avviato.

Tab.17 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.18 Percentuale 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 50° posto tra la provincia emiliano romagnola.

Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

Tasso di attività

Tab.19 Tasso di attività per sesso

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	-	-	78,8	63,4

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, elaborazione interna.

Tasso di occupazione

Tab.20 Tasso di occupazione

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	-	-	76,6	60,0

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, elaborazione interna.

Tasso di disoccupazione

Tab.21 Tasso di disoccupazione

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

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, elaborazione interna.

Dalle tabelle presentate risulta che, sia pure di poco, la provincia di Parma, presenta indicatori superiori alle medie regionali per tutti i parametri considerati e nei due sessi.

Distribuzione attività economiche per settore

Tab.22 Imprese attive per settore di attività economica

	2001	2002	2003
Agricoltura, caccia e silvicoltura	8.126	7.932	7.663
Pesca, piscicoltura e servizi connessi	5	5	6
Estrazione di minerali	48	47	44
Attività manifatturiere	6.250	6.290	6.332
Prod. e distr. energia elettrica, gas e acqua	17	16	19
Costruzioni	6.189	6.517	6.921
Comm. ingr. e dett., rip. beni pers. e per la casa	9.718	9.602	9.531
Alberghi e ristoranti	1.828	1.818	1.851
Trasporti, magazzino e comunicazione	1.405	1.409	1.391
Intermediazione monetaria e finanziaria	761	873	882
Attiv. immob., noleggio infomat., ricerca	3.524	3.812	3.992
Istruzione	88	91	93
Sanità e altri servizi sociali	148	162	163
Altri servizi pubblici, sociali e personali	1.655	1.660	1.668
Imprese non classificate	313	148	115
<b>Totale</b>	<b>40.075</b>	<b>40.375</b>	<b>40.671</b>

Fonte: Atlante socio economico dei comuni parmensi anno 2003.

Dal numero e dalla tipologia delle imprese attive dal 2000 al 2003, si evince un calo evidente della aziende agricole (- 5,7) e un considerevole aumento della categoria "Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca", + 11,7: tale tendenza si può apprezzare anche nel numero di occupati, che nel decennio 1993-2003, vede un calo nel settore agricolo e nel commercio. La distribuzione percentuale dei settori produttivi vede al primo posto il commercio; nel settore manifatturiero le attività più rappresentate sono quelle metalmeccaniche, 2351 imprese di produzione metallo e macchinari, mentre le aziende alimentari sono 1414.

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 2001-2003

Provincia	2001	2002	2003	2004	Incremento
Parma	3.768	5.002	5.769	5.493	45,8%
Regione	37.886	45.379	45.177	43.335	14,4%

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)

A Parma risulta particolarmente in crescita il sesso femminile, che passa dal 38,3% del 2001 al 46,8% del 2003.

Lavoratori stranieri per settore di attività

Tab.24 Lavoratori non comunitari anni 2001-2003

Provincia	2001	2002	2003	2004	Incremento
Parma	5.328	7.794	8.326	14.918	64,3%
Regione	59.032	77.386	88.609	123.399	52,2%

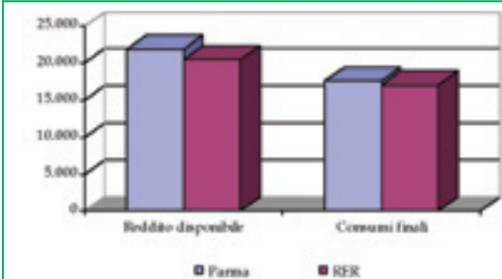
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali)

Per quanto concerne il settore di attività, i lavoratori non comunitari maschi sono impiegati prevalentemente nella filiera agro alimentare, 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, cooperativi di servizi). L'aumento della percentuale di donne è nel 2005 del 33,7% con un calo di quasi 4 punti percentuali rispetto al 2003. Il "Rapporto sul mercato del lavoro" pubblicato nel giugno 2006 a cura dell'Osservatorio sul mercato del Lavoro, disegna un quadro poco confortante della situazione, soprattutto in chiave prospettica. Infatti il tasso di occupazione risulta pressoché fermo, ma in realtà si può invece parlare di recessione dal momento che bisogna tener conto della regolarizzazione di molti lavoratori stranieri e dell'effetto "part-time", che raggiunge il suo record nel 2005 con il 30,8% per le donne e il 10,7% nei maschi per un complessivo di 25,4%. Le comunicazioni di mobilità sono in costante aumento: dal 2004 al 2005 sono passati da 714 a 1.206 unità i lavoratori licenziati e iscritti nelle liste di mobilità, segno di come sempre più spesso agli annunci di crisi seguono conseguenze effettive. Da segnalare inoltre l'ulteriore aumento delle quote di lavoro flessibili, sia termini di flussi delle assunzioni sia in termini di occupati alle dipendenze 9,4%. Il settore più penalizzato è stato quello dell'industria, in particolare meccanica, impiantistica e del vetro che ha perso un migliaio di posti di lavoro nel 2005.

Tenore di vita

Il tenore di vita a Parma è molto alto: in particolare il reddito medio pro capite è il più alto dopo Bologna: 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. A fronte di ciò, la spesa per consumi finali è la più alta dell'Emilia, ma la quinta a livello regionale.

Fig.11 Reddito medio pro-capite e consumo familiare - 2004



Fonte: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro

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.

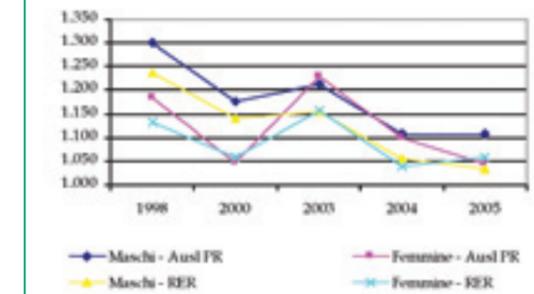
Tab.25 Mortalità per tutte le cause - anni 2000/2003/2004/2005

Provincia	Parma			Regione Emilia-Romagna		
	M	F	Totale	M	F	Totale
2000	2.397	2.435	4.832	22.793	22.767	45.560
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

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.

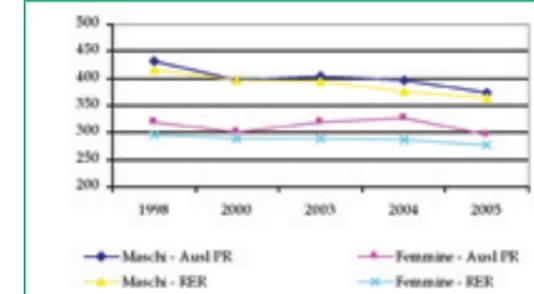
Fig.12 Tasso mortalità standardizzato (tutte le cause)



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 della mortalità è dovuta ai tumori, con una prevalenza di maschi, dove il tumore del polmone è al primo posto, 26% del totale, seguito dal tumore dello stomaco (13%), mentre nelle femmine il tumore della mammella (16%) precede quello dello stomaco, 12%. 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.

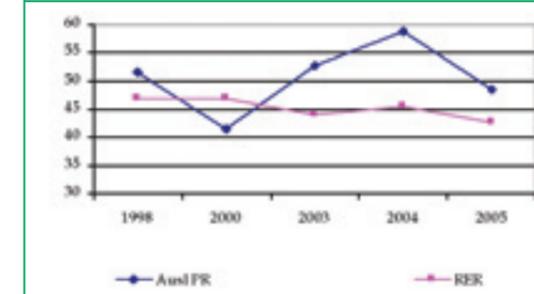
Fig.13 Tasso mortalità standardizzato (tumori)



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)

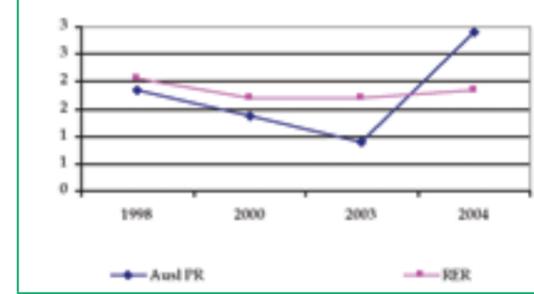
Analizzando più in dettaglio i tumori oggetto di campagne di screening, si nota il livello di mortalità per tumore della mammella, che è il più alto della regione, riflesso di un'elevata incidenza, mentre, per quello che riguarda il collo dell'utero, la mortalità si mantiene da anni su livelli molto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

Fig.14 Tasso mortalità standardizzato (tumore maligno della mammella)



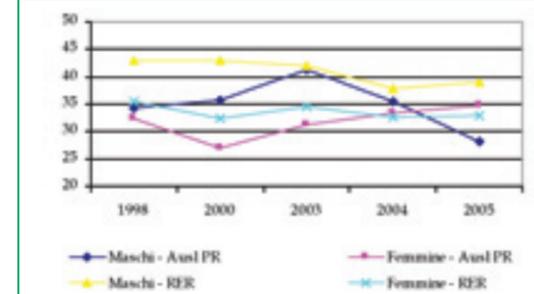
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali)

Fig.15 Tasso mortalità standardizzato (tumore maligno collo dell'utero)



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)

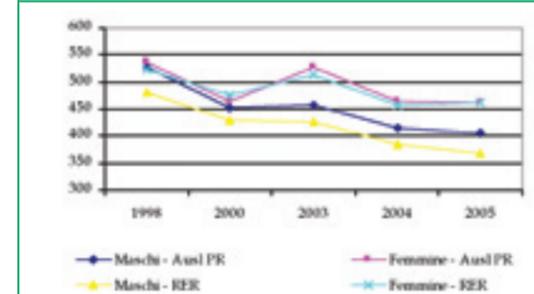
Fig.16 Tasso mortalità standardizzato (tumore maligno colonretto)



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)

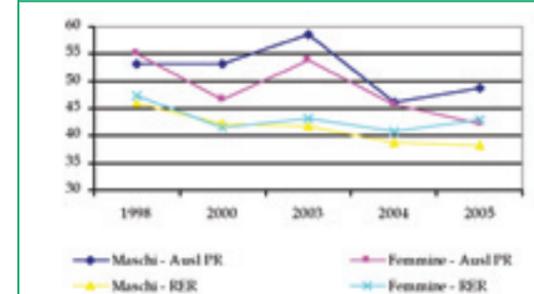
Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in entrambi i sessi (40% maschi - 45% femmine). Negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione della mortalità per Infarto Acuto del Miocardio, IMA, in accordo con i dati regionali e nazionali, con un aumento delle cardiopatie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

Fig.17 Tasso mortalità standardizzato (malattie del sistema circolatorio)



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)

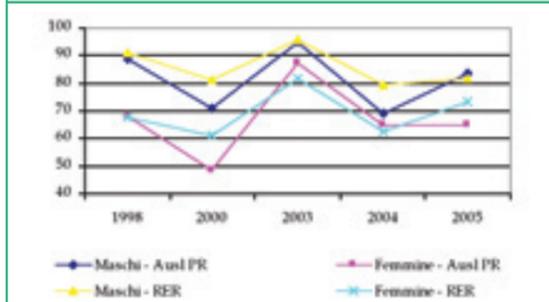
Fig.18 Tasso mortalità standardizzato (malattie del sistema circolatorio)



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 sono le province più occidentali, Parma e Piacenza, ad avere il tasso più elevato.

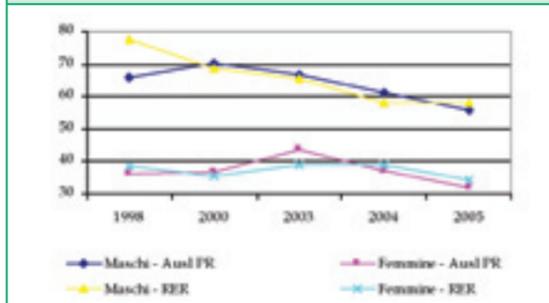
Fig.19 Tasso mortalità standardizzato (malattie dell'apparato respiratorio)



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

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.

Fig.20 Tasso mortalità standardizzato (traumatismi ed avvelenamenti)



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

I traumatismi causano il 6% della mortalità tra i maschi e il 4% 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 ha avuto negli ultimi anni un tasso medio di 3,4/1000 nati vivi, in linea con i dati regionali: i decessi sono dovuti prevalentemente a condizioni morbose perinatali legate alla prematurità.

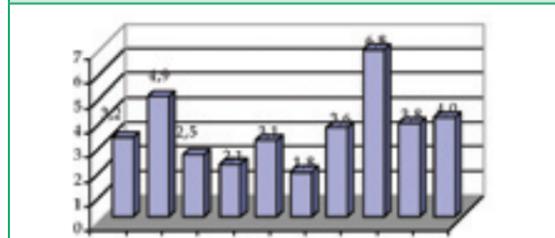
**Morbosità**

**AIDS**

Dalla comparsa del virus ad oggi, l'OMS stima in circa 40.000.000 le persone che vivono con AIDS conclamato o con infezioni da HIV e in 3.000.000 i deceduti del 2003, di cui 500.000 bambini: 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. Nella nostra regione si è assistito ad un progressivo calo dell'incidenza, che è arrivata nel 2005 a 3,2/100.000: si tratta comunque del secondo tasso più elevato d'Italia dopo la Lombardia. Nel grafico seguente si può apprezzare come l'incidenza della nostra provincia (2,5/100.000) sia comunque più bassa della media regionale.

Fig.21 AIDS prevalenza (numero soggetti malati)



Fonte: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2005 in Regione Emilia - Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia - Romagna.

Nel corso del 2005 sono stati notificati 111 casi in Regione, 9 dei quali a Parma, mentre la stima dei sieropositivi è nella nostra Regione di circa 6.000/9.000 unità. Le principali caratteristiche demografiche 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;
- 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;
- è in costante diminuzione l'incidenza di casi pediatrici. I bambini nati in Emilia Romagna da madre HIV positiva dal 1984 al 2004 sono stati 793, il 15% dei quali è risultato successivamente infetto. Negli ultimi anni i 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 applicazione del protocollo di profilassi materno fetale;
- come modalità di trasmissione i rapporti eterosessuali riguardano ormai più del 50% dei casi nell'ultimo anno, mentre sempre minore importanza riveste la categoria "assunzione di droghe" che si attesta intorno al 22%;
- 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;
- la terapia attraverso la combinazione di farmaci retrovirali ha determinato una diminuzione dell'assistenza ospedaliera a favore dell'attività ambulatoriale o domiciliare.

**Tubercolosi**

Nel 2004 sono stati riscontrati in Emilia Romagna 474 casi di TBC, pari ad un tasso di 11,6/100.000; la provincia di Parma, con 9,6/100.000 è al quart'ultimo posto delle province emiliano romagnole. Il 48% dei pazienti ha un'età compresa fra i 15 ed i 44 anni, il 35% ha oltre 65 anni, mentre i bambini sono il 2,7%. Quasi la metà dei casi notificati è di cittadini stranieri, per lo più provenienti dal nord Africa. La sorveglianza dell'esito del trattamento nel 2004 è costituita dai soggetti notificati nel corso del 2003: la percentuale di esiti favorevoli al 12° mese è dell'80%, mentre i deceduti sono l'11%. Il quadro epidemiologico depone per una stabilizzazione del tasso di incidenza che, peraltro rimane al di sopra della definizione di "paese a bassa endemia" (10/100.000): l'istituzione e la messa a punto del nuovo sistema di sorveglianza potrà permettere nei prossimi anni una maggiore definizione di dettaglio specialmente per alcune sottopopolazioni considerate a rischio.

Tab.26 Profilo Azienda anno 2004

Casi notificati	39	
Tasso notifica	9,6	
Percentuale cittadini non italiani	53,8%	
Percentuale TBC polmonare	69,2%	
Casi di sorveglianza	esito favorevole	73,5%
	deceduti	11,8%
	persi al follow up	14,7%

Fonte: "Epidemiologia della tubercolosi in Emilia - Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia - Romagna. Edizione 2005

**Stili di vita**

**STUDIO PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)**

Secondo l'O.M.S., le cosiddette patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, muscolo scheletriche, tumorali, diabete e problemi di salute mentale) sono responsabili dell'86% dei decessi nella regione europea e consumano più dei 2/3 del budget sanitario di quei paesi. È ormai consolidato che tali patologie trovano i loro principali fattori di rischio nei comportamenti individuali o "stili di vita". Per cercare di monitorare i comportamenti a rischio delle popolazioni generali ed individuare le strategie di prevenzione maggiormente efficaci, è stato messo a punto il sistema PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio trasversale che utilizza il questionario standardizzato su campione rappresentativo di cittadini fra i 18 ed i 69 anni. Pertanto è stato possibile indagare in modo scientifico e comparabile alcuni dei comportamenti considerati a rischio per lo sviluppo di patologie croniche, attività fisica, fumo, consumo di alcol. La bontà di questo

strumento e l'interesse che ne è derivato hanno portato ad utilizzare il Sistema PASSI dal 2007 in modo continuativo come sistema di sorveglianza regionale.

Tab.27 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

**Fumo**

Il fumo di tabacco è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce e favorisce l'insorgenza di numerose malattie cronico degenerative, tumori dell'apparato respiratorio e patologie cardiovascolari.

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 maniera 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. Nella AUSL di Parma si nota ancora un'alta prevalenza di fumatori, specialmente nella classe d'età 18/24 anni.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un'accettabile livello di attenzione da parte degli operatori sanitari: restano però ancora pochi coloro che hanno smesso di fumare con l'ausilio di farmaci od operatori sanitari. Una grande maggioranza di persone riferisce infine che nel luogo di lavoro il divieto di fumare viene sempre rispettato.

Tab.28 Il sistema PASSI a Parma - campione anno 2006

Fumatori	Totale	28,5%
	Uomini	30,9%
	Donne	25,6%
Ex fumatori	20,5%	
Non fumatori	51%	

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

**Tab.28 Il sistema PASSI a Parma - campione anno 2006**

Consiglio dei medici	chiesto se fuma	39%
	da fumatori	71,9%
	consigliato di smettere	51,8%
Come hanno smesso	da soli	100%
Rispetto luogo di lavoro	sempre	81,3%
	a volte / mai	18,7%

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

In particolare, 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 Padiglione Rasori. I risultati ottenuti dal Centro Antifumo di Parma nell'anno 2006 sono i seguenti:

- Fumatori afferiti al Servizio 768 (maschi 392, femmine 272)
- Età media 48,7 anni
- Numero medio di sigarette fumate 23
- 664 fumatori hanno completato un anno di follow-up
- 122 sono in fase di valutazione.

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 occasione della giornata nazionale del Respiro nel mese di Maggio, in collaborazione con la Clinica Pneumologica dell'Università di Parma, è stato distribuito materiale informativo sui danni da fumo di tabacco e sul Centro Antifumo. In quanto stile di vita dannoso, il fumo di sigaretta è inserito fra le tematiche oggetto di interventi di Educazione alla Salute nelle scuole provinciali di ogni ordine e grado. Nel corso del 2006, in continuità con quanto già in essere negli anni precedenti, sono stati pertanto attivati specifici progetti di prevenzione, in particolare in quattro Istituti di Scuola Superiore di Parma che hanno interessato 700 studenti del primo anno. L'ASL di Parma ha inoltre partecipato al Concorso Nazionale " Smetti e vinci 2006", finalizzato a coinvolgere i fumatori della provincia, attraverso una campagna informativa diffusa capillarmente sul territorio, ad impegnarsi a smettere di fumare, partecipando in tal modo ad un'estrazione a premi con la valenza di elemento ulteriormente incentivante della motivazione a smettere. Il progetto è stato inoltre portato in maniera capillare all'interno di un'importante azienda produttiva del territorio con coinvolgimento dei suoi dipendenti. 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 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. È stato predisposto un opuscolo informativo, " Fumo e amianto" attualmente in fase di revisione per la stampa. Nel corso del 2006 è proseguita anche l'attività scientifica nell'ambito del Progetto " Fumo e Luoghi di Lavoro" attraverso le seguenti comunicazioni:

- Poster Fumo nei luoghi di lavoro al seminario "Tutela della salute dei non fumatori: un bilancio a un anno dalla nuova legge", Roma gennaio 2006.
- Poster Possible role of occupational physician in the promotion of tobacco use cessation, 28° Congresso della International Commission on Occupational Health, Milano, 11-16 giugno 2006.

**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 più 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.

**Tab.29 Il sistema PASSI a Parma - campione anno 2006**

Livello di attività fisica*	Buono	46,5%	Totale 76%
	Moderato	29,5%	
	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

**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 associate 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 (5 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

Dall'indagine risulta che a Parma l'eccesso ponderale è molto diffuso (il 51,5% degli interessati è sovrappeso od obeso) e costituisce un importante problema di salute pubblica, anche perché solo il 59% delle persone sovrappeso è cosciente di esserlo: la dieta, poi, viene praticata solo dal 19,4%. La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura anche se solo il 12,4% assume le cinque porzioni raccomandate; i risultati dimostrano comunque la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza sul valore della prevenzione.

**Tab.30 Il sistema PASSI a Parma - campione anno 2006**

Eccesso ponderale	Sovrappeso	40,5%	Totale 51,5%
	Obesi	11%	
Percezione proprio peso	Obesi:		
	Sovrappeso:		
Modifica alimentazione			

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'O.M.S., 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 1/6circa abbia comportamenti consolidati a rischio. Dall'indagine risulta che gli operatori sanitari si informano solo sporadicamente delle abitudini dei loro pazienti e di rado consigliano di moderare il consumo di alcool. Spesso i rischi associati all'alcool vengono sottostimati: per questo occorre lavorare per diffondere maggiormente la percezione del rischio sia sulla popolazione generale che negli operatori sanitari.

**Tab.31 Il sistema PASSI a Parma - 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

**Dipendenze patologiche**

**Tossicodipendenze**

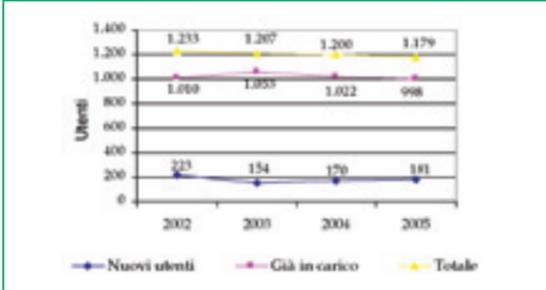
Sul territorio della provincia di Parma sono presenti cinque SerT – coordinati a livello aziendale dal Programma Dipendenze Patologiche - organizzati per distretti di riferimento, che si occupano delle attività di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dell'utenza tossicodipendente ed alcolista. In particolare le sedi operative sono a Parma città, a Colorno, nel distretto Valli Tarò 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 alcol, soprattutto coloro che si trovano in condizioni di marginalità e di disagio sociale, per ridurre il danno.

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 giovanili. 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 un Programma Terapeutico stabilendo contatti con SerT di appartenenza dei detenuti, operatori penitenziari, operatori delle Comunità, familiari, avvocati...

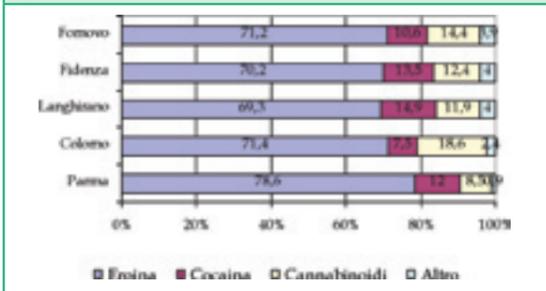
La presa in carico dei detenuti tossicodipendenti consiste nella creazione di programmi terapeutici personalizzati, nella progettazione di attività interne (gruppi di riflessione, laboratori, cineforum...) finalizzate al miglioramento degli interventi stessi. In generale, per l'attività dei servizi, risulta fondamentale l'attitudine al confronto ed al lavoro integrato con le altre strutture pubbliche e di privato sociale presenti sul territorio; in particolare, per i SerT, è centrale relazionarsi agli enti ausiliari che gestiscono l'accoglienza residenziale e semiresidenziale dell'utenza con appositi percorsi pedagogico-riabilitativi e terapeutico-riabilitativi. Nel corso dell'anno 2005 i SerT della provincia di Parma hanno attivato o proseguito un programma terapeutico per 1.179 utenti tossicodipendenti. Il dato sembra confermare, negli anni, una certa stabilità dell'utenza che affrisce ai servizi: nell'ultimo anno, tuttavia, si registra una lieve flessione dell'utenza totale (- 1,7%) con un calo negli utenti già in carico (- 2,3%); al contrario i nuovi utenti sono in progressivo aumento.

Fig.22 Utenza tossicodipendente in carico ai SERT - 2002-2005



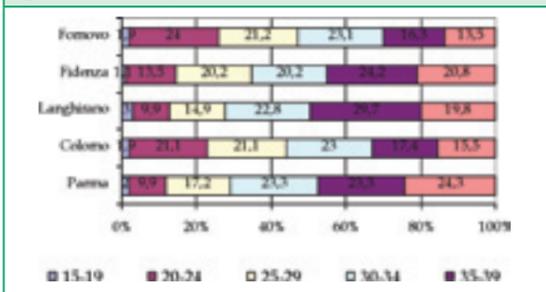
Gli utenti tossicodipendenti complessivamente in carico ai SerT provinciali nel 2005 sono stati 1.179 di cui 993 maschi (84,2%) e 186 femmine (15,8%). In provincia di Parma il rapporto maschi/femmine è pari a 5/3.

Fig.23 Utenza tossicodipendente per sostanza d'abuso e SERT - 2005



In provincia di Parma l'eroina continua a rappresentare la sostanza d'abuso principale tra coloro che accedono ai Servizi, ma aumenta anche quella relativa ai consumatori di cocaina. Il 74,9% dell'utenza tossicodipendente SerT utilizza eroina, dato che si conferma stabile nel tempo, mentre continua il progressivo incremento dell'utilizzo della cocaina (dal 10% nel 2004 si passa all'11,7% nel 2005). La percentuale di soggetti che accedono ai servizi per uso di cannabinoidi rimane pressoché invariata (11,3%).

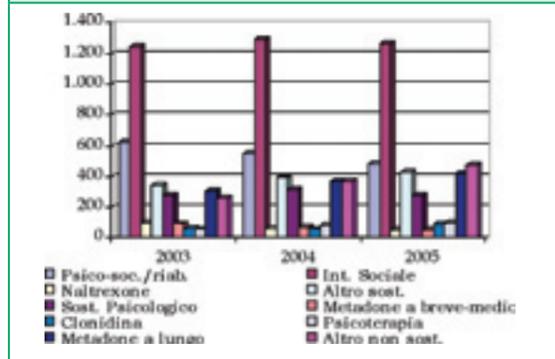
Fig.24 Utenza tossicodipendenti per classe di età e SERT - 2005



La distribuzione per classe d'età evidenzia che il 66,5% dell'utenza ha un'età superiore ai 30 anni e solo il 2% 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 2005.

Fig.25 Utenti tossicodipendenti per trattamenti effettuati - 2003-2005



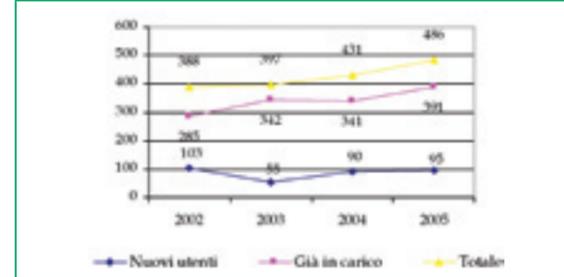
I programmi terapeutici contemplano molteplici trattamenti (di tipo sociale, psicologico, medico o farmacologico) ed hanno vari obiettivi (dal superamento alla riduzione del problema della dipendenza, la tutela della salute del tossicodipendente, il recupero e l'integrazione sociale, lavorativa, familiare...). Spesso il programma terapeutico integra diversi tipi di trattamenti, affrontando specifici bisogni dell'utenza. I trattamenti sono definiti considerando le caratteristiche della popolazione che accede ai servizi, le professionalità degli operatori dei servizi nonché le risorse presenti nel territorio.

Gli utenti in carico nel 2005 hanno usufruito di 3.642 trattamenti presso le sedi dei SerT: di questi il 58,3% è di tipo psico-sociale ed il 41,7% è di tipo farmacologico. I soggetti tossicodipendenti inseriti in Comunità nell'anno 2005 sono stati complessivamente 153 (124 maschi e 29 femmine), in lieve calo rispetto all'anno precedente (-6,7%).

**Alcolismo**

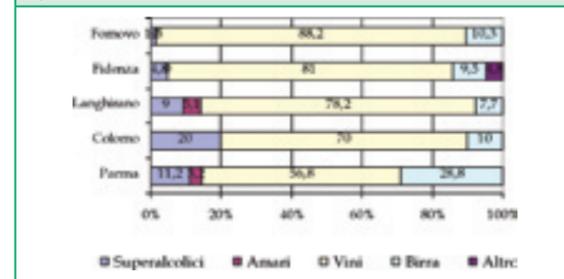
Il Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma si occupa di problematiche di alcol dipendenza attraverso un'U.O. di Alcologia specifica, con operatori dedicati, nonché attraverso la presa in carico territoriale presso i Ser.T. della provincia con risorse umane e modalità operative proprie di ciascun servizio. L'U.O. di Alcologia operante al Ser.T. di Parma ha valenza sovradistrettuale, si rivolge non solo all'utenza residente nel comune di pertinenza ma anche ad un'utenza provinciale. Il Servizio realizza un trattamento riabilitativo integrato che prevede un approccio clinico multimodale e multiprofessionale. 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 Ser.T. si occupano dell'alcol dipendenza 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.26 Utenza alcolodipendenti in carico al Centro Alcologia e SERT di Parma - 2002-2005



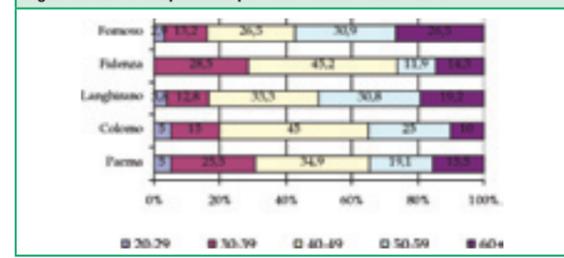
Analizzando l'andamento temporale dell'utenza alcolodipendente negli anni 2002-2005, si evidenzia un progressivo aumento delle prese in carico, in particolare nel biennio 2004-2005 si registra un incremento percentuale del 12,8%. Ciò è attribuibile ad una maggiore capacità d'attrazione e di ricezione da parte dei SerT e dell'Unità Operativa di Alcologia.

Fig.27 Utenza alcolodipendenti per bevanda e SERT - 2005



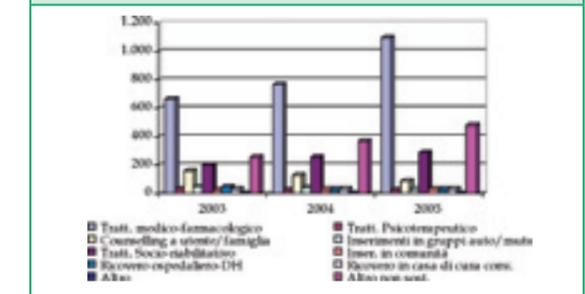
Il 76,3% dell'utenza alcolodipendente è di sesso maschile, mentre il 23,7% è costituita da femmine. La bevanda alcolica più consumata nel 2005 è il vino (67,3%), seguito da birra (20,4%), superalcolici (9,3%) e da aperitivi, amari, digestivi (2,7%). Le distribuzioni percentuali relative al tipo di bevanda prevalente per distretto evidenziano alcune differenze tra le aree territoriali: ad esempio i consumatori di vino costituiscono l'88,2% tra i soggetti in carico presso il Servizio del distretto Valli Taro e Ceno, mentre si rileva il 56,8% nel distretto di Parma, dove emerge una quota elevata di utenti che abusano di birra (28,8%). Stratificando per genere, per il consumo di vino risulta una percentuale maggiore tra le femmine (68,7% vs. 66,8% nei maschi); anche per i superalcolici, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, si registra una proporzione maggiore tra le femmine (10,4% vs. 8,9% nei maschi). Al contrario nell'abuso di birra sono i maschi a prevalere (21% vs. 18,3% nelle femmine), mentre sono simili le percentuali nell'abuso di aperitivi, amari, digestivi che sono rispettivamente 2,7% nei maschi e 2,6% nelle femmine.

Fig.28 Utenza alcolodipendente per classe di età e SERT - 2005



L'analisi della distribuzione dei soggetti per classe di età evidenzia che il 56,4% degli utenti in carico ha un'età compresa tra i 30-49 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 17,3% ha un'età > 60 anni. Le classi d'età elevate sono presumibilmente attribuibili al fatto che spesso le persone si rivolgono al SerT e all'Unità Operativa di Alcologia dopo anni di uso patologico di alcol, quando i contesti affettivi, sociali e lavorativi sono compromessi. Inoltre incidono anche le differenze negli stili di consumo tra zone territoriali di pianura e montane nonché contesti urbani e rurali e la struttura per età delle popolazioni residenti.

Fig.29 Utenti tossicodipendenti per trattamenti effettuati - 2003-2005



Nel corso del 2005 i trattamenti effettuati dai Servizi per l'alcologia sono stati 1.629; il numero medio di trattamenti per utente è stato pari a 3,3 (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 94% dell'utenza; rispetto al 2004 il numero di trattamenti medico-farmacologici registra un sostanziale aumento (+42,5%). Il 42% ha seguito un trattamento socio-riabilitativo finalizzato al reinserimento sociale, sostegno ed educazione della persona, il 16,2% ha usufruito di una terapia di counseling individuale o familiare ed il 6,4% è stato inserito nei gruppi di auto-aiuto della provincia. Gli inserimenti in comunità sono stati 33 ed hanno riguardato 29 soggetti (6 % degli utenti). L'Unità Operativa di Alcologia 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. Le azioni preventive sono volte, tra l'altro, ad informare-formare l'utenza scolastica (studenti, docenti, genitori).

**Sicurezza**

**Incidenti stradali**

Gli incidenti stradali rappresentano in Italia la prima causa di morte nelle classi giovanili d'età, in entrambi i sessi, seppure con un'incidenza maggiore tra i ma-

schì. In particolare, i dati mostrano come, dal 1991 al 2000, si registri in Italia un incremento costante del numero di incidenti stradali e di feriti, mentre perdura il calo del numero dei morti (pur con il rialzo del 2000): 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, con un aumento di incidenti e feriti fino al 2002, con la già citata, per il livello nazionale, flessione del 2003 ed il 2004, ed un calo costante del numero dei morti. Una flessione che trova un'importante conferma nel 2004 anche nella nostra regione, con un ulteriore calo di incidenti, morti e feriti, e dei relativi rapporti. In parziale controtendenza è invece la Provincia di Parma che, dal 1998 al 2002, fa registrare un andamento significativamente dissimile da quello regionale, con un calo costante degli incidenti (fatta eccezione per il solo 1999) e dei feriti, ma con un numero di morti che si mantiene alto anche negli ultimi anni: nel 2003 il loro numero è infatti superiore a quello del 1998, uguale a quello del 2000 e di nuovo superiore al 2002. Migliore invece il dato del 2004, con una forte flessione di tutti gli indicatori presi in esame, ivi compreso anche il numero dei morti. Anche in questo caso, l'auspicio è che si tratti di una tendenza vera e propria. Meno rassicurante è tuttavia il confronto con le altre province della nostra Regione: soffermandoci infatti sull'ultimo anno disponibile, si nota come la provincia di Parma faccia registrare nel 2004 valori ancora superiori alla media regionale un po' per tutti i rapporti. Il rapporto di mortalità, in particolare, è ancora assai superiore a quello regionale ed inferiore soltanto a quelli delle province di Piacenza, Ferrara e Ravenna. Come dire che, mediamente, a Parma gli incidenti sono mortali più frequentemente che altrove, mentre meno elevato appare il numero dei feriti. In sintesi, tuttavia, il Rapporto di Pericolosità conferma una situazione ancora problematica, con un valore ancora una volta superiore a quello regionale ed inferiore soltanto a quelli di Piacenza, Ferrara e Ravenna. Una situazione che, dunque, sembra lasciare ancora ampi margini di intervento e che sollecita, senza dubbio, nuovi e più incisivi apporti correttivi.

Tab.31 Provincia di Parma/Incidenti stradali (anni 1998/2004)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Incidenti	2.094	2.174	2.028	1.989	1.923	1.786	1.624
Morti	61	98	67	68	59	67	47
Feriti	2.922	2.974	2.857	2.744	2.704	2.381	2.203
RM % (a)	2,91	4,51	3,3	3,42	3,07	3,75	2,89
RL % (b)	139,54	136,8	140,88	137,96	140,61	133,31	135,65
RP (c)	2,04	3,19	2,29	2,42	2,14	2,74	2,09

Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT, 2005

(a) RM (Rapporto di Mortalità): numero dei decessi / numero di incidenti x 100

(b) RL (Rapporto di Lesività): numero dei feriti / numero degli incidenti x 100

(c) RP (Rapporto di Pericolosità): numero dei decessi / (numero dei decessi più numero dei feriti) x 100

**Infotuni sul lavoro**

Il contrasto degli infotuni sul lavoro è uno degli obiettivi che ha caratterizzato le azioni del Dipartimento di Salute Pubblica e dei Servizi dei Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro in particolare, negli ultimi anni. Non solo adesione agli obiettivi definiti dalla programmazione politica regionale di riduzione del 10% dell'indice di incidenza nei comparti a maggiore rischio (Agricoltura, Edilizia, Metalmeccanica, Legno e Sanità), ma impegno consapevole sulla necessità di individuare nuove e più appropriate strategie per fronteggiare un fenomeno che a Parma assume i connotati di vero "problema di salute" in considerazione di un andamento preoccupante, con indici di incidenza sempre superiori al dato medio regionale. Oltre ad orientare la propria pianificazione sulla riduzione degli infotuni nei settori produttivi di interesse regionale, sfruttando appieno ed in modo equilibrato gli strumenti della vigilanza e dell'assistenza, si sono dedicati sforzi notevoli per ricercare, su questa tematica, alleanze e convergenze. Si è cercato di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione di ampi strati del tessuto sociale locale, stimolando il confronto e sviluppando sinergie, attraverso il meccanismo della "concertazione", ritenuta indispensabile per ottenere risultati misurabili su un evento, l'infotunio sul lavoro, che riconosce fattori causali complessi e diversificati. La carta della concertazione è stata giocata su più tavoli:

- quello specifico e più palpabile dei Piani Per la Salute, nell'ambito del programma provinciale "sicurezza sul lavoro";
- quella del metodo di lavoro dei Servizi PSAL, diventando, di fatto, patrimonio esportabile nella quotidiana operatività.

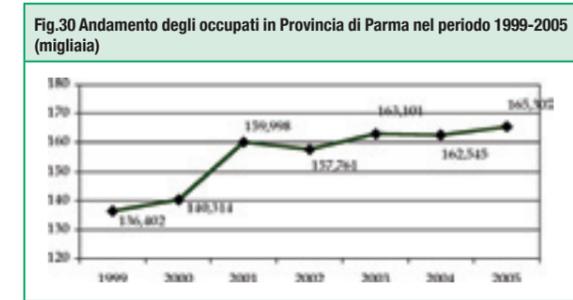
**Gli infotuni in provincia di Parma nel periodo 1999 - 2005**

Si riportano i dati infotunistici elaborati dall'Osservatorio Regionale per l'Epidemiologia degli Infotuni sul Lavoro 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' riportato l'andamento degli infotuni nella serie storica dal 1999 aggiornata al 2005 e nell'analisi sono considerati:

- gli infotuni denunciati espressi in numeri assoluti;
- gli infotuni definiti espressi in termini di Indice di Incidenza (n° infotuni/n° addetti x 100), sia per gli infotuni complessivi che per comparti significativi;
- gli infotuni mortali
- gli infotuni occorsi a lavoratori stranieri

**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. 1).



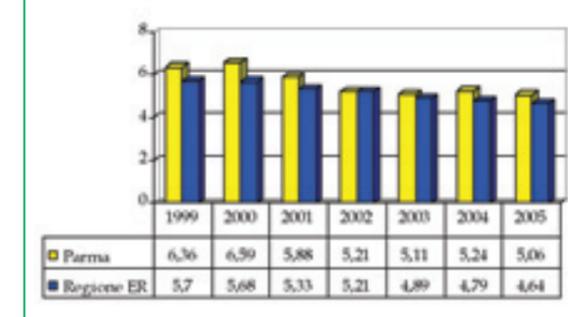
**Infotuni denunciati**

Nel periodo considerato si osserva una tendenza alla diminuzione degli infotuni denunciati, che passano da 15.354 del 2001 a 14.274 del 2005. Nella Gestione Industria e Servizi, che maggiormente contribuisce al dato descritto, gli infotuni denunciati registrano una flessione rispetto al dato degli anni 2000 e 2001, pur mantenendosi sostanzialmente stabili negli ultimi anni. Più decisa la flessione nella Gestione Agricoltura, descritta successivamente, mentre stabile negli anni è il dato relativo alla Gestione Conto Stato (comprensivo degli infotuni a personale dipendente e studenti, range compreso tra i 1.097 infotuni del 1999 e i 1.234 infotuni del 2005).

**Indice di incidenza**

L'indice di incidenza degli infotuni complessivi diminuisce a Parma da 6.36 del 1999 a 5.06 del 2005, con un calo tendenziale negativo del 20.41%.

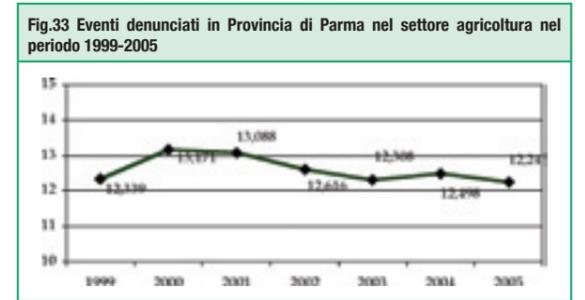
Fig.32 Indice di incidenza infotuni complessivi. Confronto Provincia di Parma e media regionale



Viene di seguito descritto l'andamento dell'indice di incidenza nei Grandi Gruppi o Gruppi di codifica INAIL relativi ai comparti produttivi a maggior rischio o più significativi per la specificità locale.

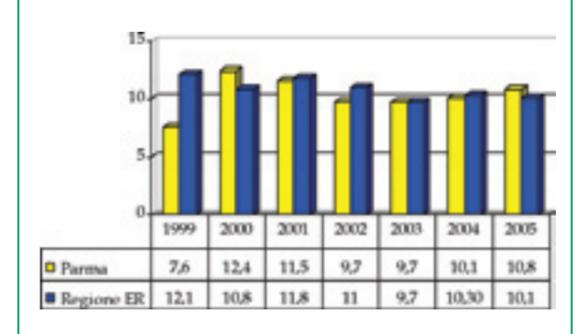
**Agricoltura**

Per il settore Agricoltura è possibile ricavare l'Indice di Incidenza solo per le lavorazioni agricole industriali (Gestione Industria Servizi), mentre l'analisi non è possibile per la Gestione Agricoltura in quanto in Banca Dati Inail non sono disponibili gli addetti. Per la Gestione Agricoltura si riporta l'andamento degli infotuni denunciati, che nel corso degli anni considerati si dimostra a Parma in sensibile calo.



Per la Gestione Industria/Servizi, l'indice di Incidenza delle Lavorazioni Agricole, che quindi riguarda esclusivamente le lavorazioni agricole industriali, conferma a Parma un'elevata frequenza di accadimento degli infotuni nel settore. Pur nel contesto di una generale tendenza alla diminuzione, che ha fatto registrare il più basso indice nel 2002 (1.19,69), nel triennio successivo si osserva un progressivo incremento con una variazione percentuale 2002-2005 di +12%.

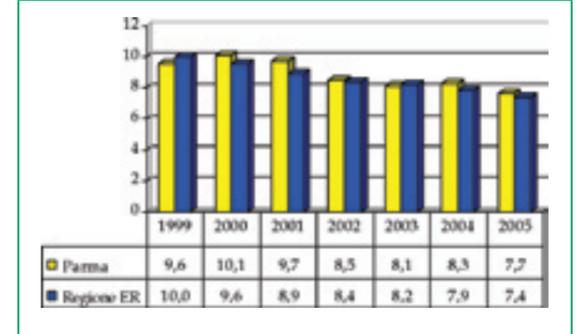
Fig.34 Lavorazioni agricole: indice di incidenza



**Edilizia**

L'edilizia, tradizionalmente considerato settore ad alto rischio infotunistico, continua a registrare un trend in diminuzione, con significativo decremento dell'indice di incidenza nel 2005 rispetto al dato del 1999 pari a -20,2%. La diminuzione dell'indice infotunistico risulta ancora più consistente se si considera solo il sottogruppo Costruzioni Edili, riguardante l'edilizia civile tradizionale, che nel periodo 1999-2005 evidenzia un decremento del 32,4%, con il più basso indice di incidenza nel 2005 pari a 7,43.

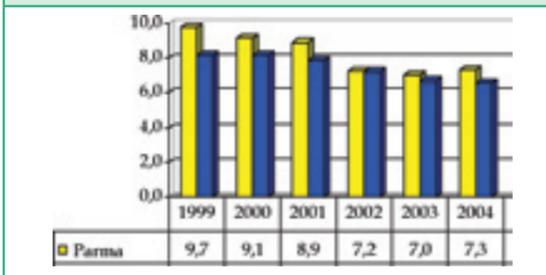
Fig.35 Edilizia - Indice di incidenza



**Metallurgica - Metalmeccanica**

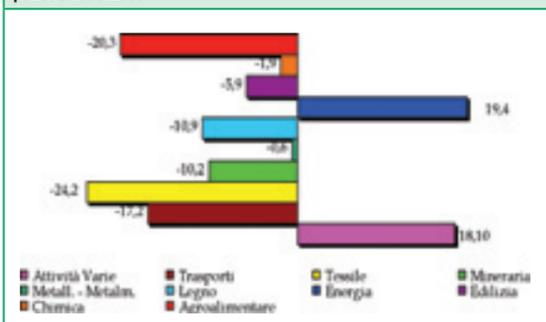
Anche in questo gruppo continua a registrarsi a Parma la diminuzione dell'indice infortunistico, con un calo tendenziale nel 2005 rispetto al 1999 del 24%; tuttavia differente è l'andamento nei due sottogruppi più significativi, che costituiscono anche i settori di interesse regionale. Nel Gruppo Metalmeccanica l'indice di incidenza documenta una progressiva diminuzione (- 34,5%) attestandosi nel 2005 ai livelli più bassi dal 1999 (l.l. nel 2005 pari a 8,01). Nel Gruppo Macchine, il calo tendenziale è meno marcato (- 24,5% rispetto al 1999), anche perché dopo un progressivo calo, che ha portato l'indice ai livelli più bassi nel 2003 (l.l. 6,07), nel 2004 e nel 2005 si assiste ad un incremento dell'indice rispettivamente a 6,20 e 6,85 (variazione 2003-2005 pari a + 12,9%).

Fig.36 Metallurgica - Metalmeccanica: Indice di incidenza



La figura seguente riporta la variazione % 2003-2005 dell'indice di incidenza nei grandi Gruppi di codifica INAIL. In buona sostanza, la tendenza in diminuzione dell'indice di incidenza si registra in quasi tutti i Grandi Gruppi di codifica INAIL, con cali più o meno accentuati, ad esclusione del settore Attività Varie, che registra un incremento del 18%, e del settore Energia dove l'incremento è del 19,4%.

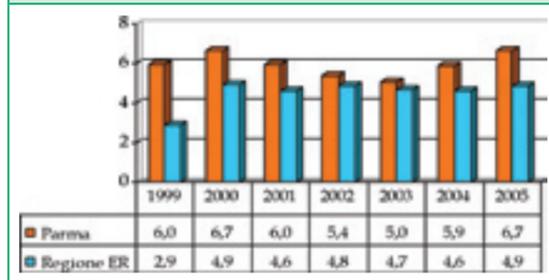
Fig.37 Variazione percentuale % dell'indice di incidenza nei Grandi Gruppi nel periodo 1999-2003



È comunque necessario segnalare la particolarità del Gruppo Attività Varie che, in base alle codifiche INAIL, costituisce un macroaggregato di settori produttivi tra i quali i Servizi Sanitari e i Servizi di Pulitura. Il Gruppo presenta nel suo complesso indici di incidenza degli infortuni inferiori rispetto agli altri settori classicamente ritenuti più a rischio, ma l'andamento infortunistico nei sottogruppi dei Servizi Sanitari e in particolare dei Servizi di Pulitura conferma negli anni dati preoccupanti in particolare in ambito locale. Particolarmente critico in

provincia di Parma sembra qualificarsi il fenomeno nel sottogruppo dei Servizi di Pulizia, settore che presenta una frequenza di accadimento tra le più alte fra tutte le lavorazioni codificate INAIL, superiore, ad esempio, a quello di un comparto ad alto rischio come l'edilizia. Nel Gruppo Servizi Sanitari, ad un andamento sostanzialmente stabile in ambito regionale, si contrappongono indici decisamente più elevati a Parma con tendenza all'incremento negli ultimi due anni (variazione percentuale 2003-2005: + 32.4%).

Fig.38 Servizi Sanitari



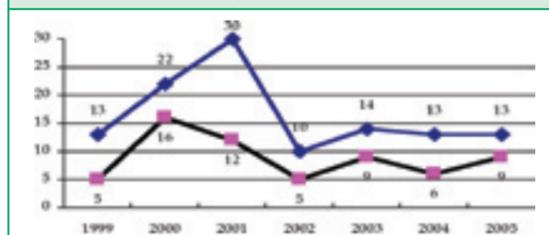
**La gravità degli infortuni**

Ricorrendo ad un parametro semplificato, la gravità degli eventi può essere rappresentata dalla percentuale di infortuni con danni permanenti rispetto al totale degli infortuni. A fronte di una tendenza alla diminuzione della frequenza di accadimento, nel 2005 si osserva un aumento dei casi con esiti permanenti rispetto agli anni precedenti (3.9% sul totale degli eventi).

**Gli infortuni mortali**

La Banca dati INAIL fornisce il dato di 115 infortuni mortali occorsi a Parma nel periodo 1999-2005, dato tuttavia comprensivo degli eventi mortali stradali. 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 gli eventi mortali rispetto ai quali i Servizi SPSAL 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 62 infortuni mortali; la maggior frequenza si è registrata negli anni 2000 e 2001 rispettivamente con 16 e 12 eventi.

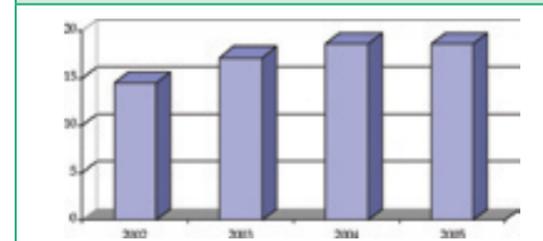
Fig.39 Eventi mortali occorsi in Provincia di Parma, distribuiti per anno di accadimento. Confronto Banca Dati INAIL.



**Gli infortuni ai lavoratori stranieri**

Gli infortuni occorsi ai lavoratori stranieri nel periodo 2002 - 2005, ricavati dai Flussi Informativi INAIL e messi a disposizione da OREIL, registrano a Parma, come in tutta la regione, un sensibile incremento in valore assoluto, passando nella nostra provincia da 1249 casi del 2002 ai 2591 casi del 2005. Decisamente importunate è la prevalenza di infortuni in lavoratori stranieri, rispetto al totale degli infortuni: a Parma si evidenzia un trend in incremento che nel 2005 si attesta intorno al 18%.

Fig.40 Prevalenza (%) infortuni in lavoratori stranieri in Provincia di Parma



Con riferimento all'anno 2005 è stimato l'indice di incidenza per questa particolare categoria di lavoratori, che a Parma è pari a 10.1 rispetto a 4.1 del complesso degli infortuni. Pur trattandosi di stima, in relazione al fatto che per l'anno 2005 i dati non sono completi risentendo di una percentuale di definizione INAIL (infortuni definiti/denunciati) del 95% e considerando anche che il calcolo degli addetti è tratto da fonte ISTAT, il dato è comunque indicativo dell'elevata frequenza di eventi nei lavoratori stranieri. Si conferma una preoccupante linea di tendenza, peraltro comune a tutte le province della regione, a testimonianza della vulnerabilità di questa fascia debole che richiede una particolare attenzione.

**Gli incidenti 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 tabella.

Fig.41 Distribuzione degli infortuni per causa di morte



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 e sono iniziati i lavori dei vari sottogruppi, a cui partecipano attivamente operatori della nostra Azienda:

- Predisposizione di uno strumento operativo capace di raccogliere e ordinare i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti domestici e studiarne l'applicabilità su tutto il territorio regionale;
- Ampliare il sistema di sorveglianza SINIACA con la costituzione di un secondo punto di osservazione;
- Riduzione del rischio di cadute nell'anziano fragile al domicilio. Intervento di promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana;
- Rilevazione degli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associate ad interventi informativo - educativi e fornitura di dispositivi a basso costo (2 sottogruppi relativi a bambini ed anziani);
- Realizzazione di interventi informativo/educativi/strutturati per bambini 0/4 anni con coinvolgimento di genitori ed istituzioni scolastiche;
- Realizzazione di interventi informativo/educativi/strutturali per la popolazione anziana.

**Conclusioni**

Dai dati presentati appare come Parma rimanga una provincia ricca, ma con alcune flessioni nei dati economici e occupazionali che andranno attentamente monitorate negli anni a venire. 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 maggior e 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 dall'Osservatorio provinciale al 31 dicembre 2004, parlano di 3.428 minori in carico ai servizi sociali di cui ben il 43% è straniero e di nuclei familiari assistiti dal Comune di Parma il 40% dei quali è straniero almeno uno dei genitori.

## I Distretti in cifre

Distretto di Parma				
Comune	Popolazione	Indice di vecchiaia	% ultra 75	% stranieri
Colorno	8.678	135,1	9,9	10,6
Mezzani	3.024	150,1	10,1	10,8
Parma	175.789	195,8	11,4	8,3
Sorbolo	9.298	141,3	9,2	4,0
Torrile	6.198	91,0	6,3	8,3
<b>Distretto</b>	<b>203.707</b>	<b>184,5</b>	<b>11,1</b>	<b>8,3</b>

- Incremento stranieri periodo 2001/2006 + 92,1
- % stranieri su popolazione totale classe 25 – 44 anni: 26,8%
- nazionalità più rappresentate: Marocco 11,1 %  
Albania 10,8 %

Distretto di Fidenza				
Comune	Popolazione	Indice di vecchiaia	% ultra 75	% stranieri
Busseto	6.877	229,2	13,2	7,6
Fidenza	24.187	210,7	12,8	5,9
Fontanellato	6.461	186,1	11,5	6,7
Fontevivo	5.441	136,4	8,6	8
Noceto	11.443	144,2	10,1	7,7
Polesine	1.480	201,7	12,6	7,8
Roccabianca	3.125	210,5	12,8	7
Salsomaggiore	19.579	201,8	12,7	7,6
San Secondo	5.426	181,9	12,6	6,3
Sissa	4.050	189	13	6,9
Soragna	4.580	160,8	11	6,8
Trecasali	3.297	136,7	9,3	6,3
Zibello	1.999	247,8	15,6	6,3
<b>Distretto</b>	<b>97.765</b>	<b>188,1</b>	<b>12</b>	<b>6,9</b>

- Incremento stranieri periodo 2001/2006 + 136,8
- % stranieri su popolazione totale classe 25 – 44 anni: 25,4%
- nazionalità più rappresentate: Marocco 15,7 %  
Albania 15,4 %

Distretto Sud - Est				
Comune	Popolazione	Indice di vecchiaia	% ultra 75	% stranieri
Calestano	1.944	246,5	15,4	10,2
Collecchio	12.578	172,5	10,7	6,3
Corniglio	2.159	613,9	23,1	3,1
Felino	7.730	148,1	9,8	4,5
Langhirano	9.049	149	10,5	9,3
Lesignano	4.121	125,9	8,4	5,8
Monchio	1.112	703,1	22,3	0,9
Montechiarugolo	9.739	155,3	9,4	6,7
Neviano degli Arduini	3.786	319,5	18,1	7,5
Palanzano	1.300	486,5	20,1	5,4
Sala Baganza	4.938	140,4	9,4	6,4
Tizzano	2.113	353,3	18,8	7,4
Traversetolo	8.643	149	10,4	8,1
<b>Distretto</b>	<b>69.212</b>	<b>181,9</b>	<b>11,7</b>	<b>6,7</b>

- Incremento stranieri periodo 2001/2006 + 111,6
- % stranieri su popolazione totale classe 25 – 44 anni: 24,7%
- nazionalità più rappresentate: Albania 20,1 %  
Marocco 17,3 %

Distretto Valli Taro e Ceno				
Comune	Popolazione	Indice di vecchiaia	% ultra 75	% stranieri
Albareto	2.260	310,4	17,3	2,3
Bardi	2.513	517,8	21,0	3,0
Bedonia	3.830	287,6	15,2	4,4
Berceto	2.349	430,5	19,0	4,1
Bore	858	732,7	21,9	1,3
Borgotaro	7.146	242,5	14,7	3,9
Compiano	1.080	347,8	14,4	4,4
Fornovo Taro	6.097	191,3	12,2	11,2
Medesano	9.789	153,9	10,0	7,1
Pellegrino	1.235	433,7	18,9	3,8
Solignano	1.924	214,3	13,7	4,6
Terenzo	1.242	361,1	17,3	4,3
Tornolo	1.233	444,4	19,8	0,9
Valmozzola	654	648,7	23,9	7,6
Varano	2.538	158,9	11,0	5,0
Varsi	1.400	659,8	24,5	5,5
<b>Distretto</b>	<b>46.148</b>	<b>255,3</b>	<b>14,7</b>	<b>5,5</b>

- Incremento stranieri periodo 2001/2006 + 121,7
- % stranieri su popolazione totale classe 25 – 44 anni: 23,7%
- nazionalità più rappresentate: Marocco 27,0 %  
Albania 14,5 %

# 2

## 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).

## Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

### Sostenibilità Economica

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

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

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

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.

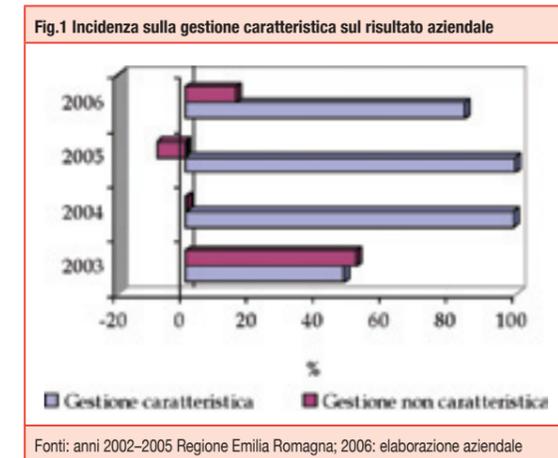
#### Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica

Il risultato operativo caratteristico nel quadriennio di riferimento si è così definito:

2003	2004	2005	2006
-1.082	-28.744	399	-10.343

Valori espressi in migliaia di euro - Fonti: anni 2002-2005 - Regione Emilia Romagna; 2006: -elaborazione aziendale

Al deficit aziendale concorre in maggior misura la gestione caratteristica, vale a dire l'attività istituzionale ordinaria, rispetto alla gestione non caratteristica, vale a dire eventi di carattere straordinari e costi e ricavi di natura finanziaria (per esempio interessi passivi). Nel corso degli anni però la percentuale di incidenza della gestione caratteristica sul risultato si è modificata, come si evince dal grafico seguente:

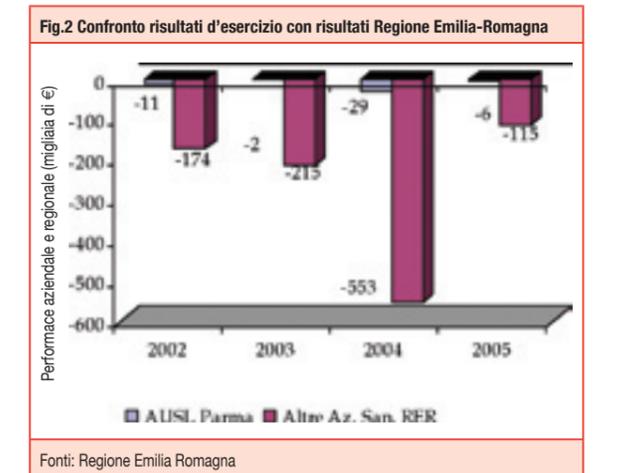


Nell'anno 2003 le due gestioni concorrevano sostanzialmente in maniera uguale al risultato d'esercizio, mentre

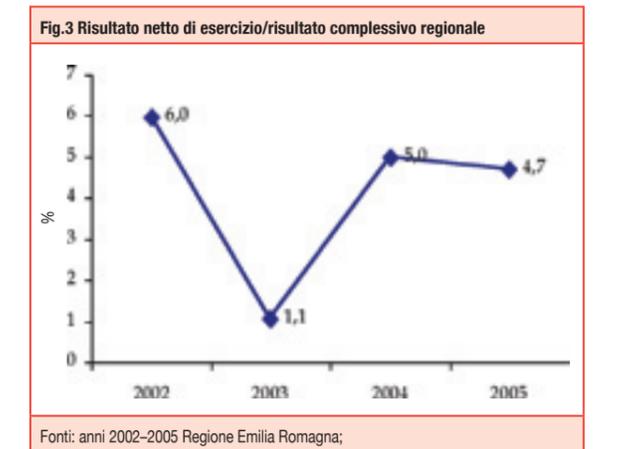
nel triennio 2004-2006 la gestione caratteristica concorre in misura quasi esclusiva alla determinazione del deficit aziendale. Il valore negativo relativo alla gestione non caratteristica è il risultato degli interessi passivi corrisposti ai fornitori ed alla tesoreria e delle sopravvenienze attive e passive.

#### Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

Il risultato netto aziendale concorre alla performance complessiva del sistema regionale insieme ai risultati di tutte le altre aziende sanitarie. E' possibile verificare in che misura l'Azienda USL di Parma ha concorso in questi anni alla performance del sistema.



Percentualmente la gestione aziendale ha contribuito alla performance regionale nel seguente modo:

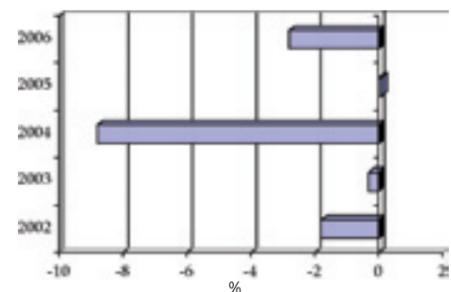


Anche questa tabella evidenzia l'alternanza di esercizi con performance positive a quelli con performance negative, con ricaduta sul risultato complessivo regionale.

#### Trend della performance e della gestione caratteristica

È anche possibile verificare l'incidenza della gestione caratteristica sul totale dei ricavi disponibili. Il risultato di questo confronto si evince dal grafico seguente:

Fig.4 Incidenza della gestione caratteristica sui ricavi disponibili



Fonti: anni 2002-2005 Regione Emilia Romagna; 2006: elaborazione aziendale

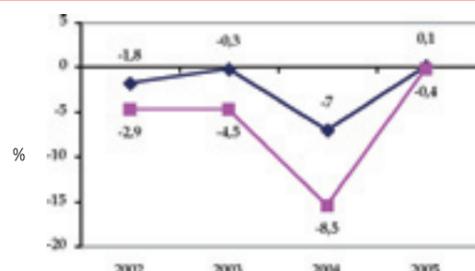
Nel periodo di riferimento, soprattutto nell'anno 2004, la gestione caratteristica ha assorbito tutte le risorse determinando inoltre già un risultato operativo negativo. Questi dati possono essere confrontati con i valori medi regionali, considerando però solo le Aziende del medesimo gruppo, vale a dire quelle Aziende USL sul cui territorio si trova una Azienda Ospedaliera.

Tab.3 Incidenza della gestione caratteristica sui ricavi disponibili AUSL RER

	2002	2003	2004	2005
AUSL Parma	-1,8%	-0,3%	-7,0%	0,1%
Media RER	-2,9%	-4,5%	-8,5%	-0,4%

Fonte: Regione Emilia Romagna

Fig.5 ROC (Risultato Operativo Caratteristico) AUSL Parma e Aziende RER

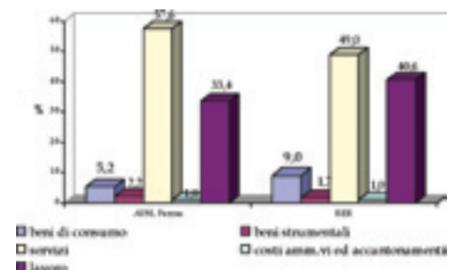


Fonte: Regione Emilia Romagna

Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori

È possibile verificare come le risorse disponibili vengono assorbite dai diversi 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 quadriennio disponibile, dal 2001 al 2005, forniti dalla Regione Emilia Romagna.

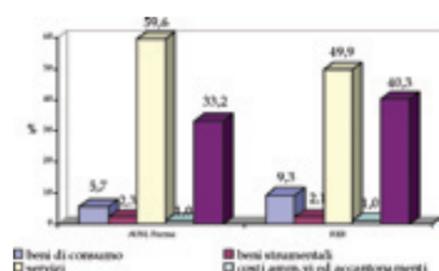
Fig.6 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2001



Fonte: Regione Emilia Romagna

Confrontando l'incidenza dei diversi fattori produttivi sui ricavi per l'AUSL di Parma con la situazione media delle Aziende sanitarie del gruppo di appartenenza si notano sostanziali differenze. L'incidenza del costo del lavoro è più bassa a livello aziendale (- 7,2%) che a livello regionale mentre il costo di servizi è più alto (+ 8,6%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

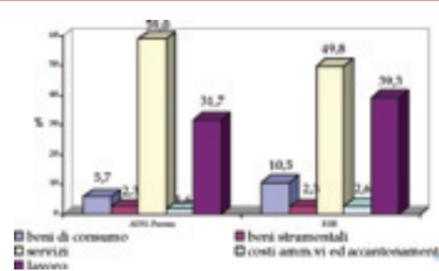
Fig.7 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2002



Fonte: Regione Emilia Romagna

Si riconferma anche per l'anno 2002 che l'incidenza del costo del lavoro è più bassa a livello aziendale (-7,1%) che a livello regionale mentre il costo di servizi è più alto (+ 9,7%), da cui si può ricavare che l'azienda ha perseguito una politica di esternalizzazione di alcuni servizi che in altre aziende vengono effettuati da personale dipendente. Si nota una ulteriore differenza per ciò che attiene all'incidenza del costo per l'acquisto di beni di consumo (- 3,6%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

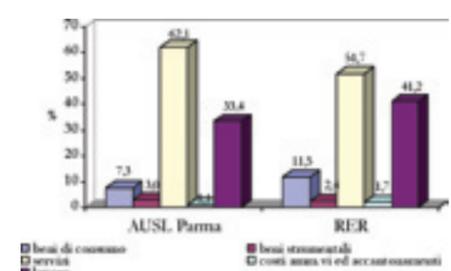
Fig.8 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2003



Fonte: Regione Emilia Romagna

Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale resta sostanzialmente invariato anche nell'anno 2003. L'incidenza del costo del lavoro è più bassa a livello aziendale (- 7,6%) che a livello regionale come anche il costo per l'acquisto di beni (- 4,8%) mentre è più alto il costo di servizi (+ 9,2%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

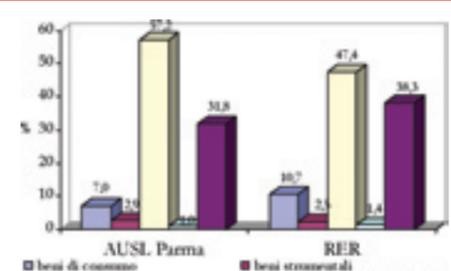
Fig.9 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2004



Fonte: Regione Emilia Romagna

Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale resta sostanzialmente invariato anche nell'anno 2004. L'incidenza del costo del lavoro è più bassa a livello aziendale (- 7%) che a livello regionale come anche il costo per l'acquisto di beni (- 4,5%) mentre è più alto il costo di servizi (+ 10,6%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile. Come si può notare dalle precedenti rappresentazioni grafiche la composizione dei costi della gestione caratteristica è rimasta pressoché invariata nel corso degli anni per l'Azienda USL di Parma.

Fig.10 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 sostanzialmente 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.

Struttura costi aziendali

Nel corso del periodo di riferimento la composizione dei costi d'esercizio si è così modificata:

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Consumo beni	5,2%	5,6%	5,7%	6,8%	7,0%	7,4%
Servizi sanitari	52,4%	53,3%	53,8%	52,6%	51,5%	0,3%
Servizi non sanitari	4,5%	4,2%	4,1%	4,5%	4,6%	4,9%
Beni strumentali	2,2%	2,3%	2,3%	2,8%	2,9%	2,8%

Fonti: anni 2001-2005 Regione Emilia Romagna; 2006: elaborazione aziendale

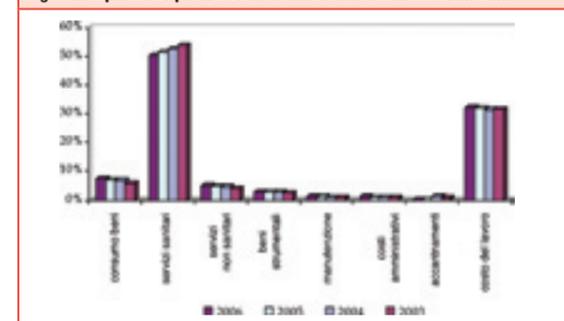
Tab.4 Composizione percentuale dei costi d'esercizio AUSL Parma

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Manutenzioni	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	1,1%	1,3%
Costi amministrativi	1,1%	1,0%	0,9%	1,0%	0,9%	1,2%
Accantonamenti	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%	0%	0%
Costo del lavoro	33,7%	32,6%	31,6%	31,3%	31,8%	32,1%

Fonti: anni 2001-2005 Regione Emilia Romagna; 2006: elaborazione aziendale

Sostanzialmente la composizione dei costi è rimasta inalterata nel quadriennio, come anche si può meglio vedere dalla rappresentazione grafica seguente:

Fig.11 Composizione percentuale dei costi d'esercizio anni 2003-2006



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.

Tab.5 Mobilità attiva e mobilità passiva

	2002	2003	2004	2005	2006
Mobilità attiva	22.529	25.166	28.380	29.877	31.476
Mobilità passiva	185.999	194.726	205.354	215.697	219.916
Mobilità attiva/mobilità passiva x100	12,1	12,9	13,8	14,1	13,8

Fonti: Regione Emilia Romagna; 2006: elaborazione aziendale

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

Tab.6 Mobilità passiva verso AOSP Parma e verso altri

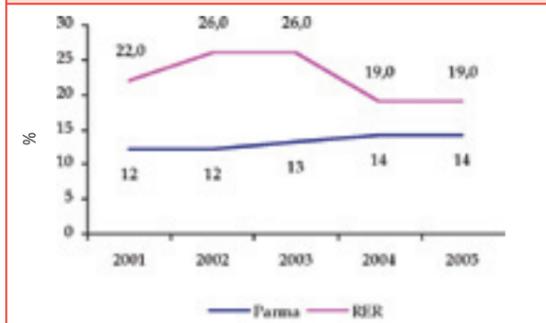
	2002	2003	2004	2005	2006
Mobilità passiva totale	185.999	194.726	205.354	215.697	219.916
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	153.003	159.023	165.800	176.645	179.245
Mobilità passiva AOSP Parma/mobilità passiva totale x100	82,3	81,7	80,7	81,9	81,5

Fonti: Regione Emilia Romagna; 2006: elaborazione aziendale

I residenti del territorio che si rivolgono ad altre strutture per la quasi totalità si indirizzano all'Azienda Ospedaliera

ra di Parma (81%). Rispetto alla capacità di attrazione media delle Aziende del gruppo omogeneo l'Azienda USL di Parma evidenzia una capacità media inferiore come si evince dal grafico seguente:

Fig.12 Mobilità attiva/passiva AUSL Parma ed altre aziende USL della RER

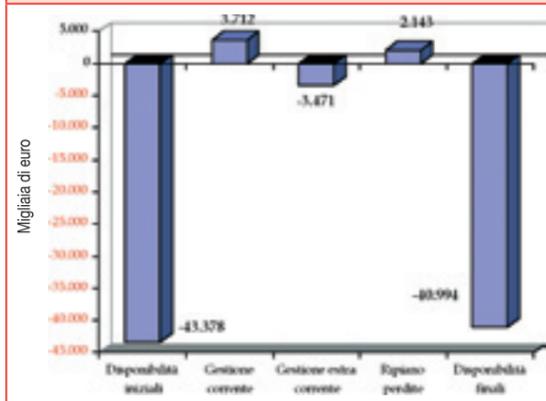


**Sostenibilità finanziaria**

**Dinamica dei flussi monetari**

Il 2006 è stato caratterizzato da un minor indebitamento verso l'Istituto Tesoriere (- 2.263.412 €); graficamente il rendiconto finanziario di liquidità è il seguente:

Fig.13 Rendiconto finanziario di liquidità (Fonti - impieghi condensato)



**Durata media dell'esposizione verso fornitori**

La durata media di esposizione verso i fornitori, vale a dire i tempi medi di pagamento, per l'anno 2006 è stata di 198 giorni al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva. Per permettere un confronto con la situazione dell'esercizio precedente, si è rideterminata la durata media dell'esposizione verso fornitori anche per l'esercizio 2005; al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva la durata media è pari a 163 giorni.

Tab.7 Durata media dell'esposizione verso i fornitori

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
172.416.358	188.748.367	328.228.809

Fonte: Bilancio aziendale anno 2006

**Sostenibilità patrimoniale**

**Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale**

Lo Stato Patrimoniale anno 2006 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

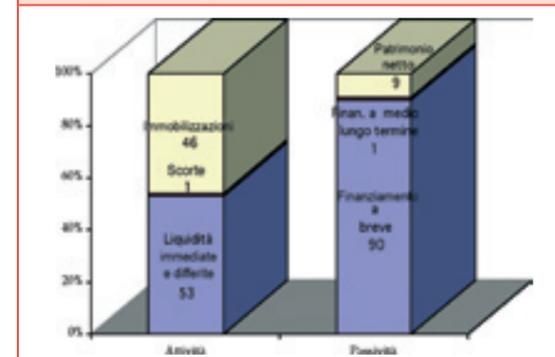
Tab.8 Stato patrimoniale anno 2006

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	53%	90%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	1%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	46%	9%	Patrimonio netto

Fonte: Regione Emilia Romagna

L'evoluzione della composizione dello Stato Patrimoniale può essere così rappresentata:

Fig.14 Rappresentazione grafica Stato patrimoniale 2006



L'Azienda è caratterizzata da una composizione dell'attivo focalizzata sulla liquidità. Le scorte nel corso del triennio di riferimento non hanno subito modifiche.

Fig.15 Stato patrimoniale 2002-2006 Attività

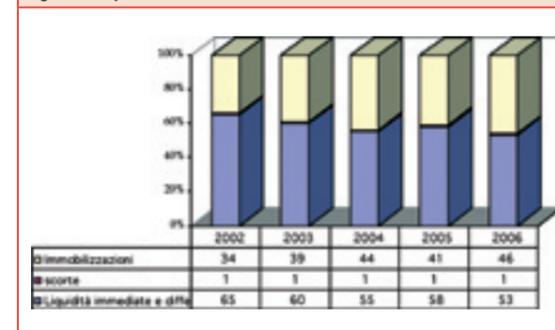
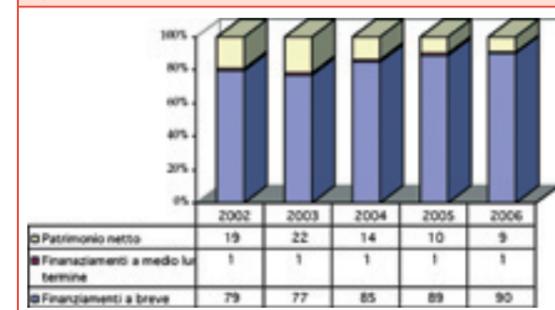


Fig.16 Stato patrimoniale 2002-2006 Passività



L'azienda è caratterizzata da una composizione del passivo focalizzato sui finanziamenti a breve termine. Il Patrimonio netto non raggiunge nemmeno il 10% del passivo.

**Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici**

Per ciò che attiene gli investimenti effettuati nel triennio 2002 - 2006 la copertura degli stessi attraverso contributi in conto capitale viene così rappresentata:

Tab.9 Investimenti

Investimenti	2002	2003	2004	2005	2006
Terreni	0	188	0	0	0
Fabbricati	5.009.446	1.601.054	60.278.240	16.843.955	1.154.175
Impianti e macchinari	29.726	0	22.328	6.261	3.416
Attrezzature sanitarie	2.460.875	1.746.498	8.100.119	1.654.221	1.152.575
Mobili e arredi	290.234	270.382	2.003.976	404.356	302.027
Automezzi	178.196	99.826	60.905	261.401	59.723
Altri beni	769.823	497.868	1.523.965	801.658	491.319
Totale	8.738.300	4.215.629	71.989.530	19.973.861	3.523.235

Fonti: Bilanci aziendali

L'anno 2002 ha visto l'entrata in funzione del Dipartimento di Prevenzione; 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.

Tab.10 Contributi in conto capitale

Contributi	2002	2003	2004	2005	2006
Totale	19.465.975	3.339.905	7.790.905	471.880	2.811.760

Fonti: Bilanci aziendali

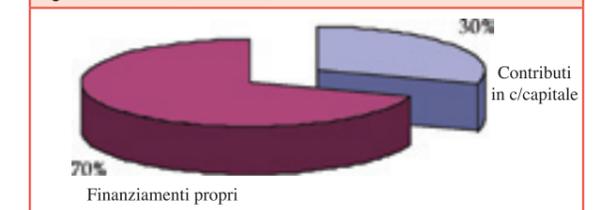
I contributi concessi nell'anno 2002 erano per la maggior parte (15.493.707 €) destinati alla costruzione del nuovo Presidio Ospedaliero aziendale; nell'anno 2003 erano per lo più destinati all'adeguamento ex L. 626/94 del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro (2.065.828 €); i contributi dell'anno 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 Presidio Ospedaliero di Fidenza-San Secondo.

I contributi dell'anno 2006 sono così determinati:

- € 500.000 per la riqualificazione dei servizi radiologici e poliambulatori del Distretto di Parma (Delibera Giunta Regionale 12/2005)
- € 2.000.237,57 per la realizzazione di nuovi ambulatori presso il DUS (Delibera Consiglio Regionale 447/2003)
- € 263.000 per innovazione tecnologica in odontoiatria (Delibera Giunta Regionale 964/2006)
- € 48.522,39 per progetti vincolati.

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:

Fig.17 Investimenti aziendali netti



**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	2002	2003	2004	2005	2006
Immob. immateriali	975.432	560.907	572.259	691.773	1.001.924
Fabbricati strumentali	5.009.446	1.476.999	42.914.695	16.799.077	1.458.560
Impianti e macchinari	29.726	0	22.328	6.261	3.416
Attrezz. sanitarie	2.460.875	1.746.498	8.100.119	1.654.221	1.152.575
Mobili e arredi	290.234	270.382	2.003.976	404.356	302.027
Altri beni	769.823	497.862	1.523.965	801.658	551.041
Immob. materiali in corso ed acconti	11.792.428	28.044.392	0	0	3.157.410
Totale	21.327.964	32.597.040	55.137.342	20.359.351	7.626.954

Fonti: Bilanci aziendali

Inoltre nel corso del 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.

Fig.18 Investimenti dal 2003 al 2006

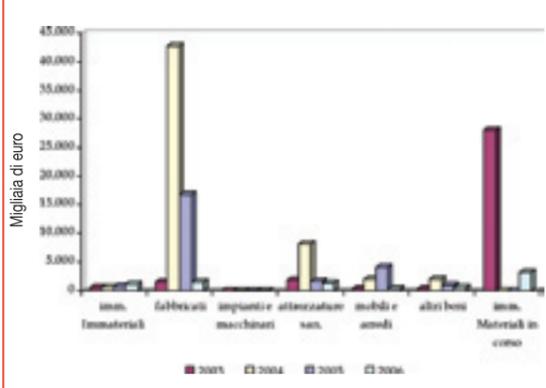
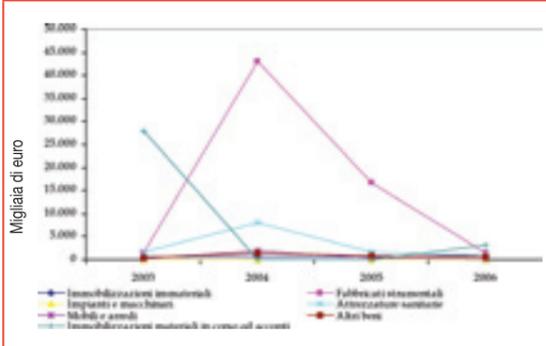


Fig.19 Trend investimenti dal 2003 al 2006 (Valori in migliaia di Euro)



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. Nella tabella seguente è possibile verificare il grado di rinnovo del patrimonio aziendale.

Tab.12 Investimenti e patrimonio

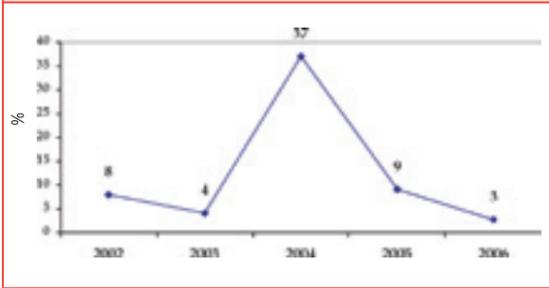
	2002	2003	2004	2005	2006
Investimenti	9.715.734	4.787.721	72.563.796	20.404.229	4.525.160
Totale immob.	117.106.804	121.067.861	193.547.215	215.577.260	170.585.882
Investimenti totale immob. x100	8,3	3,9	37,5	9,5	2,7

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.

Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

Fig.20 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale: rapporto tra investimenti e patrimonio



Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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

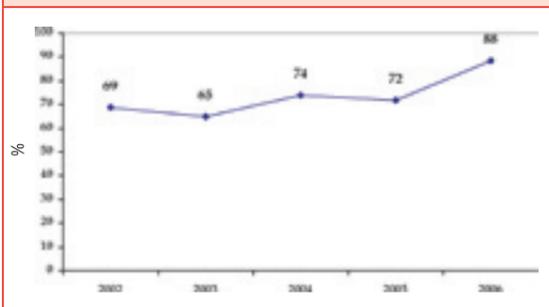
Tab.13 Obsolescenza aziendale

	2003	2004	2005	2006
Residuo da ammortizzare	78.311.230	144.125.685	155.753.055	150.797.585
Totale immobilizzazioni	121.067.861	193.547.215	215.577.260	170.585.882
Residuo da ammortizzare / totale immobilizzazioni	64,7	74,5	72,2	88,4

Fonti: Bilanci aziendali

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

Fig.21 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% della intera popolazione lavorativa provinciale, l'Azienda

USL è anche una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti; un numero che è andato stabilmente crescendo negli ultimi 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 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).

Impatto sociale

Tab.14 Numero dipendenti totali e suddivisi per ruolo

Ruolo	Contratto	2002	2003	2004	2005	2006
Sanitario	Medici e Veterinari	380	381	392	396	397
	Dirigenti Sanitari	53	54	55	59	58
Professionale	Dirigente Professionale	5	5	6	7	7
Tecnico	Dirigente Tecnico	5	4	4	4	4
Amministrativo	Dirigente Amministrativo	16	17	19	18	18
Dirigenti		459	461	476	484	484
Sanitario	Comparto sanitario	1.194	1.203	1.214	1.241	1.241
Tecnico	Comparto tecnico	321	315	322	331	356
Amministrativo	Comparto amministrativo	327	326	334	335	330
Comparto		1.842	1.844	1.870	1.907	1.927
Totale		2.301	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
2002	101	4	318	50	129
2003	99	5	317	50	138
2004	104	8	318	52	143
2005	117	12	318	54	153
2006	120	5	310	56	137

Tab.16 Emolumenti (Migliaia di Euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Personale dipendente	90.568	92.582	91.913	99.953	102.076	109.621
Personale convenzionato	32.406	33.952	34.950	35.792	40.880	44.360
MMG e pediatri	26.703	27.879	28.846	29.481	33.260	36.701
Specialisti interni	3.649	3.828	3.752	3.823	4.503	4.436
Guardia Medica	2.054	2.245	2.352	2.488	3.117	3.223
Totale	122.974	126.534	126.863	135.745	142.956	153.981

Fonti: Bilanci aziendali

Tab.17 Lasciti e donazioni da cittadini e da altri

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Da cittadini	1.467	344.101	5.202	2.450	25.888	61.727
Da fondazioni bancarie	0	16.217	0	882.000	923.592	908.000
Da altri	273.794	255.768	26.048	187.595	355.637	658.744
Totale	275.261	616.086	31.250	1.072.045	1.305.117	1.628.471

Fonti: Bilanci aziendali

Impatto culturale

L'Azienda USL è proprietaria della Chiesa di Santa Maria del Quartiere edificata nel 1604 da Ranuccio Farnese. Il progetto è stato attribuito a Gian Battista Aleotti, autore del teatro Farnese. La chiesa, a pianta esagonale, è sorretta da archi e pilastri, alla sommità dei quali si apre la cupola affrescata nel 1626 da Pier Antonio Bernabei. All'interno numerose opere d'arte fra cui "La presentazione al tempio" di Francesco Scaramuzza esposta peraltro dal 20 marzo al 30 giugno 2005 a Bologna in occasione della mostra "Le arti della Salute. Il patrimonio culturale e scientifico della Sanità Pubblica in Emilia Romagna". All'interno della chiesa sono presenti cenotafi di medici illustri e due sculture, ottocentesche, di cui una particolarmente venerata come "Virgo infirmorum". Nel corso del 2006, con prosecuzione nel 2007, sono stati sottoscritti accordi con l'Università di Parma e di Ferrara per l'esecuzione di rilievi tridimensionali dell'immobile storico. A seguito delle valutazioni conseguenti si procederà, per stralci, al recupero storico della struttura ed al restauro delle parti pittoriche e scultoree dell'interno. Il percorso sarà cofinanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Parma. Per quanto riguarda altri edifici storici in provincia di Parma si segnala la conclusione dei lavori di rifacimento sulla facciata storica dell'Ospedale di San Secondo, seguiti dall'Ufficio Tecnico dell'Azienda USL e totalmente finanziati dall'Azienda USL. Sono stati conclusi anche i lavori di rifacimento e restauro nell'edificio storico detto "ex macello" sito nel Comune di Busseto, con il coordinamento dell'Ufficio tecnico aziendale e totalmente finanziato dal Comune di appartenenza. Fra le proprietà dell'Azienda un dipinto su tela raffigurante

“La Sacra Famiglia” di epoca settecentesca (attualmente collocata presso la chiesa del nuovo ospedale di Vaio), il Dipinto su tela “Monsignor Garimberti” e il dipinto su tela “Cornini” conservati a Fidenza ed infine il quadro raffigurante “L’edificazione dell’Ospedale di Fidenza” esposti tutti presso il Comune di Fidenza nel corso di una mostra dedicata all’inaugurazione del nuovo complesso ospedaliero di Vaio nel corso del 2004. E’ stata fatta richiesta di possibilità di studio, con rilievi fotografici, della tela “La sacra famiglia”; il quadro, del pittore Carlo Angelo Dal Verme (Fidenza 1748 – 1823), rientra in un più ampio studio riguardante “L’Abate Zani e il suo tempo”, promosso dall’Associazione culturale “Le vie del sale” patrocinato e sostenuto dal Comune di Fidenza. Nel corso del 2006 si è concretizzato il percorso di donazione di 34 opere del pittore Mauro Saviola che ha voluto arricchire le due strutture di Vaio e San Secondo con dipinti per rendere sempre più “vivibile” per i degenti il percorso assistenziale. E’ stata, quindi, allestita una mostra dei dipinti nelle sale d’ingresso dello stabilimento ospedaliero in concomitanza con le manifestazioni, organizzate dal Comune di Fidenza, per la “settimana fidentina” che si tengono in onore del Santo Patrono. I quadri, catalogati, sono stati successivamente posizionati nei due Ospedali. Nel 2007, visto il successo della mostra del Pittore Saviola, si concretizzerà un’iniziativa che vedrà le esposizioni, a rotazione, di diversi Pittori locali sempre nei locali dell’Ospedale di Vaio. Verrà quindi chiesta la disponibilità di un’opera individuata dall’artista che entrerà nel catalogo del patrimonio aziendale. La Direzione Generale ha riconfermato la partecipazione dell’Azienda al progetto triennale indicato dalla Regione che avrà due linee di intervento prioritarie:

- 1) il recupero, il censimento e la catalogazione dei beni librari e documentari di tipo “sanitario”, rilevanti dal punto di vista storico, bibliografico e archivistico;
- 2) la creazione di un sistema museale dedicato alla storia della sanità e dell’assistenza nella nostra regione.

Nel corso del 2006 si è strutturata l’attività dell’“Archivio storico ex Ospedale psichiatrico di Colorno” con l’apertura al pubblico tre giorni alla settimana. Sono pervenute numerose richieste di ricercatori per la consultazione del materiale d’archivio; si è provveduto a fornire l’archivio di fotocopiatrice sia per necessità interne sia per richieste di ricerca.

## 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 20,4% nel periodo considerato, in linea con lievemente inferiore all’incremento del costo per assistito eviden-

ziato a livello regionale e pari al 20,9%. È importante segnalare come questi risultati derivino, da un lato, da un aumento dei costi nel periodo 2001-2005 del 25,4% e, dall’altro, da una crescita della popolazione del 4,1%, un trend analogo a quello osservato a livello regionale. L’omogeneità tra trend regionale e trend aziendale è peraltro confermata dall’andamento, sostanzialmente stabile, dello scostamento tra valore aziendale e valore regionale; si segnala inoltre come il costo per la Azienda di Parma sia, nei cinque anni considerati, anche il più basso nella Regione, secondo solo al valore registrato dalla Azienda USL di Reggio Emilia.

Tab.18 Costi per assistito - 2001-2005

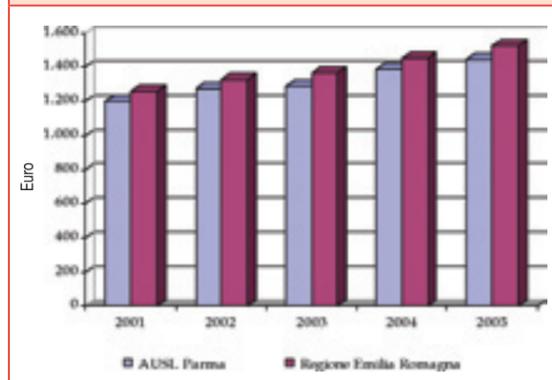
	AUSL Parma			Scostamento % PR vs RER
	Costi	Popolazione	Procapite	
2002	488.456	407.272	1.199,34	- 4,8%
2003	521.163	409.991	1.271,16	- 4,2%
2004	533.183	413.154	1.290,52	- 5,6%
2005	582.190	419.438	1.388,02	- 4,6%
2006	612.390	423.991	1.444,35	- 5,4%

	Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Costi	Popolazione	Procapite	
2002	5.048.710	4.008.841	1.259,39	- 4,8%
2003	5.358.265	4.037.095	1.327,26	- 4,2%
2004	5.548.909	4.059.417	1.366,92	- 5,6%
2005	5.969.996	4.101.324	1.455,63	- 4,6%
2006	6.320.685	4.151.335	1.522,57	- 5,4%

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

Fig.22 Costo procapite aziendale e regionali - anni 2001-2005



Tab.19 Finanziamento per assistito - 2001-2005

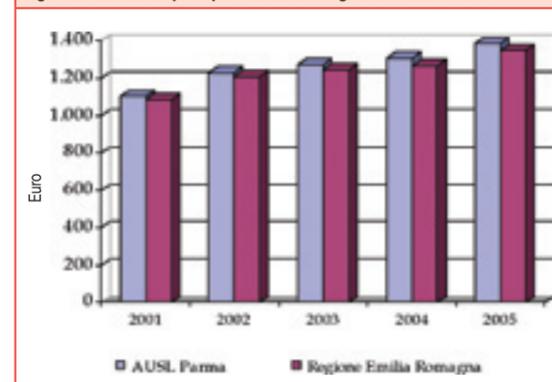
	AUSL Parma			Scostamento % PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	
2001	441.634	399.990	1.104,11	1,8%
2002	495.434	402.330	1.231,41	1,9%
2003	514.940	404.722	1.272,33	2,1%
2004	533.220	407.754	1.307,70	3,1%
2005	572.733	413.182	1.386,15	2,8%

Tab.19 Finanziamento per assistito - 2001-2005

	Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	
2001	4.347.069	4.008.841	1.084,37	1,8%
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%

Il finanziamento 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 25% (25,5%), una percentuale superiore alla crescita della quota a livello regionale, incrementata del 24,4% nel quinquennio 2001-2005. 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 (10,4% del totale regionale) di persone di età superiore ai 75 anni, contribuisce ad aumentare la quota di risorse per l’assistenza sanitaria.

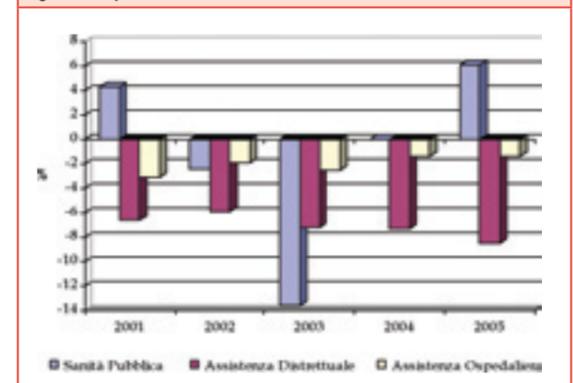
Fig.23 Finanziamenti procapite aziendale e regionale - anni 2001-2005



Tab.20 Costi per livello di assistenza - 2001-2005

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
	2001	47,54	45,57	619,20	663,16	533,41
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

Fig.24 Scarto percentuale costi livelli di assistenza - AUSL - RER - anni 2001-2005



La Figura riporta, per ogni livello di assistenza, lo scarto percentuale tra costo per assistito regionale e aziendale: negli anni 2001-2005 l’Azienda USL di Parma risulta aver registrato costi per assistito inferiori rispetto alla media regionale. Nell’anno 2005 per il Livello di Assistenza Sanità Pubblica l’AUSL di Parma registra un costo superiore rispetto alla media regionale (+3,12€), mentre nei Livelli di Assistenza Distrettuale e Ospedaliera si continuano a registrare costi per assistito inferiori rispetto alla media regionale (-7% Assistenza Distrettuale; -2% Assistenza Ospedaliera).

## Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

### Sviluppo dei programmi regionali di screening

I tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono alcuni dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. In particolare il tumore della mammella è responsabile di circa 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 screening per la prevenzione dei tumori della mammella e della cervice uterina, a cui si è aggiunto dal 2005 anche quello del colon retto.

	Caratteristiche screening		
	Popolazione interessata	Scadenza	Tipo di test
Mammella	Donne 50/69 anni	Cadenza biennale	Mammografia a doppia proiezione
Utero	Donne 25/64 anni	Cadenza triennale	Pap-test
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Cadenza 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 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.25 Screening mammografico: adesione al 31/12/2006

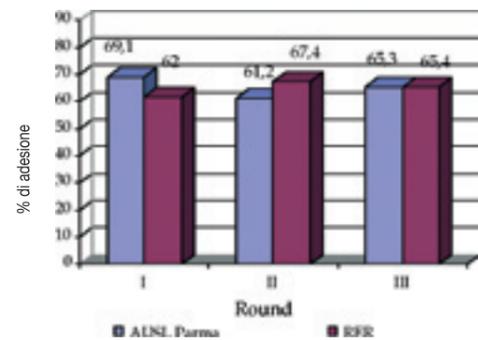


Fig.26 Screening del carcinoma uterino: adesione al 31/12/2006

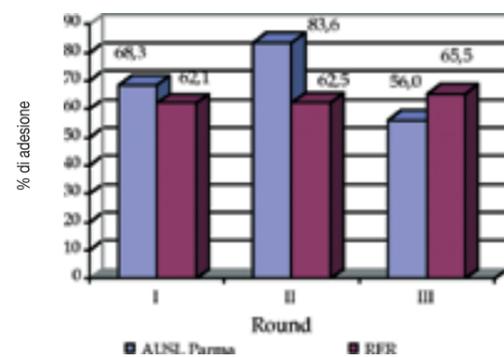
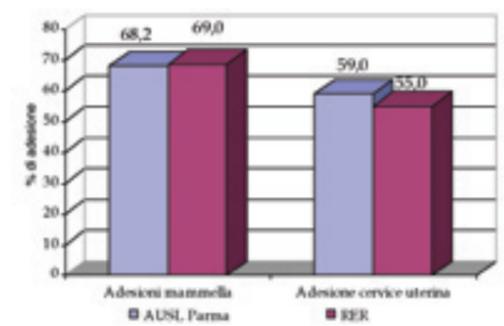


Fig.27 Screening 2006: adesioni (%)

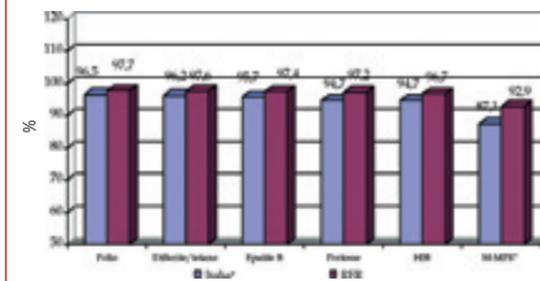


I dati provinciali riferiti al colon retto sono relativi a tutto il primo round di screening, che è iniziato, così come in tutta la regione il 21 marzo 2005 e si concluderà nel marzo 2007, interessando una popolazione di oltre 100.000 persone. Al 31 dicembre 2006, la percentuale di adesione è pari a 51,9%, con una positività del 6,0%.

**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.

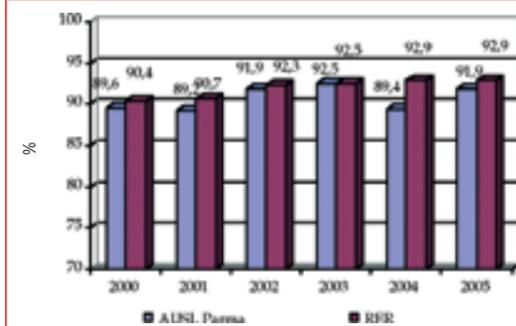
Fig.28 Copertura vaccinale a 24 mesi in Italia ed Emilia-Romagna - 2005



Fonte: "Copertura vaccinale nell'infanzia" - Regione Emilia - Romagna. Ministero della Salute. Dati al 05/12/2006.  
\*M: monovalente morbillo; MPR: morbillo, parotite, rosolia.

Il tasso di copertura a 24 mesi è aumentato in Regione dall'82,7% del 1996 al 92,9% del 2005, a Parma nello stesso periodo si è passati dal 64,8% al 91,9%, con una grande variabilità nei quattro Distretti che va dall'88% di Parma che risulta essere tra i più bassi in Regione, al 98,1% di Fidenza. La variazione 2004/2005 dimostra comunque un notevole miglioramento di 2,5% sul totale provinciale. Inoltre, così come previsto dal piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 13/11/2003, è stata attuata nel corso del 2004 la prima fase del piano, attraverso il recupero dei suscettibili delle coorti di nascita 1994-1997.

Fig.29 Copertura vaccinale morbillo a 24 mesi

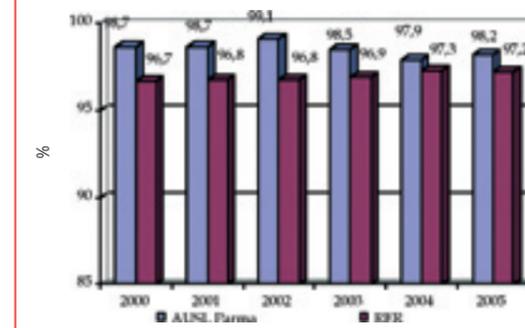


Tab.21 Copertura vaccinale morbillo a 24 mesi per Distretto - 2005

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.822	1.604	88,0
Fidenza	807	792	98,1
Valli Taro e Ceno	368	351	95,4
Sud Est	588	546	92,9
Totale	3.585	3.293	91,9

La copertura vaccinale contro la pertosse a 24 mesi è già dal 1998 superiore al 95% in tutta la Regione ed ha raggiunto nel 2005 il 97,2%, con valori omogenei tra tutte le Aziende USL: anche a Parma il dato è confermato con minime differenze tra distretti.

Fig.30 Copertura vaccinale pertosse



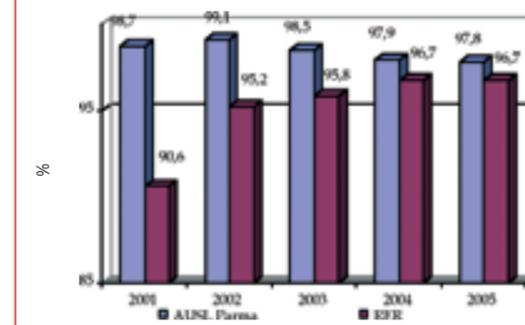
Tab.22 Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi per Distretto - 2005

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.822	1.773	97,3
Fidenza	807	805	99,8
Valli Taro e Ceno	368	362	98,4
Sud Est	588	580	98,6
Totale	3.585	3.520	98,2

**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.

Fig.31 Copertura vaccinale HIB a 24 mesi



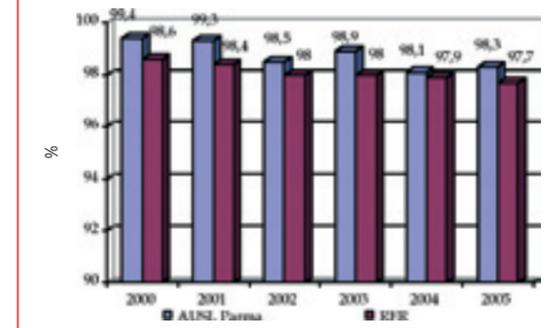
Tab.23 Copertura vaccinale HIB a 24 mesi per Distretto - 2005

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.822	1.724	96,8
Fidenza	807	800	99,1
Valli Taro e Ceno	368	362	98,4
Sud Est	588	579	98,5
Totale	3.585	3.505	97,8

**Poliomelite**

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, 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 96,3%.

Fig.32 Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi



Tab.24 Copertura vaccinale poliomielite a 24 mesi per Distretto - 2005

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.822	1.776	97,5
Fidenza	807	805	99,8
Valli Taro e Ceno	368	363	98,6
Sud Est	588	580	98,6
Totale	3.585	3.524	98,3

**Rosolia**

I tassi di copertura regionale 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 2005 al 92,8%, mentre le coperture riferite a maschi e femmine a 13 anni, pur aumentate rispetto al 2004 restano ancora basse, 87,9%.

Tab.24 Copertura vaccinale rosolia a 13 anni, maschi e femmine per Distretto - 2005

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.511	1.213	80,3
Fidenza	818	761	93,0
Valli Taro e Ceno	362	326	90,1
Sud Est	527	454	86,1
Totale AUSL PR	3.218	2.754	85,6
Totale RER	33.026	29.022	87,9

Il fenomeno dell'obiezione è ancora contenuto, ma in costante crescita: dal 1996 al 2004 si è passati dallo 0,2 allo 0,7% dei nuovi nati.

A Parma nel 2005 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta erano 65 al 24° mese, 48 dei quali, pari all'73,8% residenti nel Distretto di Parma (in Regione nello stesso periodo erano 981).

**Copertura vaccinale nella popolazione anziana**

Gli sforzi compiuti per promuovere la vaccinazione antinfluenzale hanno portato nel giro di un decennio a raggiungere ottimi livelli di copertura, 70,7% negli ultrasessantacinquenni nella campagna 2005/2006: la provincia di Parma, pur restando ultima in Regione, ha compiuto notevoli progressi, soprattutto negli ultimi anni, passando da 47,6% nella campagna del 2000/01 al 70,7% per l'ultima campagna con un incremento di 23,1 punti percentuali.

**Tab.26 Tasso di copertura vaccinale per influenza nella popolazione di età superiore a 65 anni**

Anni	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Parma	37,5	47,6	48,8	53,3	56,5	62,3	70,7 <sup>a</sup>
Regione	48,3	57,6	61,2	65,2	69,3	70,8	

Nota  
a: elaborazione interna

**Tab.27 Numero soggetti vaccinati**

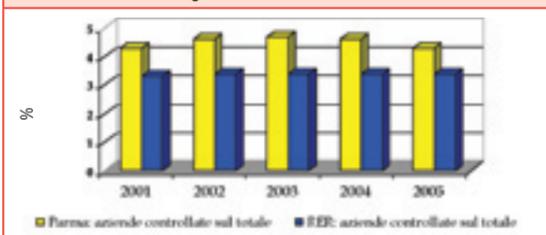
	Campagna 2001/2002	Campagna 2002/2003	Campagna 2003/2004	Campagna 2004/2005	Campagna 2005/2006	Var. % 2000/06
Parma	45.070	49.722	53.309	78.536	98.468 <sup>a</sup>	125,3
Regione	549.464	592.857	639.217	898.244		75,5 <sup>b</sup>

Nota  
a: elaborazione interna  
b: dato relativo al periodo 2000-2005

**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 insistenti nel territorio. Nel 2005 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro dell'AUSL hanno controllato 1636 aziende pari al 4,3% del totale delle aziende. L'indice di controllo si mantiene negli anni sostanzialmente stabile e sempre superiore al dato regionale.

**Fig.33 Percentuale di aziende controllate sul totale delle aziende esistenti nel territorio - confronto dato regionale**



Nelle aziende oggetto di controllo nel 2005 sono state emanati 256 provvedimenti prescrittivi che hanno portato ad un indice di violazione pari al 15,6%. Nella figura è riportato l'andamento dell'indice di violazione nel periodo 2001-2005; anche in questo caso si registra una sostanziale stabilità dell'indicatore negli anni.



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

Anno	Parma	RER
2000	74,4	47,9
2001	53,2	44,6
2002	66,1	42,1
2003	67,7	42,5
2004	57,3	39,1

Il controllo ufficiale sulle strutture di trasformazione alimenti ha subito nel 2004 un calo di circa il 10% rispetto all'anno precedente: oltre ad un fattore di tipo gestionale (diminuzione dell'organico), 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 si riduce drasticamente.

**Tab.29 Aziende trasformazione lavorazione confezionamento: percentuale aziende con infrazioni su controllate**

Anno	Parma	RER
2000	5,2	19,3
2001	31,2	21,7
2002	33,6	21,4
2003	33,9	23,9
2004	19,3	20,8

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, pur di-

minuendo di circa il 5% rispetto all'anno precedente, non si discosta dalle medie regionali, mentre l'attività sanzionatoria resta in linea con gli 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.30 Ristorazione: percentuale aziende controllate su esistenti 2000-2004**

Anno	Parma	RER
2000	56,7	49,2
2001	49,2	46,8
2002	49,7	44,2
2003	51,0	41,9
2004	44,3	40,4

**Tab.31 Ristorazione: percentuale aziende con infrazioni su controllate**

Anno	Parma	RER
2000	6,7	22,0
2001	20,8	24,2
2002	22,1	21,3
2003	25,2	24,9
2004	18,6	32,5

Per quanto riguarda il controllo sugli allevamenti si ricorda che la provincia di Parma è la realtà più importante a livello regionale per numero di bovini allevati.

Ma la gestione della sicurezza alimentare risulta estremamente impegnativa sia per la dimensione dell'apparato produttivo (principale sede di industria agroalimentare in Italia), sia per le attività di controllo da assicurare. Infatti, dalla nostra AUSL vi è un imponente flusso di esportazioni di prodotti alimentari dall'Italia verso i paesi comunitari ed extracomunitari.

L'incremento di attività sugli allevamenti deve essere ricondotto alla 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.

**Tab.32 Controllo alimenti origine animale anno 2004**

Numero impianti	Numero animali macellati	Tonnellate trasformate	Numero sopralluoghi
830	1.053.000	1.401.125	27.953

**Tab.33 Percentuale di sopralluoghi per allevamento. Anni 2000-2004**

Anno	Parma	RER
2000	338,9	392,9
2001	418,3	440,7
2002	330,3	367,5
2003	731,5	457,1
2004	338,9	392,9

**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 comprende 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.35 Rete Assistenziale - Distretto di Parma

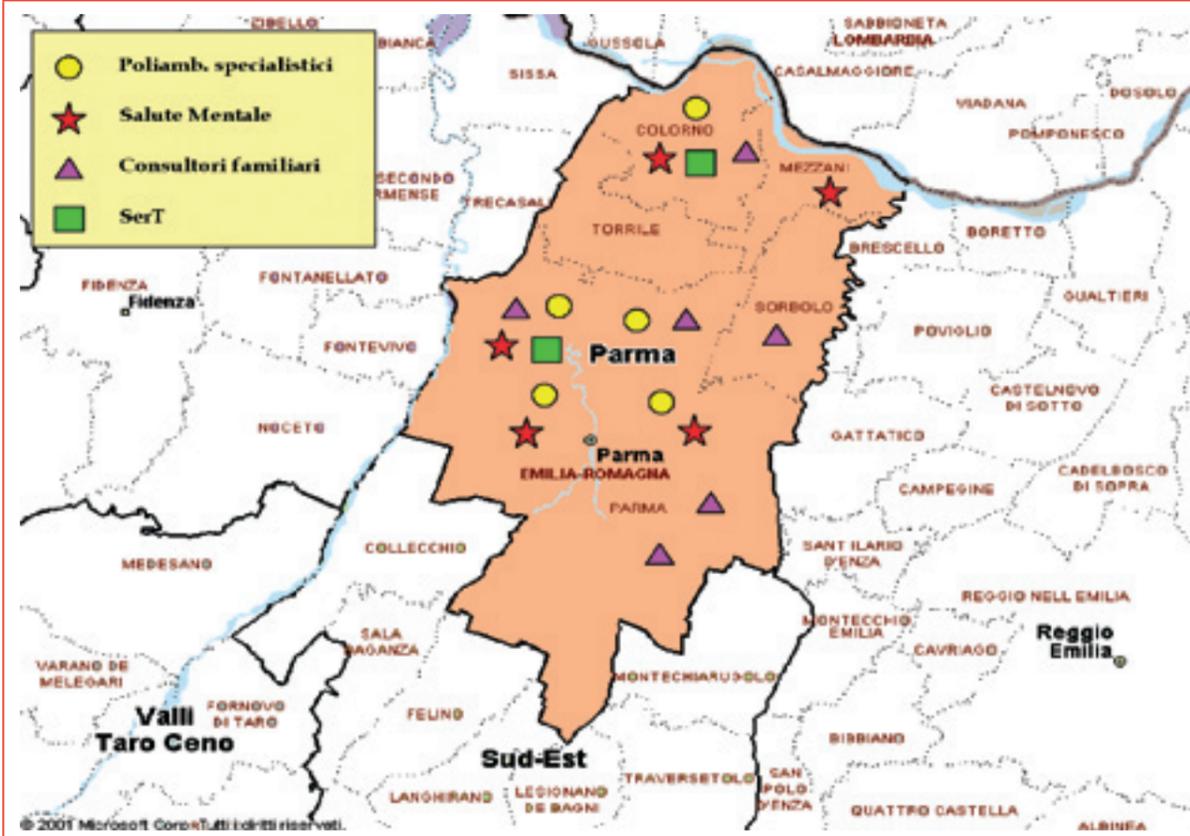


Fig.37 Rete Assistenziale - Distretto Sud-Est

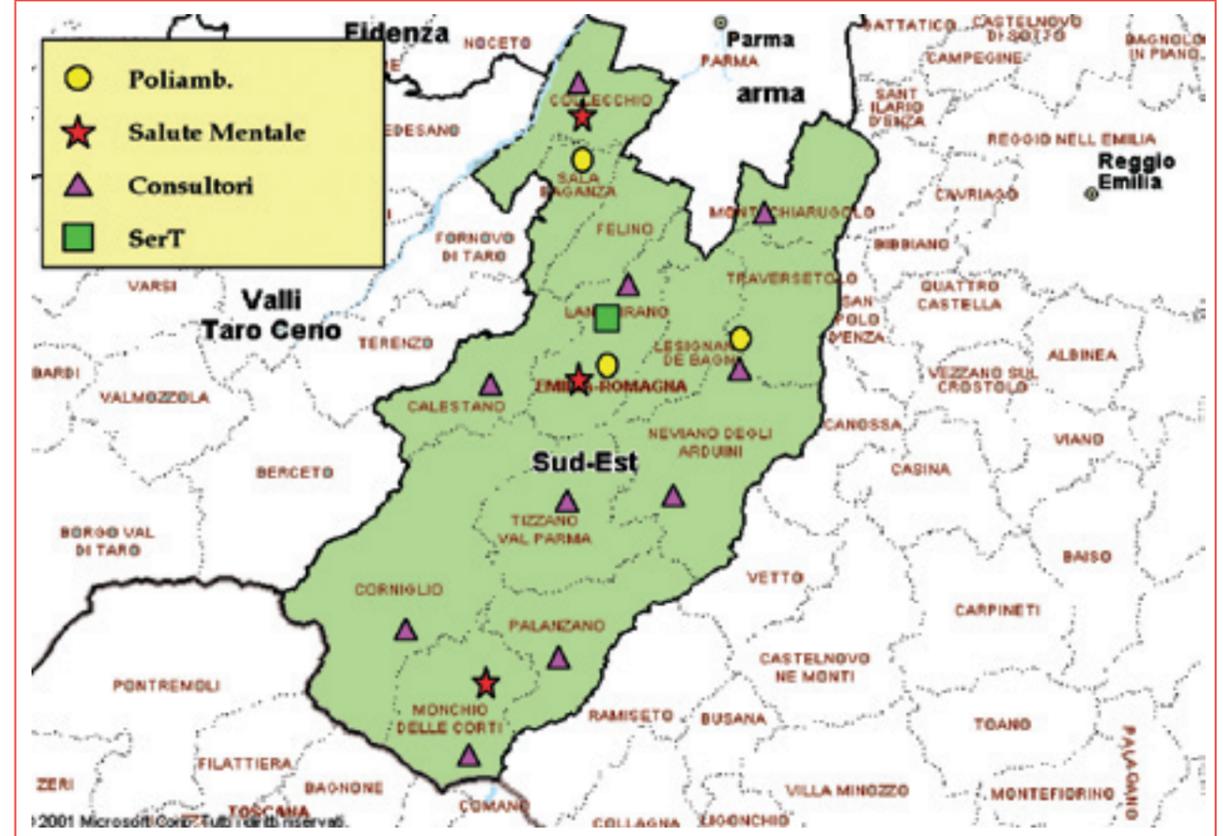


Fig.36 Rete Assistenziale - Distretto di Fidenza

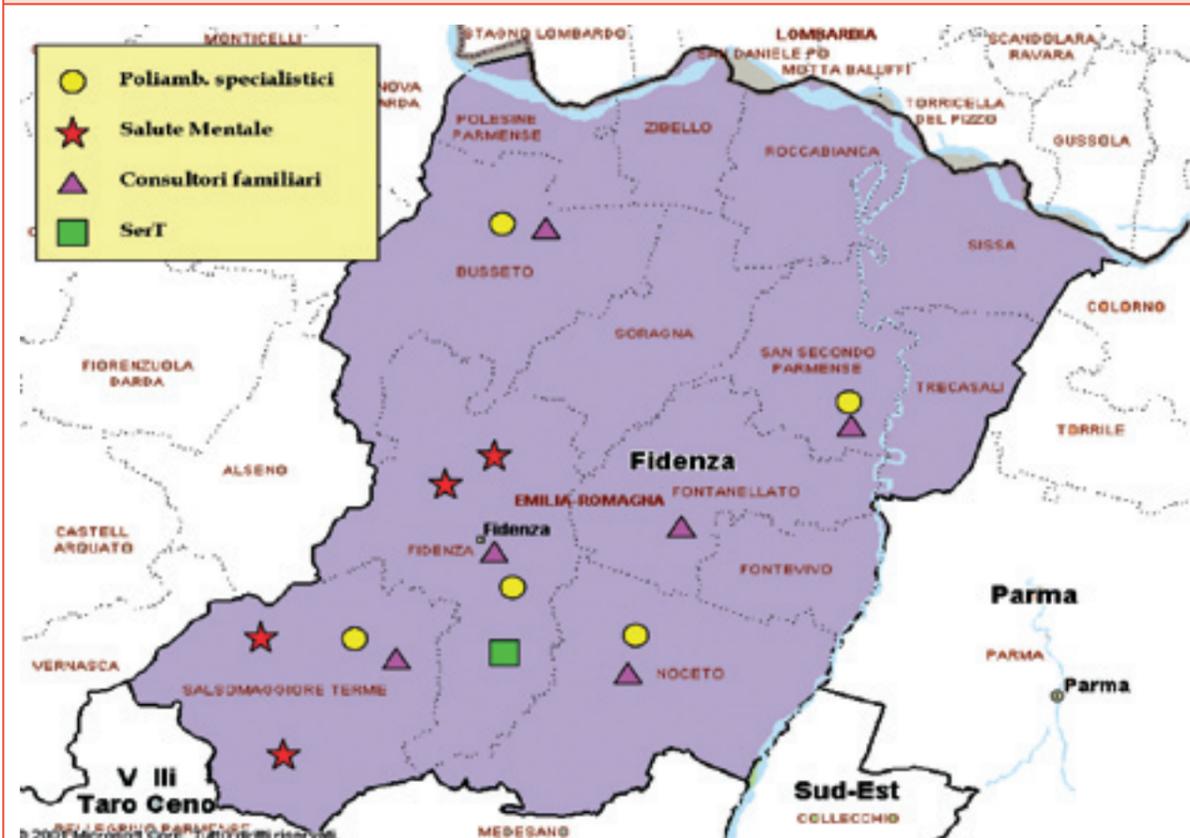
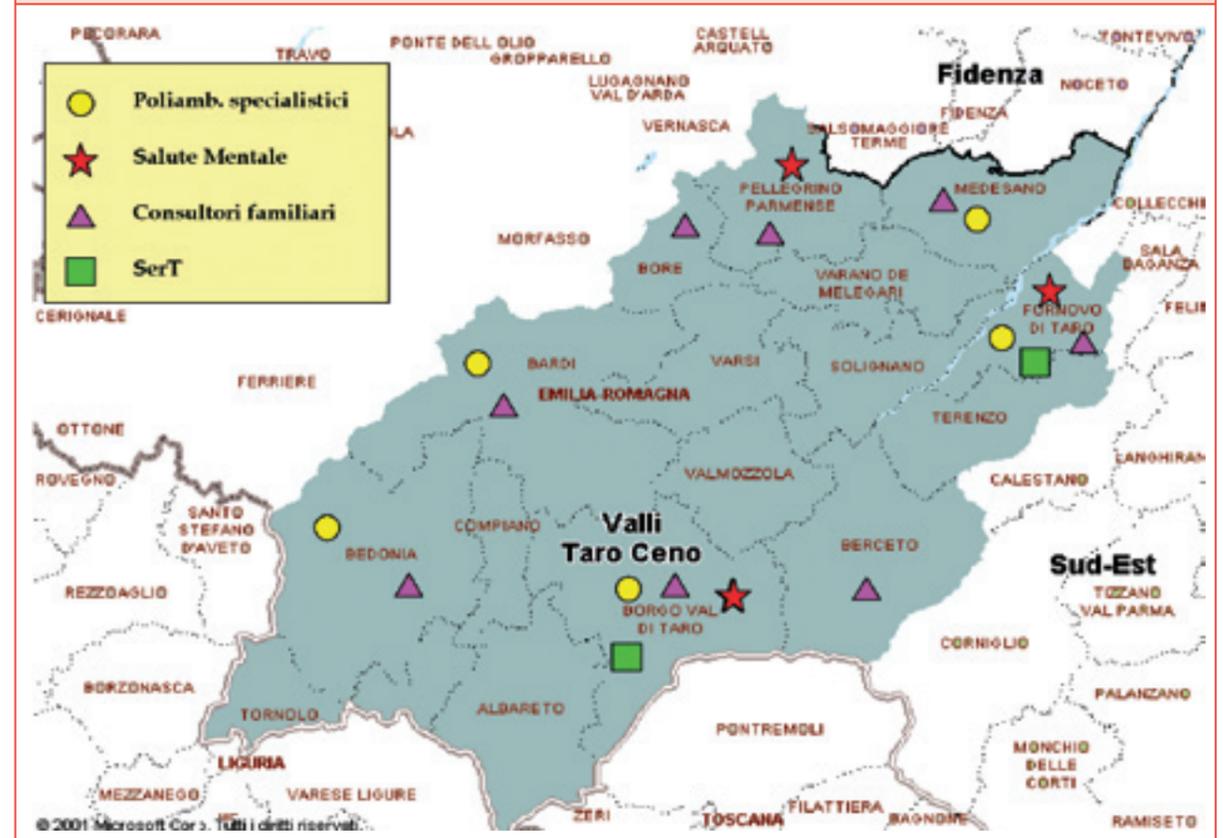


Fig.38 Rete Assistenziale - Distretto Valli Taro e Ceno



**Assistenza residenziale e semiresidenziale**

**Anziani**

Il completamento e il potenziamento della rete di offerta dei posti avviato nel 1999 ha portato ad una disponibilità di posti per 1.000 abitanti anziani sempre superiore di 1 posto alla media regionale. Questo rafforzamento dell'offerta è proseguito nell'anno 2006 con l'incremento di 11 posti nel Distretto di Parma.

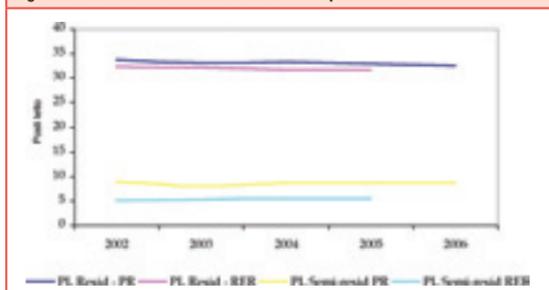
Tab.34 Posti letto residenziali (popolazione di età superiore ai 74 anni)

	AUSL Parma		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2002	1.552	46.127	33,6
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
	Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2002	13.991	433.078	32,3
2003	14.238	443.430	32,1
2004	14.302	451.235	31,7
2005	14.618	461.202	31,7
2006	nd	nd	nd

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

	AUSL Parma		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2002	401	46.127	8,7
2003	401	46.969	8,0
2004	411	47.472	8,6
2005	413	48.219	8,6
2006	417	49.157	8,5
	Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2002	2.192	443.430	4,9
2003	2.328	451.235	5,2
2004	2.436	461.164	5,3
2005	2.59	461.202	5,3
2006	nd	nd	nd

Fig.39 Posti letto residenziali e semi-residenziali per 1.000 ab.



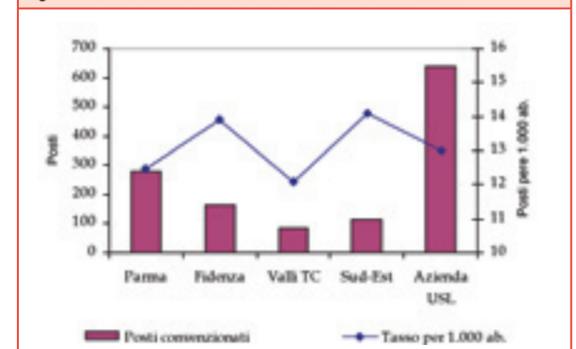
Al 31 dicembre 2006 nel territorio provinciale sono presenti 41 Case Protette e 3 RSA convenzionate, distribuite in 32 Comuni. L'azione di miglioramento della qualità assistenziale nelle strutture protette, secondo criteri di qualificazione dell'accoglienza e della cura è stata intensificata attraverso percorsi di formazione specifica del personale e l'elaborazione condivisa di linee guida in materia di assistenza sanitaria. 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 417 nel 2006, con un aumento del 4% ed un parametro significativamente superiore a quello medio regionale. Complessivamente, a livello provinciale, si rileva un costante aumento dell'indice di occupazione, con particolare riguardo ai distretti extra urbani.

Ciò conferma l'affermarsi di tale servizio, come sostegno ad un progetto di permanenza a domicilio anche attraverso gli elementi di flessibilità introdotti negli ultimi anni che consentono la possibilità di diversificare la frequenza in termini di orari e giornate, sulla base di progetti individualizzati. Il fenomeno più saliente è rappresentato dal significativo aumento delle giornate di frequenza di utenti con gravi disturbi comportamentali. Tale aumento, anche a parità di posti convenzionati, e di numero di giornate di frequenza, rispetto al 2005, determina un incremento della spesa relativa agli oneri a rilievo sanitario.

**L'assistenza domiciliare - oneri a rilievo sanitario**

Alla data del 31 dicembre 2006, nel territorio provinciale, gli anziani assistiti in assistenza domiciliare, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, sono 640, con un incremento, rispetto all'anno precedente, di 16 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno dove è stato avviato il servizio, con gestione sovra comunale, in 4 Comuni da sempre sprovvisti.

Fig.40 Posti convenzionati servizi domiciliari comunali al 31.12.2006



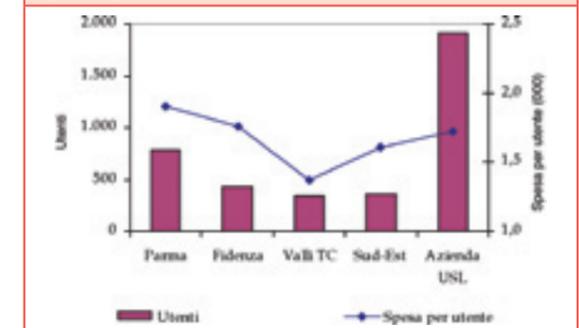
Sono ora convenzionati con l'AUSL 45 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

**L'assegno di cura**

Rispetto agli anni precedenti in cui si era registrato un progressivo aumento dei destinatari degli assegni di cura, nel 2006, si è ridotto il numero degli assegnatari,

in conseguenza dell'applicazione della DGR 2686/05, che prevede la continuità dei contratti in costanza del bisogno assistenziale.

Fig.41 Assegno di cura: Utenti e spesa per utente - 2006



Contestualmente, si rileva un significativo aumento della domanda, rispetto al 2005, in tutto il territorio provinciale. E' crescente la richiesta da parte di anziani, in gravi condizioni sanitarie o affetti da demenza con gravi disturbi comportamentali.

La stragrande maggioranza dei casi è titolare di assegno di accompagnamento a conferma della severità del livello di non autosufficienza. In termini di spesa per assistito a fronte di una spesa media provinciale di circa 1.720 €/anno la variabilità, anche in considerazione della durata media dei contratti e della complessità della casistica in carico, è compresa tra 1.400 € 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 si è costituita, l'11 luglio 2006, l'Equipe aziendale gravi disabilità acquisite. Nel contempo, sono state nominate e messe in rete le equipe disabili dei quattro distretti. Per presentare i primi risultati del lavoro svolto ed approfondire il confronto con la Regione, è stato organizzato, il 24 ottobre 2006, un seminario pubblico su questo tema, con buoni risultati in termini di contenuti affrontati e di partecipazione.

L'area disabili è entrata a far parte stabilmente del gruppo provinciale Gracer, cui assicura costantemente il proprio contributo, anche al fine di raggiungere un'integrazione stabile con le altre aree delle gravi disabilità (mielo e neurolesioni gravi, in particolare). È stato definito l'assetto del futuro sistema informativo di area, che dovrà tuttavia essere concretamente implementato solo a seguito delle indicazioni regionali, già annunciate ed attese nei primi mesi del 2007.

È stato definito, inoltre, il "Protocollo Operativo 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 singoli Comuni. Nel 2007 è attesa l'approvazione formale del protocollo da parte dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera e la sua completa applicazione.

Fig.36 Assegno di cura per disabili gravi riconosciuti al 31.12.2006

Distretto	N. ro assegni
Parma	9
Fidenza	19
Sud Est	5
Valli Taro e Ceno	2
Totale	35

Fig.37 Posti letto per persone affette da gravi disabilità acquisite in età adulta (2006)

Denominazione struttura	PP.LL
S. Mauro Abate Colorno	5
Lungodegenza San Secondo	4
Centro Cure Progr. Langhirano	8
Lungodegenza Borgo Val di Taro	4
Cardinal Ferrari-Fontanellato	5
Totale	26

**Area Handicap**

Nel corso del biennio 2005-2006, l'area handicap ha svolto ulteriori azioni di qualificazione e potenziamento della rete dei servizi territoriali esistenti (residenziali e semiresidenziali). In particolare è stata ultimata la ristrutturazione del Centro Residenziale "Varese", oggi in grado di accogliere disabili all'interno di spazi interamente rinnovati e pienamente funzionali.

Nel contempo, è stata inaugurata e concretamente avviata 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. In particolare, 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:

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

Centri residenziali:

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

Di seguito vengono riportati i dati, aggiornati al 31 dicembre 2005, dei servizi residenziali e semiresidenziali erogati.

Tab.38 Posti residenziali coperti per portatori di handicap

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2000	102	0,26	890	0,22
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.39 Posti semiresidenziali coperti per portatori di handicap<sup>a</sup>

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2000	151	0,38	2.553	0,64
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 una ampia diversificazione di tipologie, prevedendo sia strutture a Trattamento Intensivo, a Trattamento Protratto, Socio Riabilitativo e Socio Residenziali come previsto dalla normativa vigente. Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono 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 2006 l'offerta di posti residenziali del DSM è cresciuta fino a 209 unità totali di cui 73 a gestione diretta e 136 in convenzione.

Tab.40 Posti residenziali

	2000	2001	2002	2003	2004
	Parma	177	185	212	207
Regione	1.088	1.220	1.371	1.335	1.395

	2005		
	Posti residenziali	del DSM	di cui in convenzione
Parma	204	73	131
Regione	1.688	795	893

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 frequen-

za diurna presso la Residenza a Trattamento Intensivo "PRP" di Fidenza.

Tab.41 Posti semiresidenziali

	2000	2001	2002	2003	2004
	Parma	57	57	57	57
Regione	910	996	1.003	931	932

	2005		
	Posti residenziali	del DSM	di cui in convenzione
Parma	61	61	0
Regione	983	961	22

Fonte: Regione Emilia Romagna

**La rete delle cure palliative ADI e Hospice**

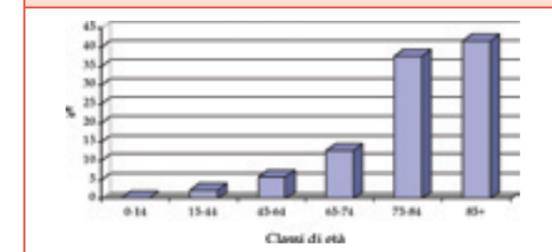
**Assistenza Domiciliare**

L'assistenza domiciliare si differenzia in tre livelli di assistenza :

- 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 (malattia cronica degenerativa 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.

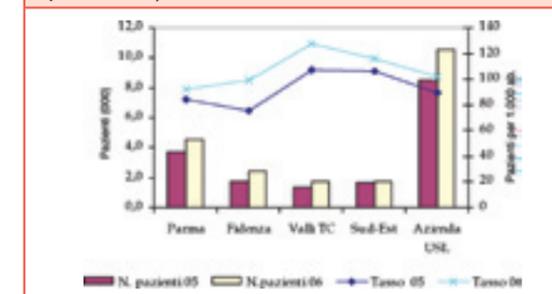
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2006 evidenzia un incremento della numerosità dei casi seguiti che oltrepassano la soglia dei 100 pazienti seguiti a domicilio per 1.000 ultrasessantacinquenni, passando da 8.519 a 10.540 pazienti che, nelle diverse forme assistenziali hanno ricevuto servizi sanitari a domicilio (incremento percentuale del 23%). Se questo risultato può dipendere in parte da una maggiore accuratezza della rilevazione dei dati, appare anche altrettanto vero che la capillarità del servizio pare ormai avere 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.42 Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Azienda USL di Parma - 2006



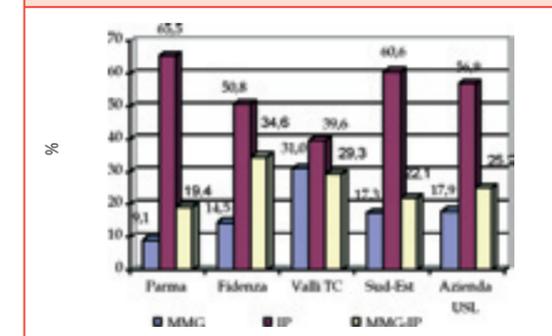
L'analisi dei dati relativi all'assistenza domiciliare conferma che il target di popolazione che maggiormente fruisce del servizio è quello degli anziani, come peraltro già evidenziato nel 2005.

Fig.43 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 nell'anno 2005 e per l'anno 2006 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni. L'assistenza domiciliare rappresenta oramai una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio con un tasso provinciale, come precedentemente citato, pari a circa 102/1.000 residenti. Anche il numero medio di accessi per paziente in carico tende ad aumentare (il dato passa da 18,1 a 20,1 accessi per paziente con un incremento percentuale del 10,9%) e pur permanendo gli elevati valori dei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno la curva tende, negli altri distretti ad allinearsi. È possibile analizzare la performance aziendale considerando anche la distribuzione degli assistiti per tipologia di assistenza: (i) pazienti seguiti esclusivamente da équipes infermieristiche (IP), (ii) pazienti la cui assistenza è affidata all'integrazione tra medico di medicina generale ed équipes infermieristiche (MMG-IP) e (iii) pazienti seguiti principalmente dal medico di medicina generale (MMG).

Fig.44 Assistenza domiciliare: distribuzione percentuale degli assistiti per tipologia di assistenza e Distretto - 2006



La Figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, anche in questo caso, un riallineamento verso ancor maggiore omogeneità nelle scelte assistenziali.

**Le strutture ad alta valenza sanitaria**

**Posti di sollievo**

La riduzione dei posti letto ospedalieri ed il loro utilizzo per le patologie acute richiede lo sviluppo di nuovi sistemi organizzativi che, integrando le risorse e le professionalità esistenti sul territorio, consentano di dare risposte adeguate alle necessità sanitarie dei cittadini. Analogamente, nelle zone montane è in atto da tempo un profondo mutamento demografico che vede un notevole incremento della popolazione ultrasessantenne, persone che spesso vivono sole in località isolate, distanti dal capoluogo, con problemi di viabilità e difficoltà di trasporto che si aggravano nel periodo invernale. Tale situazione rappresenta una criticità anche per l'erogazione di alcuni servizi sanitari, quali la continuità assistenziale e l'emergenza urgenza, che non sempre riescono a garantire le prestazioni con la necessaria tempestività. Nel 2006, è continuata l'attività dei 2 posti di sollievo, istituiti nell'ambito territoriale di Colorno (Distretto di Parma) per completare l'iter diagnostico-terapeutico, quando le condizioni del paziente non consentano il suo ritorno al domicilio, o per patologie e terapie che richiedano una maggiore sorveglianza sanitaria, da parte del medico curante e dal servizio infermieristico, evitando, in questo modo, il ricovero ospedaliero. È stato così possibile assistere 30 pazienti, di età media pari a 83 anni, per un totale di 625 giornate di degenza; coerentemente con le indicazioni del progetto, il 43% dei pazienti (13) soffriva di patologie cardiovascolari, seguito dal 23% dei pazienti (7) con patologie di natura neurologica. Nella zona di montagna, è continuata l'attività dei posti di sollievo, attivi già dal 2001, presso le Case Protette di Bardi e Varsi. Questi posti rappresentano una modalità assistenziale di accoglienza e sorveglianza temporanea per persone anziane che presentano situazioni di scompenso e riacutizzazione di patologie croniche, alternativi o complementari rispetto al ricovero ospedaliero. L'offerta di posti letto di sollievo a livello provinciale si completa con 2 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, che per l'effettuazione di prestazioni di riabilitazione post-chirurgica. I principali dati di attività relativi ai posti letto di sollievo sono i seguenti:

Tab.42 Posti di sollievo

	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 p. l.	93,3%	91,6%	85,6%	90,0%

Tab.42 Posti di sollievo

	Bardi	Varsi	Colorno	Busseto
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%

Hospice

L'incremento della prevalenza delle malattie oncologiche associato al miglioramento dei protocolli terapeutici ha determinato sia un significativo allungamento dei tempi di sopravvivenza che la necessità di 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. In coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, la rete delle cure palliative in provincia di Parma ha proseguito il percorso di strutturazione nei nodi legati alla residenzialità territoriale (Hospice) e allo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'assistenza domiciliare integrata. A livello aziendale, nel 2006 è continuata l'attività nei tre hospices territoriali attivi a Fidenza, Borgotaro e Langhirano coordinata dal "Programma aziendale di cure palliative", attivato nel 2005, è mirato a definire e uniformare gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ospedaliera delle cure palliative. Gli interventi sanitari erogati sono a limitata tecnologia ed a 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.

Tab.43 Hospice aziendali

	Fidenza		Borgotaro		Langhirano		Totale	
	05	06	05	06	05	06	05	06
Posti letto	15		8		12		35	
Pazienti	150	192	59	107	25	54	236	353
Giornate di degenza	3.508	4.932	1.320	1.849	541	2.203	5.369	8.984

I dati di attività per i 2 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. In particolare, oltre all'aumento del numero assoluto di pazienti (cresciuti del 50%), si evidenzia un incremento della presenza media giornaliera passata dal 6 pazienti/giorno a 24 pazienti/giorno a testimonianza di un utilizzo più efficiente dei posti letto.

Fig.45 Hospice aziendali: degenza media - 2005-2006

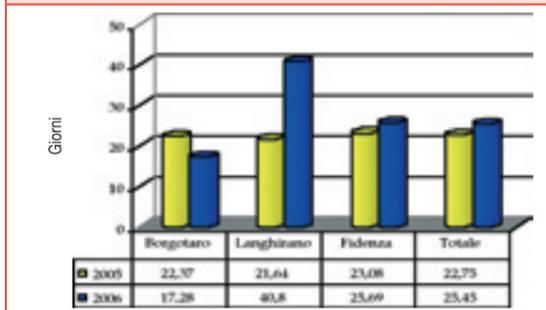
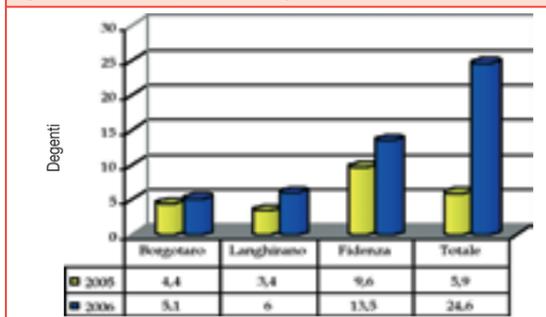


Fig.46 Hospice aziendali: presenza media giornaliera - 2005-2006



L'anno 2006 ha visto perfezionarsi il percorso di integrazione con la rete dell'assistenza territoriale: premesso che il 70% delle dimissioni avviene per decesso, si è osservato un forte incremento delle dimissioni protette a domicilio (in ADI) passate dalle 5 del 2005 alle 29 del 2006.

Consultori familiari

I consultori familiari si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia ed hanno raggiunto, sul versante della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, diversi importanti obiettivi adeguando la propria attività alle caratteristiche ed ai bisogni della popolazione. Negli ultimi anni sono state progettate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori con particolare riferimento al percorso nascita, 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 2005 di 2,3 sedi per 10.000 residenti target vs. valore regionale di 1,6) ed un orario di apertura settimanale congruo in ogni distretto (valore aziendale 2005 di 4,2 ore per 10.000 residenti target vs. valore regionale di 3,7). A livello aziendale, si evidenzia inoltre una significativa presenza del personale medico e ostetrico sulla popolazione target (valore aziendale 2005 di 10 vs. valore regionale di 11,8). 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 2005 di 6,1 vs. valore regionale di 5,4). Più specificatamente si dettagliano alcune attività.

Percorso nascita

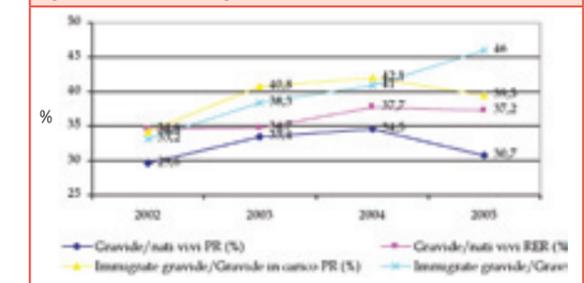
Nell'anno 2006 si è proseguita la linea d'intervento adottata già negli anni precedenti, anche in adempimento alla legge regionale 26/98, tesa a favorire un'omogenea assistenza alla gravidanza, con interventi di preparazione alla nascita, di assistenza al parto, al puerperio e sostegno all'allattamento al seno. Questo percorso ha consolidato il rapporto con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con i Pediatri di Libera Scelta e con Associazioni di volontariato del settore, consentendo la continuità assistenziale alla gravida e alla puerpera con una risposta adeguata a richieste numericamente crescenti. Il progetto interaziendale "Parto a domicilio", primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna ha risposto a istanze probabilmente di nicchia, ma altamente significative perché sollecitate da utenza "opinion leader". 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 così l'impegno nell'assistenza e nella promozione di una genitorialità consapevole. L'assistenza prenatale comprende educazione, counseling, trattamenti finalizzati a promuovere il benessere materno e del feto; l'assistenza delle ostetriche è associata ad un miglior gradimento dell'assistenza da parte della donna. In linea con queste evidenze è stato approvato il progetto "Assistenza alla gravidanza fisiologica" che definisce il protocollo per la gravidanza assistita dall'ostetrica; il progetto ha l'obiettivo di:

- promuovere la fisiologia confermando e incrementando le competenze delle donne ad essere madre e della coppia ad essere genitori;
- espletare le competenze professionali dell'ostetrica definita nei LEA riguardo l'assistenza alla gravidanza e al counseling per collocare la donna nella sua dimensione sociale, ambientale e familiare;
- creare un percorso di continuità e personalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio rispondente al bisogno anche di fasce più deboli della popolazione.

Il progetto Dimissione Appropriata della madre e del neonato sano, iniziato negli anni precedenti, aveva contribuito al miglioramento dell'attività assistenziale garantendo ad un alto numero di neo-mamme l'assistenza domiciliare e ambulatoriale da parte dell'ostetrica e del Pediatra di Libera scelta. È stato ampliato l'accordo con i Pediatri di libera Scelta, con modalità differenziate a seconda della patologia, per l'assistenza ai neonati dimessi dopo ricovero in Neonatologia: ciò ha contribuito ad estendere ad un maggior numero di neonati l'assistenza, soprattutto ha fornito ai genitori in difficoltà il

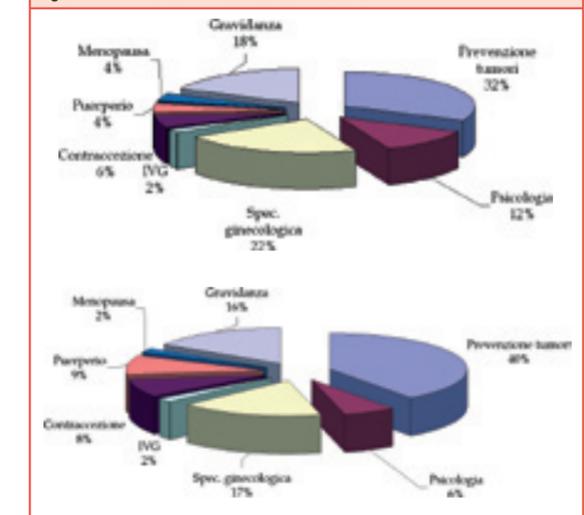
sostegno necessario. L'attività ginecologica si articola in attività di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di specialistica ginecologica dall'altro, con l'attuazione di percorsi diagnostico terapeutici per la fascia di donne in menopausa. I tempi di attesa sono adeguati agli obiettivi aziendali: per le IVG sono di 7 giorni e per le gravidanze 7-10 giorni; le visite ginecologiche rientrano comunque nei tempi previsti dalla Regione. Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza alla gravidanza, nel 2005, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è di 30,7; il dato è inferiore alla media regionale (37,2%). Sempre nel 2005 la percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari, rispetto alle donne gravide seguite, è passata al 39,5 in diminuzione rispetto all'anno precedente del 6,2% (il dato non comprende le attività dello Spazio Salute Immigrati) mentre, nel 2006, la percentuale raggiunge, secondo le stime interne aziendali, il 46,2% con un incremento del 17%; a livello regionale, nel 2005, si registra un aumento significativo delle donne immigrate gravide in carico (12,2%).

Fig.47 Percentuale di donne gravide su nati vivi



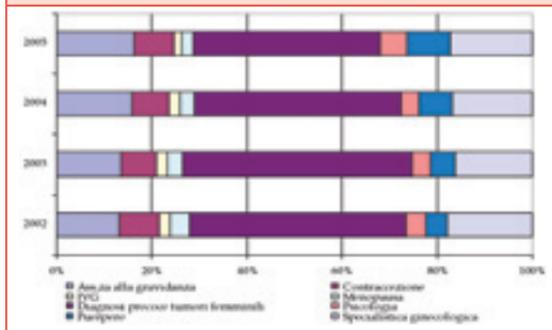
L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2005, a Parma, il 40% delle attività consultoriali riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili (in diminuzione), il 17% l'attività ginecologica (in aumento), il 16% la gravidanza (in aumento), il 9% il puerperio (in aumento), l'8% la contraccezione (in aumento), il 6% l'attività psicologica (in aumento), il 2% la menopausa (in diminuzione) e l'interruzione volontaria di gravidanza (in diminuzione).

Fig.48 Attività consultoriale - AUSL Parma e RER - 2005



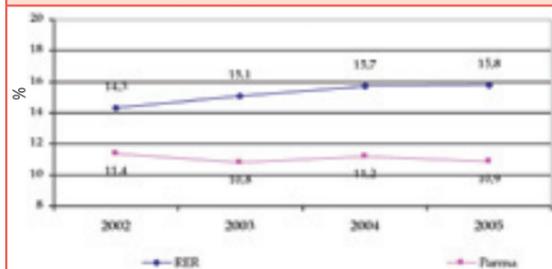
Il confronto con i dati regionali evidenzia, da parte dei consultori di Parma, una percentuale di attività maggiore nella prevenzione dei tumori femminili, nell'attività di contraccezione nonché puerperio; al contrario, i consultori di Parma presentano percentuali di attività minori, rispetto ai valori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

Fig.49 Distribuzione percentuale delle prestazioni erogate dai consultori familiari 2002-2005



La percentuale di utenti a cui sono state erogate prestazioni di ostetricia e ginecologia a livello aziendale sembra abbastanza stabile nel tempo, mentre a livello regionale tende ad aumentare progressivamente negli anni.

Fig.50 Percentuale di utenti su popolazione target (prestazioni di ostetricia/ginecologia) - 2002-2005

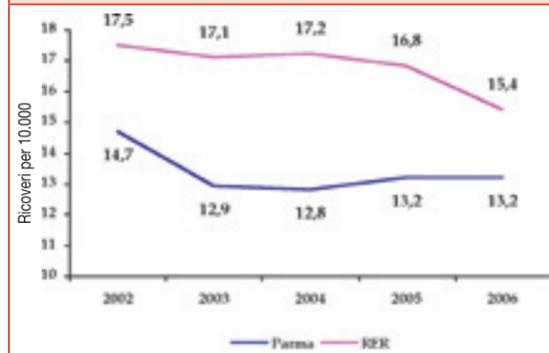


Salute mentale

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

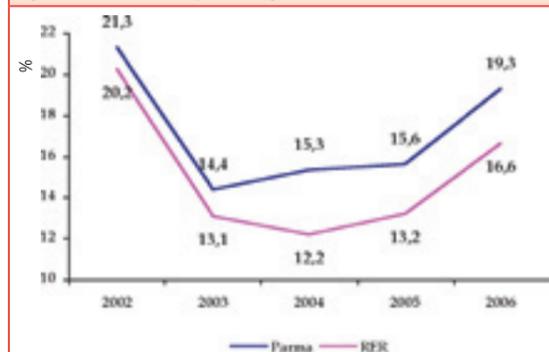
i percorsi di cura e privilegi l'utilizzo in rete delle risorse. L'offerta sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale si esplicita, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree della Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza nonché attraverso 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.51 SPDC: Tasso di ospedalizzazione per 10.000 ab. - 2002-2006



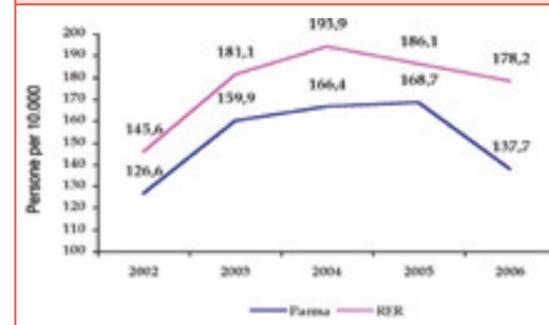
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mostra un tasso di ospedalizzazione costantemente inferiore alla media regionale e stabile, come valore, negli anni contrariamente alla Regione che, nel 2006, registra un deciso calo.

Fig.52 TSO su dimessi dal reparto di diagnosi e cura - 2002-2006



La percentuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO), sul totale dei dimessi, pari al 19,3 nel 2006, è superiore al valore regionale (16,6). In generale, l'andamento percentuale dei Trattamenti Sanitari Obbligatori dell'Azienda Usl di Parma ha valori superiori a quelli regionali e, in entrambi i casi, si evince una netta flessione degli stessi tra il 2002 e il 2003, per poi stabilizzarsi e crescere significativamente nell'ultimo anno. In relazione al numero di TSO si evidenzia un decremento negli anni 2003-2004, con una prevalenza leggermente superiore alla percentuale regionale, mentre nel 2006 lo stesso aumenta, a Parma, del 23,7% (da 97 a 120 TSO).

Fig.53 Centri salute mentale: persone trattate per 10.000 residenti - 2002-2006

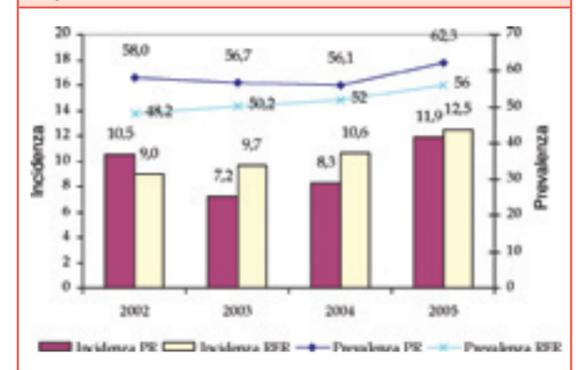


Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2006 ha trattato quasi 5.000 persone con un tasso di 137,7 per 10.000 abitanti; i dati evidenziano, dal 2002 al 2005, un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Centri di Salute Mentale (con un incremento del 34,6% passando da 4.399 utenti a 5.921) - sebbene con valori inferiori a quelli dell'utenza media regionale - per poi diminuire drasticamente, nel 2006, del 17,1%. Nell'ultimo anno si è registrata una flessione delle persone trattate anche a livello regionale (-2,8%).

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, 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).

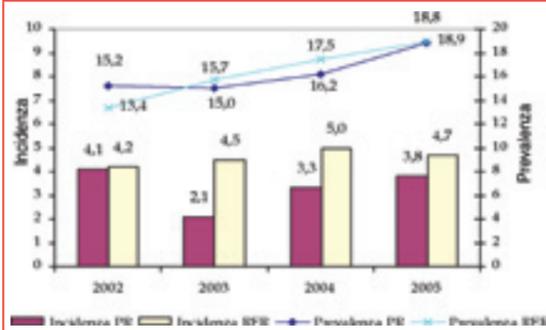
Fig.54 Tossicodipendenti: tasso di incidenza e prevalenza per 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e 54 anni - 2002-2005



Il tasso di prevalenza (utenti in carico) dell'Ausl di Parma presenta valori più elevati rispetto al dato medio regionale, registrando un sensibile aumento nell'ultimo anno (11,1%), avendo alternato, in passato, periodi di espansione e contrazione dello stesso; a livello regionale il dato è in progressiva crescita, registrando un significativo aumento negli ultimi anni. Il tasso di incidenza (nuovi ingressi) denota, a livello regionale, una crescita costante dei nuovi casi di tossicodipendenti che, nel 2005, aumentano del 17,9%; a Parma, dopo una diminuzione degli stessi nel 2003, si verifica un trend in aumento dei nuovi utenti concentrato soprattutto nell'anno 2005 (43,4%). In sostanza, negli ultimi anni, si è verificato un aumento generalizzato della prevalenza e dell'incidenza dell'utenza tossicodipendente, sia a Parma che in Regione. Tale aumento può derivare da diversi fattori concomitanti: è mutata la tipologia di utenza che accede ai SerT (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). La tendenza alla crescita non è presente solo in Emilia Romagna ma riflette un trend europeo come conferma l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze nella sua relazione 2004. L'aumento del numero complessivo degli individui che iniziano le terapie è dovuto, in parte alla migliorata modalità di raccolta dati da parte di molti stati europei, dall'altro dalla differenziazione dell'offerta terapeutica orientata anche verso interventi più settoriali e specialistici. Il settore delle dipendenze da sostanze illegali, anche a livello nazionale, 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, sembra abbastanza stabile. Ciò può attribuirsi da un lato ad una maggiore capacità dei SerT 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...), dall'altro alla

presenza di pazienti tossicodipendenti gravi con caratteristiche di cronicità, le cui dimensioni sociali, sanitarie, familiari, psicologiche, richiedono un trattamento continuo presso i SerT.

Fig.55 Alcolisti: tasso di incidenza e prevalenza per 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e 54 anni - 2002-2005



La prevalenza del fenomeno alcolismo risulta in progressivo aumento sia nella provincia di Parma che a livello regionale. Il tasso, superiore come valori nel trend regionale, presenta un deciso aumento, nell'ultimo anno, a Parma (16%). La crescita del tasso di prevalenza fra gli alcolisti può riflettere, da parte dei servizi, l'acquisizione di una maggiore capacità di accoglienza e di incisione sulle problematiche alcolcorrelate sul territorio, avendo strutturato offerte di servizi ad hoc in risposta a specifiche problematiche territoriali. Il tasso di incidenza di alcolodipendenti, nella provincia di Parma, si mantiene in stabile crescita anche nel 2005, con valori inferiori a quelli regionali che registrano invece una lieve diminuzione (6%). Da segnalare invece una drastico calo dello stesso, a Parma, nell'anno 2003 per poi riprendere un trend di crescita. In linea generale, sia a livello locale che regionale, si è riscontrato un aumento dell'utenza alcolista soprattutto dopo l'istituzione di servizi ad hoc (Centri Alcologici) che hanno accolto domande di trattamento non pienamente espresse in precedenza.

Assistenza farmaceutica

Nel corso del 2006 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una riduzione ulteriore rispetto a quanto osservato nel 2005 raggiungendo la cifra di 81.225.893 € al netto sia della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che degli sconti applicati dalle case farmaceutiche. Rispetto alla spesa complessiva registrata nell'anno precedente, si evidenzia un risparmio di 2.208.652 €, pari ad una riduzione percentuale del 2,6%. Nello stesso periodo la spesa farmaceutica a livello regionale ha invece subito un incremento dell'1,9%. Per quanto riguarda infine l'erogazione diretta di farmaci, il potenziamento del programma aziendale nonché la campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori hanno permesso di incrementare la spesa di circa 3 milioni di € rispetto all'anno precedente, una

percentuale del 12,3% superiore al 10,5% registrato a livello regionale. La contemporanea riduzione della spesa convenzionata ha così determinato un incremento complessivo della spesa farmaceutica territoriale dello 0,5%, di oltre 2 punti percentuali inferiore rispetto alla crescita della spesa a livello regionale che ha superato la soglia del miliardo di €.

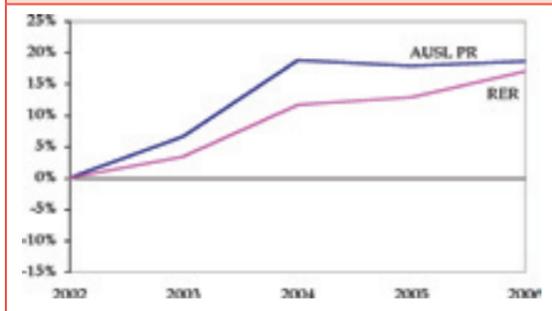
Tab.44 Spesa farmaceutica distinta per quota distribuita tramite farmacie convenzionate e quota a distribuzione diretta

	Spesa lorda convenzionata	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa totale a favore dei cittadini (no ricovero)
2003				
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
2004				
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
2005				
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
2006				
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

Nota: \* In 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 2006 a raggiungere una percentuale di crescita quasi identica a quella fatta segnare dalla Regione nel medesimo periodo.

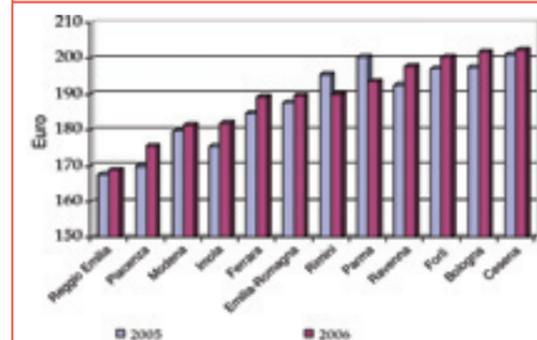
Fig.56 Spesa farmaceutica territoriale: variazione 2002-2006



La spesa per assistito è ulteriormente scesa fino a raggiungere il livello di 193,5 € rispetto alla media regionale di 189,5 €. È importante sottolineare che l'Azienda USL di Parma, pur rimanendo tra le Aziende territoriali con spesa procapite superiore a quella regionale, è, assieme all'Azienda USL di Rimini, l'unica ad aver ridotto, nel corso dell'anno appena conclusosi, la propria spesa

farmaceutica. La diminuzione della spesa per assistito (-6,9 €) è stata la maggiore a livello regionale a fronte di variazioni positive comprese tra 6,3 € (Azienda USL di Imola) e 1,2 € (Azienda USL di Cesena).

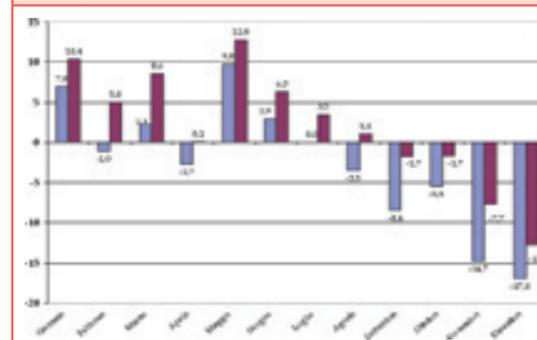
Fig.57 Spesa farmaceutica per assistito pesato - 2005-2006



Fonte: Servizio Politica del farmaco - Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica evidenzia ancora una volta una chiara inversione di tendenza in corrispondenza del rinnovo dell'accordo locale con i Medici di Medicina Generale (Luglio 2006): dal mese di agosto 2006 la riduzione della spesa rispetto allo stesso mese dell'anno precedente è stata, per l'Azienda USL di Parma, sempre significativamente superiore a quella registrata dalla Regione Emilia-Romagna. Occorre peraltro segnalare che la variazione registrata dal mese di ottobre è anche frutto degli effetti della determinazione AIFA 27.9.2006 che ha ridotto del 5% i prezzi al pubblico dei medicinali dispensati dal SSN vigenti alla data di entrata in vigore della determina.

Fig.58 Spesa farmaceutica: variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente - anno 2006

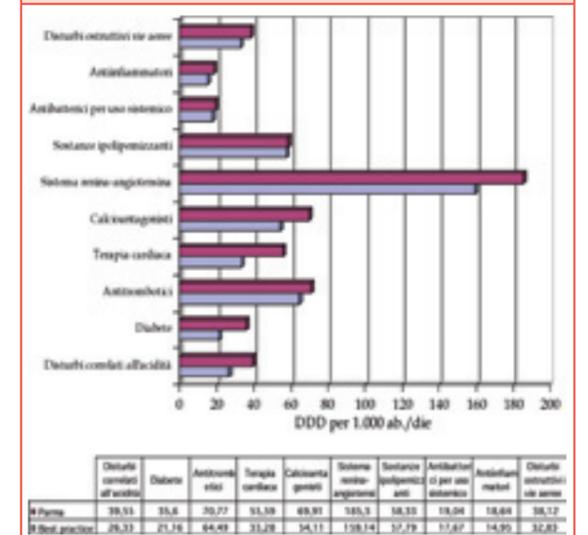


Fonte: Servizio Politica del farmaco e medicina generale - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2006, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche: la figura seguente riporta, per ogni categoria farmaceutica, la quantità di DDD (Defined Daily Dose - dose media di un farmaco assunto giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso) prescritte nel 2006 sia per i residenti dell'Azienda USL di Parma che per quelli della Azienda regionale con la miglior performance (best-practice). Appare 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).

Fig.59 Consumo pro-capite di alcune categorie terapeutiche di farmaci a confronto con la Best Practice



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 e 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 una offerta di prestazioni complessivamente sufficiente rispetto al fabbisogno.
- Il Distretto di Parma all'interno del quale insistono 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 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 2004-2006 che evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

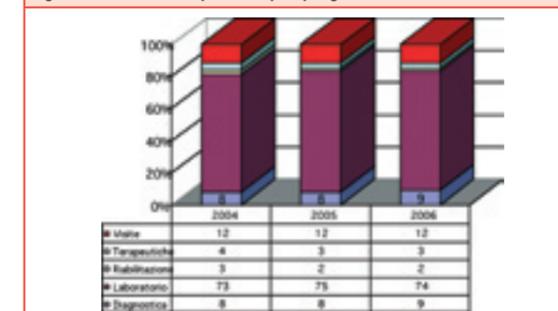
Tab.45 Assistenza specialistica ambulatoriale - prestazioni erogate - 2004-2006

Distretto di erogazioni	Tipologia	2004	2005	2006
		N	N	N
Parma	Diagnostica	104.003	106.658	110.171
	Laboratorio	1.474.916	1.207.142	997.069
	Riabilitazione	86.746	73.802	67.424
	Terapeutiche	37.752	34.930	33.216
	Visite	130.885	123.609	130.719
	<b>Totale</b>	<b>1.834.302</b>	<b>1.546.141</b>	<b>1.338.599</b>
Fidenza	Diagnostica	97.373	105.082	109.374
	Laboratorio	865.265	838.767	838.706
	Riabilitazione	34.424	35.107	35.983
	Terapeutiche	35.166	35.185	35.911
	Visite	121.200	120.681	128.651
	<b>Totale</b>	<b>1.153.428</b>	<b>1.134.822</b>	<b>1.148.625</b>
Valtaro Valceno	Diagnostica	33.216	33.286	33.341
	Laboratorio	429.722	404.575	427.616
	Riabilitazione	16.380	11.579	13.751
	Terapeutiche	16.077	13.906	9.778
	Visite	54.406	56.456	55.660
	<b>Totale</b>	<b>549.801</b>	<b>519.802</b>	<b>540.146</b>
Sud Est	Diagnostica	13.734	12.139	16.756
	Laboratorio	389.128	376.450	320.047
	Riabilitazione	8.989	8.349	10.104
	Terapeutiche	2.954	3.356	3.910
	Visite	21.807	21.347	20.564
	<b>Totale</b>	<b>436.612</b>	<b>421.641</b>	<b>371.381</b>
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	271.867	274.907	286.925
	Laboratorio	1.463.959	1.794.540	1.968.605
	Riabilitazione	25.613	27.457	23.573
	Terapeutiche	129.654	123.308	113.823
	Visite	420.072	440.291	439.762
	<b>Totale</b>	<b>2.311.165</b>	<b>2.660.503</b>	<b>2.832.688</b>
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	520.193	532.072	556.567
	Laboratorio	4.622.990	4.621.474	4.552.043
	Riabilitazione	172.152	156.294	150.835
	Terapeutiche	221.603	210.685	196.638
	Visite	748.370	762.384	775.356
	<b>Totale</b>	<b>6.285.308</b>	<b>6.282.909</b>	<b>6.231.439</b>

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accredito e presenti nel flusso ASA regionale mettono in luce volumi di attività superiori ai 6.000.000 di prestazioni. Nel raffronto 2004-2006 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.60 Distribuzione delle postazioni per tipologia - 2004-2006



**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 (relativo alla % di utenti che si spostano in altre aziende). Nella rappresentazione grafica a barre sono indicati oltre all'indice di consumo distrettuale anche quello aziendale ed il riferimento regionale al fine 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.

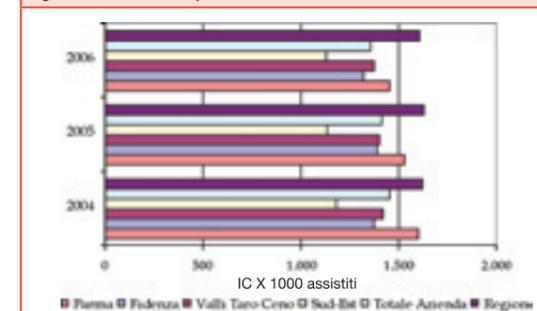
**Prestazioni di base**

Tab.46 Indici di consumo: prestazioni di base

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	1.602	12,04	1.528	12,94	1.453	6,62
Fidenza	1.376	34,82	1.392	36,19	1.320	28,81
V. Taro Ceno	1.419	37,72	1.402	39,42	1.375	37,34
Sud Est	1.182	76,28	1.138	74,95	1.130	74,90
Totale Azienda	1.457	28,54	1.417	29,54	1.359	24,64
Regione	1.624	24,40	1.627	25,04	1.604	22,92

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. Nel nostro caso si confermano consumi contenuti in quasi tutti i Distretti: i dati più elevati relativi al Distretto di Parma sono in linea con l'andamento regionale.

Fig.61 Indici di consumo: prestazioni di base



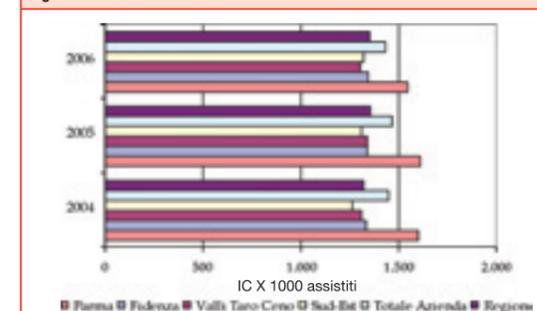
**Visite**

Tab.47 Indici di consumo: visite

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	1.602	5,67	7,59	1.609	5,88	7,82
Fidenza	1.335	6,12	37,71	1.341	6,24	39,74
V. Taro Ceno	1.311	3,00	38,57	1.342	3,39	38,76
Sud Est	1.266	8,32	78,40	1.313	9,03	79,62
Totale Azienda	1.448	5,86	27,58	1.464	6,15	28,63
Regione	1.322	7,45	28,85	1.356	7,46	26,51

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 da una maggiore prevalenza di consumi nel Distretto di Parma.

Fig.62 Indici di consumo: visite



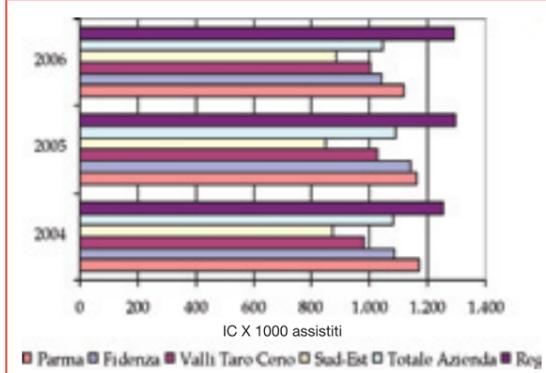
**Diagnostica**

Tab.48 Indici di consumo: diagnostica

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	1.172	8,67	14,04	1.163	8,80	14,74
Fidenza	1.085	12,26	41,71	1.138	11,36	42,27
V. Taro Ceno	982	5,95	51,67	1.028	5,97	53,35
Sud Est	869	10,85	86,39	847	11,63	86,71
Totale Azienda	1.079	9,52	34,10	1.089	9,48	34,92
Regione	1.255	8,97	29,70	1.296	9,18	30,36

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 (83,45% verso il Distretto di Parma).

Fig.63 Indici di consumo: diagnostica



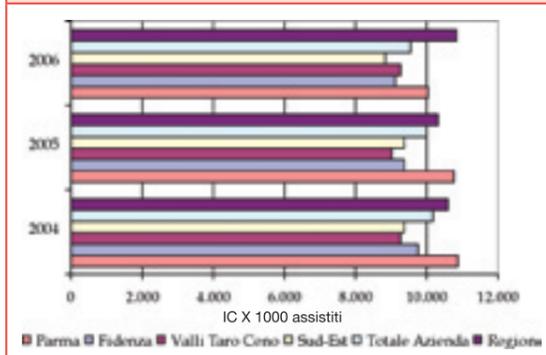
**Laboratorio**

Gli indici di consumo relativi al Laboratorio mettono in luce valori decisamente al di sotto della media regionale in tutti i Distretti (2006) ed un trend di riduzione dei consumi nel periodo osservato.

Tab.49 Indici di consumo: laboratorio

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	10.882	3,05	5,46	10.763	3,20	5,55
Fidenza	9.757	2,67	18,35	9.383	3,05	19,55
V. Taro Ceno	9.268	2,27	19,01	9.028	2,66	20,89
Sud Est	9.372	4,87	44,13	9.359	5,47	47,04
Totale Azienda	10.178	3,16	15,63	10.002	3,46	16,63
Regione	10.613	4,14	23,38	10.311	4,30	25,79

Fig.64 Indici di consumo: laboratorio

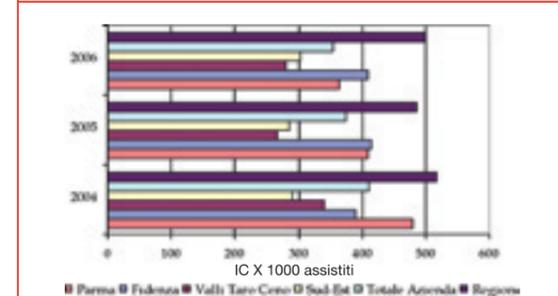


**Riabilitazione**

Tab.50 Indici di consumo: riabilitazione

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	480	2,08	4,28	410	2,48	4,83
Fidenza	390	5,24	18,28	415	6,17	20,38
V. Taro Ceno	340	3,03	18,91	267	3,56	28
Sud Est	291	3,1	58,4	285	7,09	60,73
Totale Azienda	411	2,99	15,1	374	4,11	17,81
Regione	517	3,72	16,48	486	4,23	16,97

Fig.65 Indici di consumo: riabilitazione



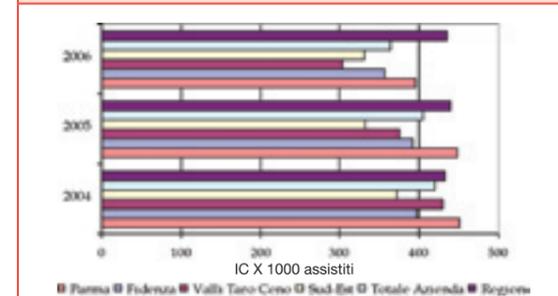
Gli indici di consumo relativi alla riabilitazione evidenziano un trend in riduzione e valori distrettuali ben al di sotto del livello medio regionale.

**Prestazioni terapeutiche**

Tab.51 Indici di consumo: prestazioni terapeutiche

Distretto	2004		2005		2006	
	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.	IC stand.	I. di fuga distr.
Parma	451	7,1	8,92	448	8,12	10,04
Fidenza	397	9,92	54,96	393	9,43	53,18
V. Taro Ceno	430	3,57	45,02	375	4,95	47,27
Sud Est	372	8,54	88,84	333	9,48	86,27
Totale Azienda	420	7,52	34,91	405	8,27	34,11
Regione	433	10,57	33,08	440	11,09	34,07

Fig.64 Indici di consumo: 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.

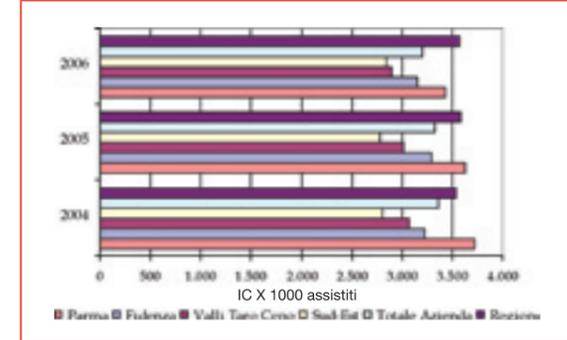
**Prestazioni totali**

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

Tab.52 Indici di consumo: totale tranne laboratorio

Distretto	2004		IC distr.
	IC stand.	I. di fuga aziend.	
Parma	3.719	6,66	9,68
Fidenza	3.219	8,86	39,05
V. Taro Ceno	3.073	4,29	41,61
Sud Est	2.804	8,79	80,22
Totale Azienda	3.368	7,19	29,29
Regione	3.537	8,09	26,94
2005			
Parma	3.632	6,76	10,03
Fidenza	3.288	8,41	39,81
V. Taro Ceno	3.014	4,48	43,79
Sud Est	2.779	9,71	80,65
Totale Azienda	3.332	7,31	30,17
Regione	3.579	8,14	27,57
2006			
Parma	3.427	2,12	5,72
Fidenza	3.150	2,89	33,74
V. Taro Ceno	2.895	1,31	42,16
Sud Est	2.837	7,67	79,36
Totale Azienda	3.198	3,03	26,81
Regione	3.575	5,03	25,22

Fig.67 Indici di consumo: totale tranne laboratorio

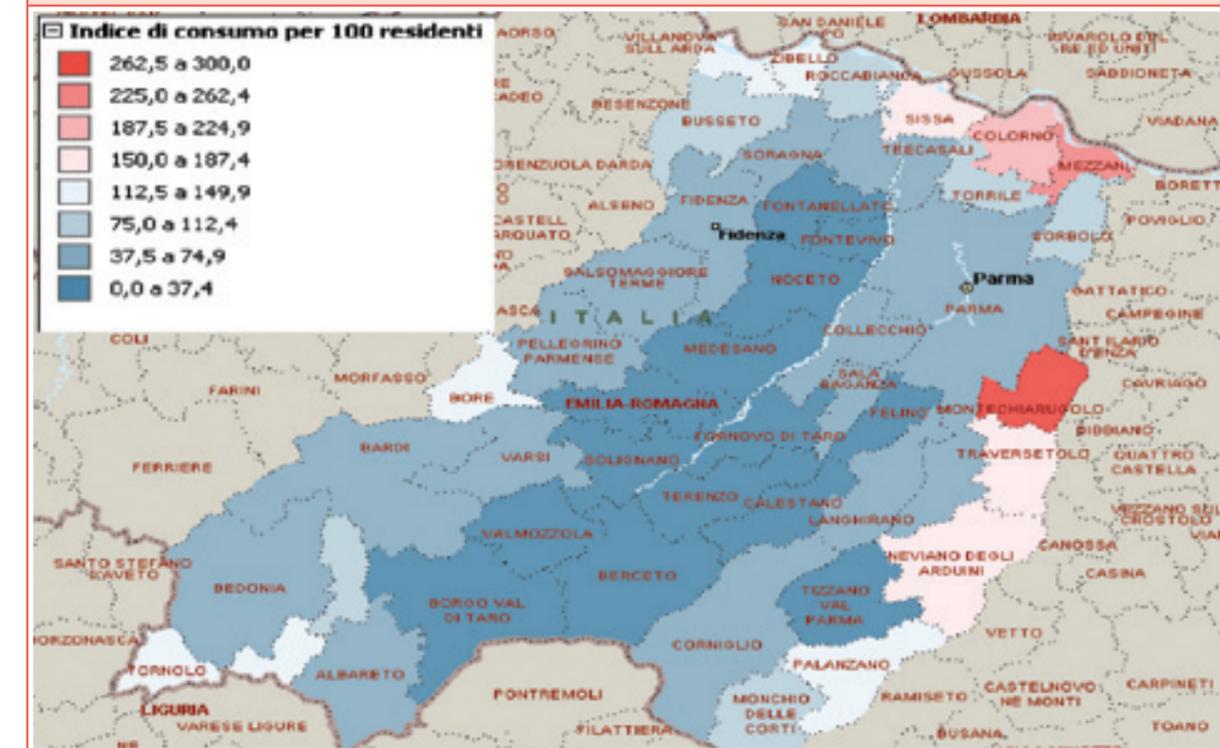


In sintesi si può osservare una situazione abbastanza compensata rispetto ai livelli di consumo. Si registra tuttavia una discreta quota di prestazioni che vengono consumate al di fuori dal distretto di residenza. Questo fattore dipende sia da fattori di scelta dei cittadini (con convergenza prevalente 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.

**Indici di consumo di prestazioni 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.

Fig.67 Indici di consumo: totale tranne laboratorio



Tempi di attesa

Il tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta per il cittadino un elemento di valutazione importante. Chiaramente il 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 tempi di attesa prospettici vengono rilevati tutti i giorni e storicizzati in un archivio informatico al fine di consentire una valutazione complessiva dell'andamento. Di seguito vengono proposti i dati relativi alle 4 rilevazioni effettuate nel 2006 (gennaio, aprile, luglio, ottobre) che evidenziano l'andamento. I dati si riferiscono al valore medio dei giorni di attesa calcolato sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri.

Fig.69 Tempi di attesa - visite - anno 2006

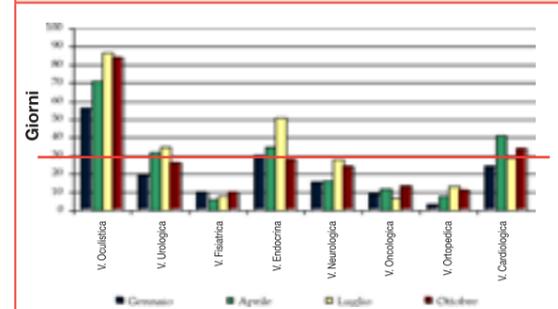
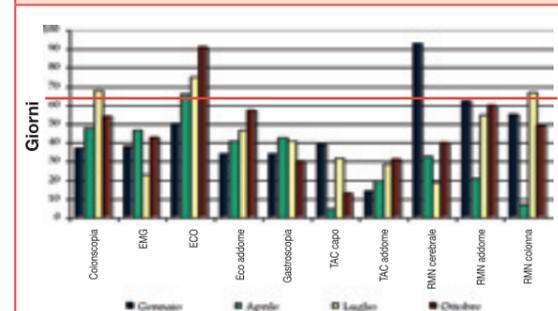


Fig.70 Tempi di attesa -diagnostica - anno 2006



Prendendo come riferimento il trend delle rilevazioni nazionali e regionali sui tempi di attesa per le prestazioni critiche si evidenzia una discreta tenuta del sistema, pur in presenza di alcune criticità fra le visite (oculistica, endocrinologia e cardiologia) e fra le prestazioni di diagnostica (soprattutto Ecocolordoppler, RMN). 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, alla Densitometria ossea e a gran parte delle visite.

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera nell'ambito della provincia di Parma è garantita da una rete di strutture pubbliche e private che nel 2006 complessivamente contavano 2.365 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, i due presidi a gestione diretta 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. È interessante sottolineare come nonostante le Case di cura dispongano del 26% dell'offerta complessiva di posti letto, in termini di ricoveri per residenti, garantiscano solo il 19% delle dimissioni, mentre il Presidio di Fidenza-San Secondo, con solo l'11% dei posti letto provinciali, eroghi il 14% dei ricoveri. In proposito va comunque ricordato che le case di cura della provincia di Parma dispongono di una quota molto consistente di posti letto di lungodegenza e riabilitazione e quindi tendono ad erogare un minor numero di ricoveri a maggior durata.

Fig.71 La rete delle strutture ospedaliere

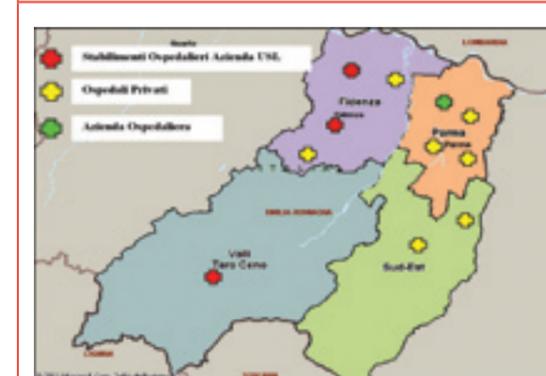
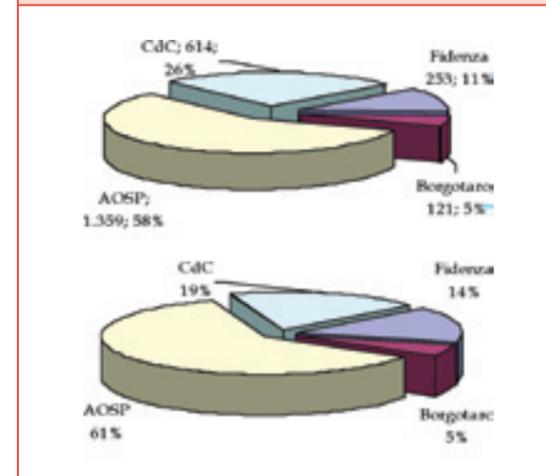


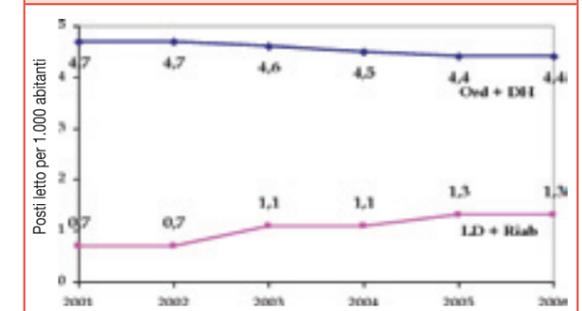
Fig.72 Numero e distribuzione percentuale dei posti letto e dei ricoveri per tipologia di struttura - 2006



In termini di posti letto per 1.000 abitanti il periodo 2001-2006 conferma un'offerta di posti letto, peraltro già evidenziata nel Bilancio 2005, superiore rispetto alla normativa nazionale che prevede un tetto massimo di 4,5 posti letto, mentre a livello provinciale questo valore raggiunge la soglia di 5,7.

Questo risultato è essenzialmente dovuto, da un lato, ad una lenta riduzione dei posti letto ordinari che comunque rimangono sopra il valore di 4 per 1.000 abitanti e, dall'altro, ad un marcato incremento dei posti letto di lungo degenza e riabilitazione. Questo fenomeno è stato particolarmente evidente nel settore privato dove peraltro vanno sottolineati due aspetti: (i) nella provincia di Parma insistono due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione; (ii) 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.73 Posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti anni 2001-2006



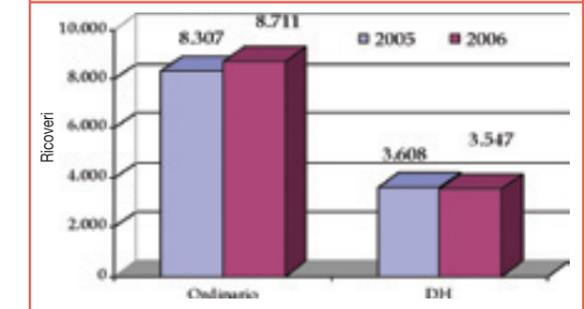
L'analisi dell'attività dei due presidi a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2006 ha evidenziato quanto segue.

Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2006 il Presidio ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense, senza raggiungere i risultati dello scorso anno derivanti principalmente dal pieno avvio delle attività del nuovo stabilimento di Vaio, ha comunque ulteriormente incrementato la propria attività passando da un totale di 11.916 ricoveri a 12.263, con una variazione positiva del 2,9%, derivante da un aumento di 369 ricoveri per i residenti della Provincia di Parma e da una contrazione di 21 casi per i ricoveri a favore di residenti di altre province e Regioni. Rispetto alla mobilità attiva, la variazione negativa è il risultato di un incremento di ricoveri per residenti delle province limitrofe di Reggio Emilia e Piacenza (rispettivamente 33 e 22 ricoveri in più) e di una contrazione abbastanza significativa dei flussi di mobilità dall'estero e da altre Regioni ridotti di 82 casi. 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 328 casi (+ 4,2%), con particolare riferimento agli interventi di ga-

stroenterologia, ginecologia, chirurgia ORL nonché ai ricoveri per patologie gastroenterologiche e di tipo ortopedico. Per i trattamenti in regime diurno, la contrazione di attività è stata pari all'1,7% (-57 casi), derivante prevalentemente da una riconversione dei trattamenti di tipo chirurgico verso contesti assistenziali più appropriati. Gli incrementi di attività di tipo medico osservati nel regime diurno sono invece imputabili ad un incremento di trattamenti di tipo urologico e gastroenterologico.

Fig.74 Po di Fidenza - San Secondo P.se - ricoveri 2006



Tab.53 Po di Fidenza - San Secondo P.se - principali indicatori 2006

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza Day Hospital		
	2005	2006	Var. %	2005	2006	Var. %
DRG medici	5.034	5.151	2,3	1.918	2.088	8,9
DRG chirurgici	2.746	2.957	7,7	1.685	1.458	-13,5
DRG indifferenziati	527	603	14,4	5	1	-80,0
Totale	8.307	8.711	4,9	3.608	3.547	-1,7

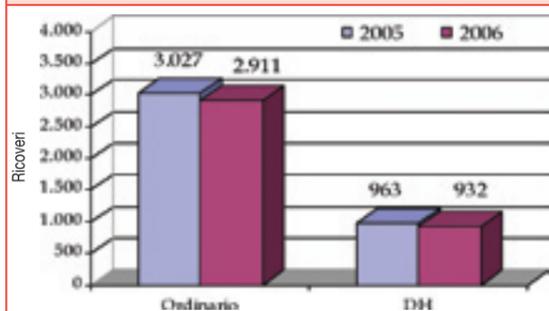
All'aumento di attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense è corrisposta, in termini di complessività della casistica trattata, una riduzione del peso medio dei ricoveri diminuito dell'1% per i ricoveri ordinari e del 2,3% per quelli diurni mentre, in termini economici, la valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto delle tariffe previste dalla Regione Emilia-Romagna, è incrementata di circa 1.100.000 € (+3,8%).

Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro

Nel 2005 il Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro ha segnato una flessione di attività pari a 147 casi (- 3,7%) derivante da una contrazione sia dei ricoveri a favore dei residenti (-83) che dei flussi di mobilità attiva (-64), con particolare riferimento ai residenti di altre Regioni e a cittadini esteri. La variazione più consistente è relativa ai trattamenti di tipo medico in regime ordinario dove si osserva una riduzione di 114 ricoveri relativi prevalentemente a patologie di tipo oncologico, cardiologica e neurologico. Analoga riduzione si è verificata per i trattamenti di day-surgery ridotti del 7,9% (-58 casi) soprattutto in chirurgia ostetrica (riduzione di interventi per aborto mediante aspirazione), gastroenterologia chirurgica e chirurgia urologica. L'unico incremento di attività è relativo ai trattamenti medici diurni passati da

221 a 245 soprattutto grazie all'aumento delle sedute chemioterapiche (in applicazione delle indicazioni regionali circa l'effettuazione di questa prestazione terapeutica in regime ospedaliero e non ambulatoriale) e degli aborti effettuati senza procedure chirurgiche.

Fig.75 Po di Borgo Valtaro - ricoveri 2006

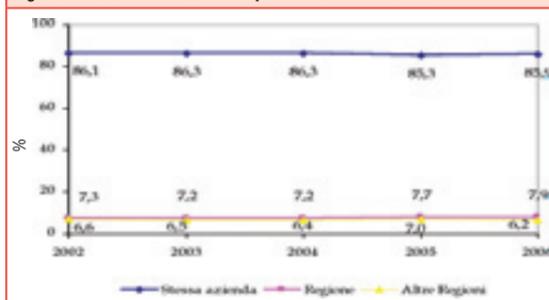


Tab.54 PO di Borgo Valtaro - principali indicatori 2006

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza Day Hospital		
	2005	2006	Var. %	2005	2006	Var. %
DRG medici	1.749	1.635	-6,5	232	259	11,6
DRG chirurgici	1.072	1.058	-1,3	731	673	-7,9
DRG indifferenziati	206	218	5,8	-	-	-
Totale	3.027	2.911	-3,8	963	932	-3,2

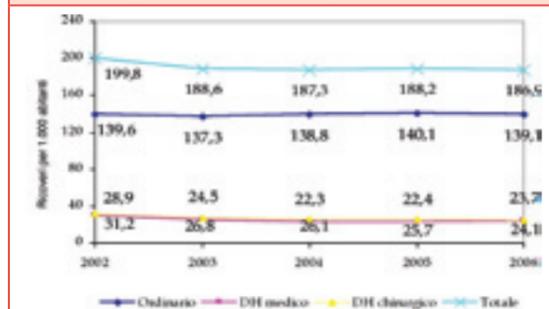
È importante sottolineare che la variazione dei ricoveri del presidio di Borgotaro sembra derivare da un trasferimento dell'attività verso prestazioni più complesse: mentre la valorizzazione economica non ha subito variazioni degne di nota (l'incremento +è stato di circa 2.000 €), la complessità media dei ricoveri è invece cresciuta del 3,8%. Questo è particolarmente significativo per l'attività in regime diurno, la cui complessità media è passata da 0,86 a 0,94 con un incremento del 9%. 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).

Fig.76 Indice di attrazione - strutture pubbliche - anni 2002-2006



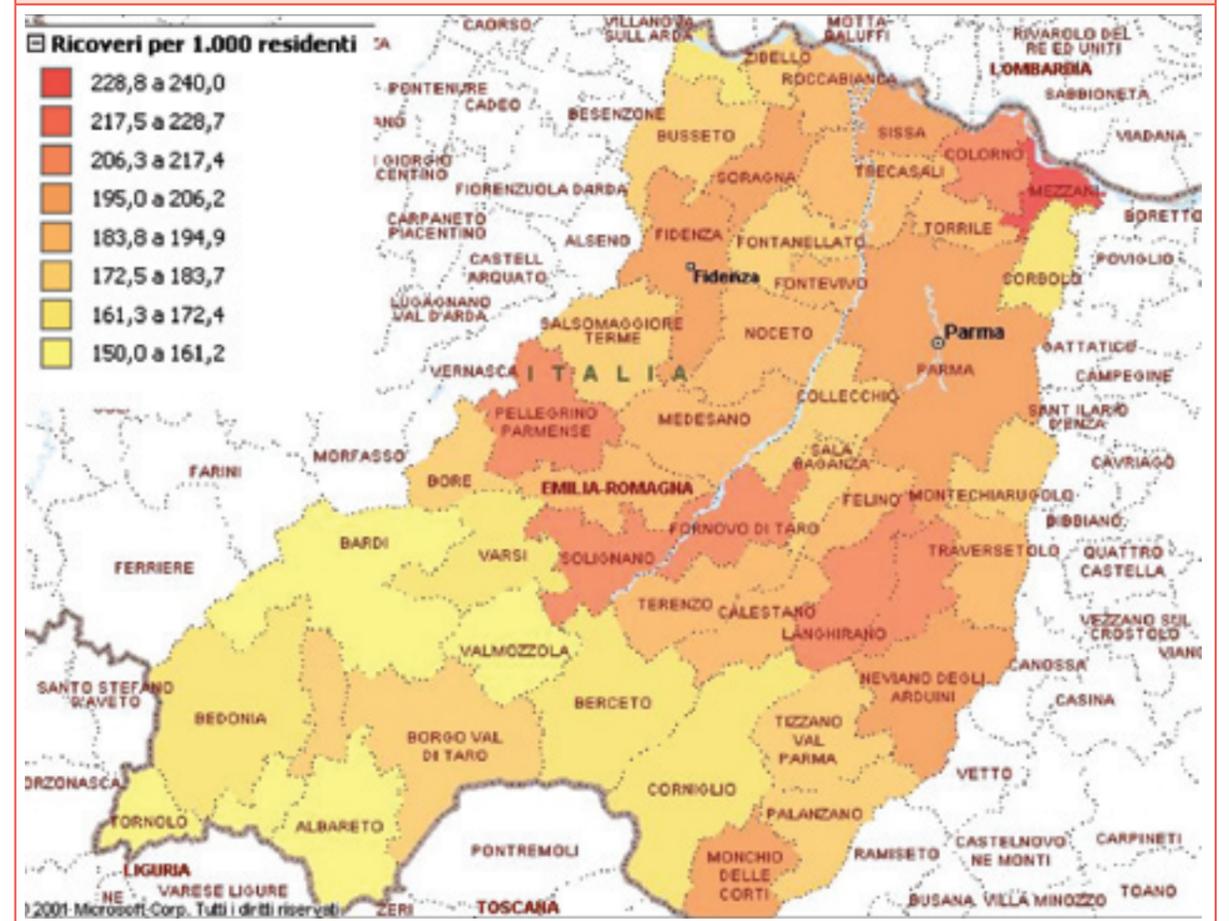
Nel caso della Azienda USL di Parma il dato rimane nei 5 anni considerati sostanzialmente stabile e pari a circa 86% per i ricoveri di residenti provinciali e mediamente pari a 14,5% per i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni, anche se relativamente a questi ultimi si registra una contrazione del numero di pazienti, passati dal 7% del 2005 al 6,2%. È comunque interessante sottolineare il lieve incremento nella quota di pazienti provenienti da altre aziende emiliano-romagnole che si rivolge alle strutture aziendali: il dato cresce infatti dal 7,2% degli anni 2002-2003 a 7,9% e la crescita coincide con il pieno regime delle attività del nuovo presidio di Fidenza-San Secondo. Nonostante questo incremento, comunque, diversamente da quanto osservato per i presidi di altre Aziende USL della Regione (Cesena, Rimini e Bologna), i presidi della provincia confermano la vocazione "locale", destinati prevalentemente al trattamento di pazienti provenienti dall'ambito provinciale.

Fig.77 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età - anni 2002-2006



Il tasso di ospedalizzazione dei residenti della provincia di Parma, 186,9 ricoveri per 1.000 residenti, si colloca di poco al di sopra del valore regionale, pari per il 2006 a 184,7. Dopo la significativa riduzione nel numero di ricoveri registrata tra il 2002 ed il 2003, questi indicatori 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. Coerentemente con le indicazioni di politica sanitaria la riduzione del tasso di ospedalizzazione è derivata principalmente da una riduzione del tasso per i ricoveri in day-hospital medico, ridottosi da 31,2 a 24,1, da quello dei ricoveri diurni di tipo chirurgico che, dopo il picco nel 2002 (31,2), è sceso nel 2006 a 24,1 ricoveri per 1.000 abitanti. Come osservato nel 2005, 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 hanno infatti inferiori rispetto a quelli rilevati per i comuni di pianura o pedecollinari. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani (236 ricoveri per 1.000 residenti), Solignano (214), Lesignano (212) e Colorno (210). Dall'altro lato i comuni di Valmozzola e Albareto hanno tassi di ospedalizzazione molto contenuti e pari, rispettivamente a 152 e 156.

Fig.78 Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza standardizzato per età (ricoveri per 1.000 abitanti) - anno 2006 (anno 2005 per la mobilità extra-regionale)

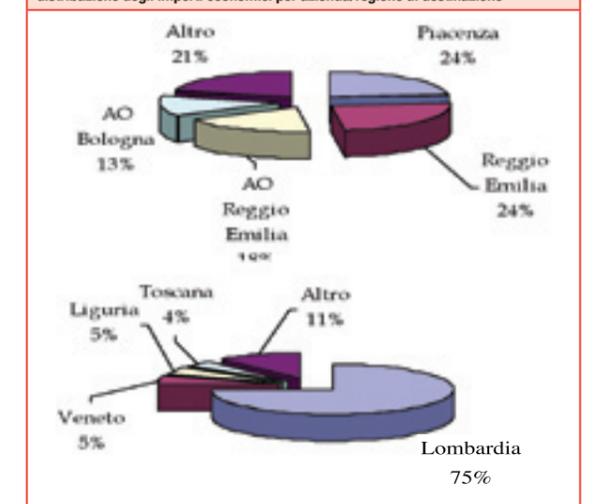


Mobilità passiva

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 2006 un costo di 14,135 milioni di € per il finanziamento di 4.991 ricoveri erogati dalle altre strutture della Regione Emilia-Romagna (mobilità intra-regionale) e, nel 2005, di 19,860 milioni di € per 7.313 ricoveri erogati da strutture delle altre Regioni (mobilità passiva extra-regionale). Come evidenziato dalla figura seguente le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia as-

sorbono complessivamente il 66% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 75% dei quasi 20 milioni di € di mobilità passiva interregionale. Unica eccezione è rappresentata dalla 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.

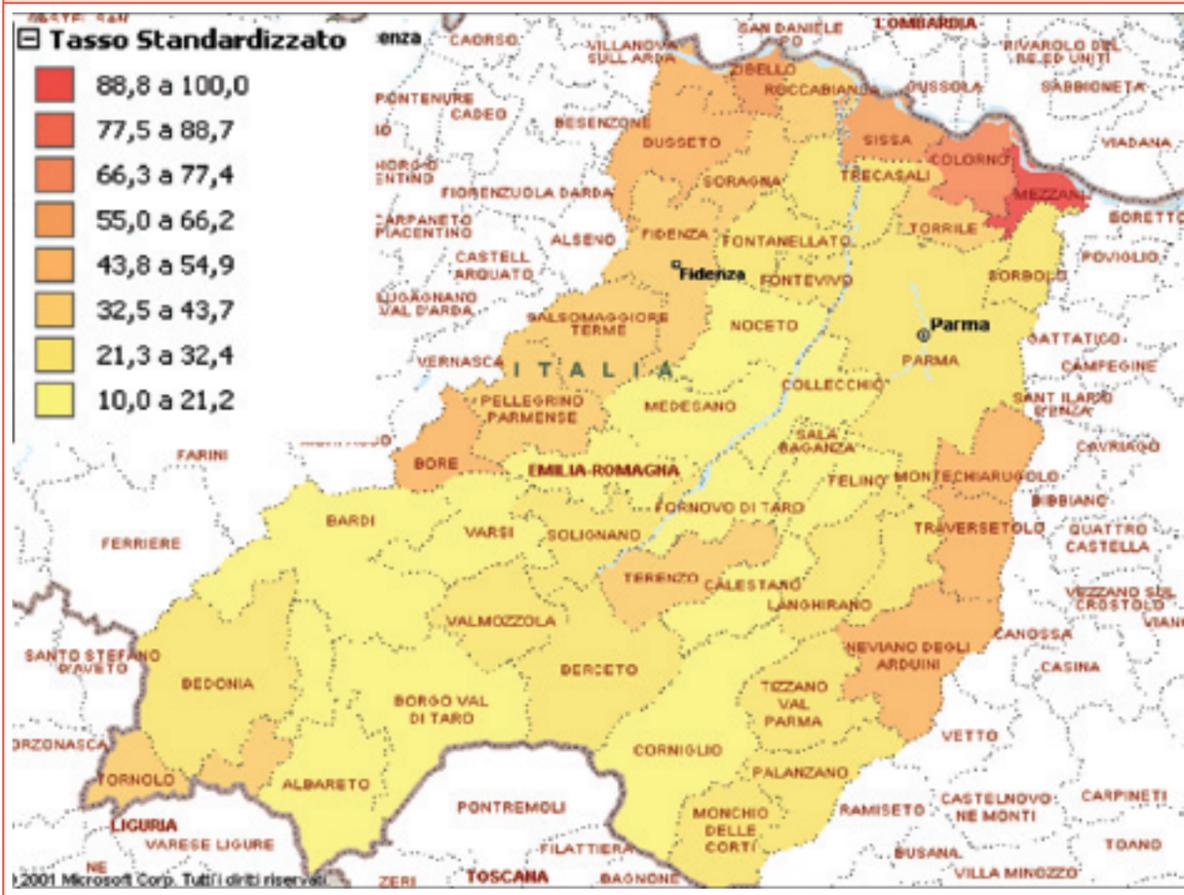
Fig.79 Mobilità passiva intra-regionale (2006) ed extraregionale (2005) distribuzione degli importi economici per azienda/regione di destinazione



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 costituiscono elementi di attrazione per i pazienti. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani con un tasso di ospedalizzazione in mobilità pari a

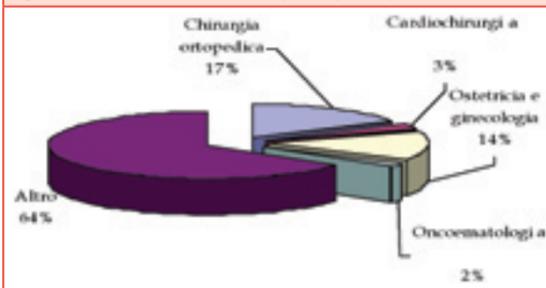
91,4 ricoveri per 1.000 residenti, Colorno (75,8) e Zibello (64,1). All'altro lato si evidenziano invece i comuni ubicati al centro della Provincia, i cui residenti preferiscono soprattutto le strutture provinciali, più agevoli da raggiungere: Calestano con 11,4 ricoveri per 1.000 residenti, Varsi (11,6), Compiano (15,1) e Fornovo (17,3).

Fig.80 Tasso standardizzato per età dei ricoveri in mobilità passiva infra-regionale (2006) ed extraregionale (2005)



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 6,421 milioni di € per la mobilità infra-regionale nel 2006 e 8,098 milioni di € per la mobilità interregionale nel 2005. Queste discipline rappresentano da sole il 43% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 36% dei ricoveri complessivamente erogati.

Fig.81 Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva per disciplina



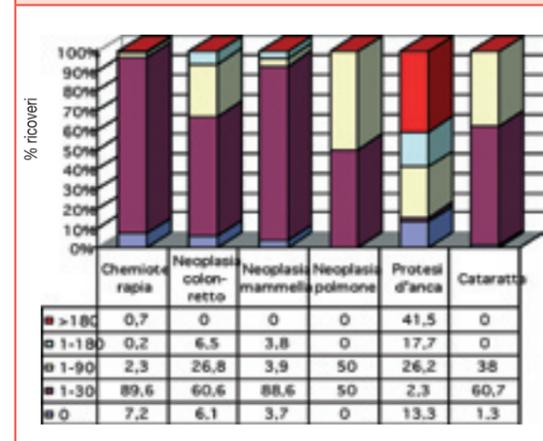
Ferma restando l'importanza di centri di riferimento nazionali per il trattamento di specifiche patologie ad elevata complessità, quali ad esempio i trapianti, ubicati in altre regioni e/o province, la programmazione aziendale nel 2006 ha cercato di mettere in atto, anche in collaborazione con le altre 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 per le prestazioni chemioterapiche debbono nel 100% dei casi essere erogati entro 30 giorni dalla prenotazione. La situazione relativa alle strutture pubbliche e private dell'Azienda USL di Parma è abbastanza diversificata. 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 critica per gli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2006, pari al 41% e quella per gli interventi entro 180 giorni pari a 58,7%. 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 66,7% 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 due casi visto che la maggior parte degli interventi è erogata dalla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Fig.82 Tempi di attesa per i ricoveri: percentuale di ricoveri effettuati entro 30, 90, 180 giorni dalla data di prenotazione - strutture pubbliche e private dell'Azienda USL - anno 2006



Per quanto infine riguarda l'andamento della raccolta e del consumo di sangue si evidenzia come il 2006 sia stato un anno caratterizzato da un significativo aumento (7,1%) del numero di unità consumate, seguito ad un periodo nel quale l'utilizzo di sangue era rimasto sostanzialmente invariato. Si conferma comunque anche il dato positivo relativo alle unità raccolte cresciute dell'1,9% rispetto all'anno precedente. L'aumento di unità consumate ha determinato una significativa riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 117,5, ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e soprattutto è secondo solo a quello delle Aziende USL di Ravenna, Cesena e Reggio Emilia.

Fig.83 Unità di sangue raccolte e consumate - anni 2001-2006

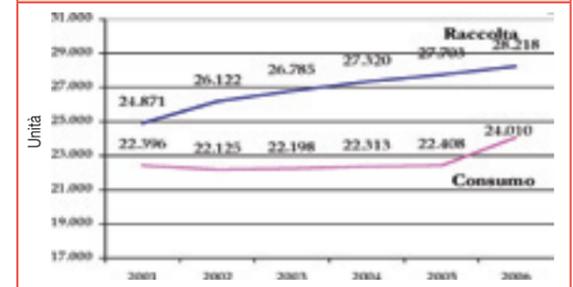
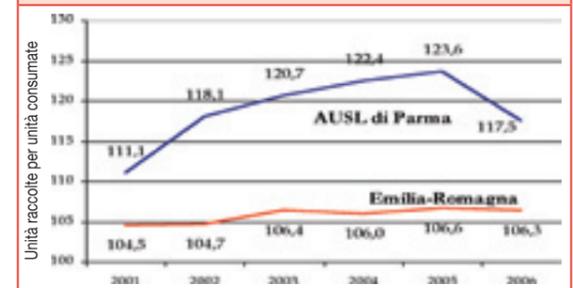


Fig.84 Rapporto tra unità prodotte e consumate - anni 2001-2006



**Qualità dell'assistenza**

**Basso peso alla nascita**

Tab.55 Nati con basso peso per 1.000 abitanti

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

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, ma, parimenti alla tendenza regionale, in aumento nell'ultimo anno.

## Ricoveri per polmoniti ed influenza negli anziani

Tab.56 Dimissioni per polmonite per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	0,22	0,40	0,65
Parma	0,47	1,93	0,18
Sud Est	0,64	1,74	0,00
Valli Taro e Ceno	0,23	0,70	0,16
AUSL Parma	0,51	1,34	0,25
Regione	0,51	1,03	0,41

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

I ricoveri per polmonite nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni costituiscono un utile indicatore per la valutazione dell'assistenza in regime ambulatoriale delle infezioni delle vie respiratorie. In aggiunta si ritiene che le campagne vaccinali efficaci siano estremamente utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie. L'aumento del tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani nella provincia di Parma ha indubbiamente contribuito alla riduzione di questo indicatore.

## Diabete, complicanze a breve termine

Tab.57 Dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine per 1.000 residenti

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

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 triennio. 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.58 Dimissioni per complicanze diabetiche a lungo termine per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	2,87	3,45	2,55
Parma	2,59	2,84	3,08
Sud Est	2,18	2,45	2,14
Valli Taro e Ceno	2,58	2,71	2,12
AUSL Parma	2,58	2,90	2,69
Regione	1,92	2,07	1,98

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 distretto di Parma.

## Parto cesareo

Tab.59 Parti cesarei, ogni 100 nati, per punto nascita

Punto di nascita	2004	2005	2006
Fidenza	22,9	21,6	28,4
Borgotaro	28,7	30,1	27,7
Città di Parma	58,0	60,9	63,2
AOSP Parma	38,5	33,6	33,4
provincia di Parma	38,1	34,7	35,6
Regione	30,9	30,3	29,9
Pubblico Regione	30,4	29,9	29,5
Privato Regione	62,3	62,6	62,7

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 Casa di Cura Città di Parma abbia percentuali di utilizzo di questa procedura più che doppie sia rispetto

alla media regionale che a quella delle strutture pubbliche provinciali. A questo si aggiunge un trend crescente, a fronte di andamenti sostanzialmente stabili a livello regionale.

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

Nel triennio 2004-2006 si è verificato un solo caso di morte a seguito di un intervento di protesi d'anca.

## Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto

Tab.60 Dimissioni per polmonite per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Piacenza	16,8	20,6	19,0
Parma	22,5	15,7	15,5
Reggio Emilia	16,5	18,2	14,7
Modena	14,4	12,7	13,5
Bologna	15,8	16,7	16,7
Ferrara	16,5	19,8	17,9
Ravenna	18,2	18,6	16,7
Forlì	20,4	17,4	12,5
Rimini	15,6	13,8	15,0
Regione	17,0	16,6	15,6

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 decremento nel triennio e, dopo essere stato il peggiore del 2004, nel 2006 l'indicatore si attesta al di sotto della media regionale.

## Tasso di ospedalizzazione evitabile

Tab.61 Dimissioni per asma per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	0,38	0,24	0,25
Parma	0,56	0,51	0,37
Sud Est	0,48	0,30	0,36
Valli Taro e Ceno	0,60	0,25	0,29
AUSL Parma	0,50	0,44	0,39
Regione	0,39	0,35	0,28

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%. In provincia di Parma si osserva un valore superiore a quello regionale, ma comunque in riduzione rispetto al valore registrato nel 2004.

Tab.62 Dimissioni per scompenso cardiaco congestizio per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	2,79	2,38	2,14
Parma	2,25	2,29	2,08
Sud Est	3,52	2,83	2,84
Valli Taro e Ceno	2,44	1,82	1,29
AUSL Parma	2,60	2,71	2,47
Regione	3,11	3,03	2,97

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 una riduzione nel periodo considerato e soprattutto valori medi che si mantengono al di sotto della media regionale.

Tab.63 Dimissioni malattie polmonari croniche per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	1,50	1,55	1,18
Parma	1,47	1,41	0,99
Sud Est	2,49	1,68	1,36
Valli Taro e Ceno	1,77	1,50	1,10
AUSL Parma	1,67	1,73	1,29
Regione	2,18	2,27	1,94

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. Anche in questo caso i valori osservati a livello provinciale sono significativamente inferiori rispetto a quelli medi regionali ed evidenziano, soprattutto, una notevole riduzione nel numero di residenti ricoverati per questa problematica clinica.

Tab.64 Dimissioni per ipertensione per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	0,10	0,09	0,07
Parma	0,18	0,14	0,12
Sud Est	0,17	0,07	0,04
Valli Taro e Ceno	0,20	0,08	0,06
AUSL Parma	0,16	0,12	0,10
Regione	0,10	0,08	0,08

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

L'ipertensione rappresenta una condizione cronica frequentemente controllabile e gestibile in maniera efficace a livello ambulatoriale attraverso il ricorso ad una appropriata terapia farmacologica. I valori sono superiori alla media regionale, ma si evidenzia l'andamento in calo con tendenza ad allinearsi al valore medio regionale. Solo nel distretto di Parma si osservano valori superiori alla media regionale, mentre negli altri distretti si rilevano valori di molto inferiori con un trend in notevole calo.

Tab.65 Dimissioni per diabete per 1.000 residenti

Distretto	2004	2005	2006
Fidenza	0,36	0,24	0,20
Parma	0,44	0,38	0,32
Sud Est	0,39	0,30	0,23
Valli Taro e Ceno	0,32	0,39	0,21
AUSL Parma	0,40	0,38	0,31
Regione	0,28	0,29	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 nei tre anni, diffuso in tutti i distretti, con una tendenza ad avvicinarsi al valore dell'indicatore regionale.

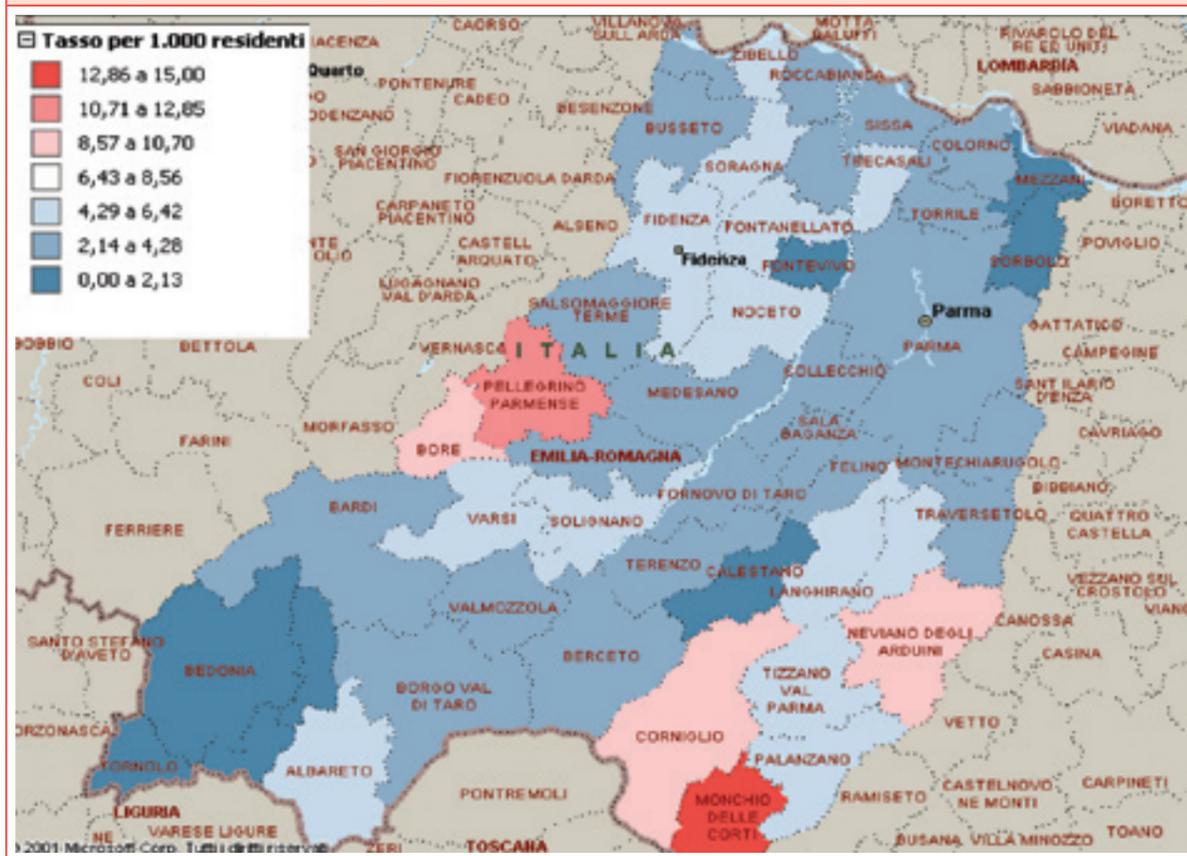
Tab.66 Valori del tasso di ospedalizzazione evitabile per 1.000 residenti

Distretto	2005	2006
Fidenza	4,50	3,85
Parma	4,73	3,88
Sud Est	5,18	4,84
Valli Taro e Ceno	4,04	2,96
AUSL Parma	5,40	4,57
Regione	6,04	5,51

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Vengono riportati in tabella i ricoveri per asma, scompenso cardiaco, patologie respiratorie croniche, ipertensione e diabete. Si tratta di patologie croniche che potrebbero essere più efficacemente 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. Più specificatamente sono migliori i valori relativi allo scompenso cardiaco ed alle patologie polmonari croniche, mentre sono peggiori del dato regionale i valori relativi all'asma, all'ipertensione ed al diabete. Nella Figura si evidenzia come in ambito provinciale i valori più critici dei tassi si riscontrano in alcuni comuni montani dei distretti Sud Est e Valli Taro e Ceno.

Fig.85 Tasso di ospedalizzazione evitabile e complessivo per 1.000 residenti



# 3

## 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. Centralità del cittadino;
2. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria;
3. Universalità ed equità di accesso;
4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

### Trasparenza e partecipazione per favorire la valutazione dei servizi, la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini degli utenti e delle loro organizzazioni

Riconoscere tra i valori fondanti del Servizio Sanitario Regionale e dell'Azienda USL la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, vuol dire promuovere e favorire la partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze organizzate nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi per favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti, per meglio tutelare i loro diritti e valutare la qualità dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti.

La programmazione e lo sviluppo delle attività dell'Azienda nel corso del 2006 hanno visto una ricchezza di momenti di confronto con gli attori rappresentanti la partecipazione dei cittadini e ciò 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.

#### I Comitati Consultivi Misti

I Comitati Consultivi Misti (CCM) sono stati istituiti come organismo Aziendale e Distrettuale dalla Legge Regionale 19/94. I quattro Comitati Consultivi Misti sono presenti nei Distretti di Parma, Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno e sono composti, in maggioranza, da membri eletti dalle Associazioni di Tutela e Volontariato presenti sul territorio provinciale, da rappresentanti dell'Azienda, da medici di famiglia e da un rappresentante degli Enti Locali.

Il 2006 si è caratterizzato per l'avvio insieme ai quattro Comitati Consultivi Misti dei Distretti di un progetto volto a migliorare i percorsi di accesso ai servizi offerti e rendere ancora più capillare ed efficace l'informazione ai cittadini su specifici temi sanitari. In questo ambito la priorità è stata data all'informazione sul corretto utilizzo dei farmaci, che significa mettere il cittadino nella condizione di conoscere gli effetti positivi sulla salute, ma anche i rischi. Sono stati quindi realizzati in tutti i Distretti diversi incontri pubblici sull'uso dei farmaci anche con la collaborazione dei sindacati pensionati (Spi CGIL, FNP CISL e UILP UIL).



Alcuni dei temi trattati durante le riunioni dei CCM:

Caratteristiche	CCM Parma	CCM Fidenza	CCM Sud Est	CCM Valli Taro e Ceno
Presidente	Ennia Bertozzi	Fernanda Campanini	Emilia Zacomer	Giuseppina Poletti
Numero Incontri	6	7	5	4
Argomenti principali trattati e materiale prodotto	- elaborazione Piani di Zona - accordo di programma per la trasformazione delle IPAB - approvazione PAT - illustrazione PAL - Piani per la Salute - attività ambulatorio diabetologico distrettuale - attività Dipartimento salute mentale	- Attività del Servizio Salute Mentale - Audit Civico: relazione su risultati ottenuti - PAL - programma assistenza a soggetti portatori di stomie e incontinenze gravi, - organizzazione incontri sui farmaci: San Secondo e Fidenza - Progetto Accoglienza - problema "Badanti" all'interno del PO - Medicina di gruppo e sulla Medicina di rete - situazione del personale Medico e Infermieristico all'interno del PO di Fidenza	- Definizione di bozza di programma di lavoro del CCM per l'anno 2006; - Esame della funzionalità del CCM del Distretto; - Piano Attuativo Locale; - Riflessioni sulla comunicazione della Direzione Generale sulle liste d'attesa; - Organizzazione di incontri con la popolazione sull'uso corretto dei farmaci	- PAL; - Liste d'attesa; - Presentazione questionari relativi al gradimento dei servizi e organizzazione della distribuzione in vista dell'attivazione Progetto Accoglienza; - Segnaletica stradale nelle vicinanze del Pronto Soccorso; - Organizzazione di incontri sull'uso corretto dei farmaci

#### Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale

Nel 2006 il Comitato Consultivo Misto per la Salute Mentale, costituito nel 2005 in adesione agli indirizzi regionali in materia, ha funzioni consultive e propositive, assicura i controlli di qualità dal lato degli utenti, promuove e sperimenta l'utilizzo di indicatori definiti a livello regionale ed aziendale tenendo conto di specificità locali, sperimenta modalità di raccolta e analisi dei "segnali di disservizio".

Gli argomenti trattati nel corso del 2006 dal Comitato Consultivo Misto per la Salute Mentale sono stati:

- nuovi progetti: ristrutturazione Centro Diurno "Santi", trasferimento Servizio psichiatrico diagnosi e cura, progetti per utenti neuro-psichiatrici in età adulta, Fattoria di Vigheffio, progetto Iris, programma coi Medici di Medicina Generale "G. Leggieri";
- accreditamento: aggiornamento sul percorso dell'accreditamento del Dipartimento Salute Mentale, iniziative a favore delle famiglie, indagini sulla qualità della vita degli ospiti delle Comunità e Gruppi Appartamento;
- assetti e organizzazione: Neuro Psichiatria Infantile, Centri Salute Mentale, gestione del denaro dei pazienti;
- riabilitazione: inserimenti lavorativi, residenze, Comunità Gruppi Appartamento;
- linee di indirizzo del Dipartimento Salute Mentale.

**La qualità nel rapporto con i cittadini**

La qualità del rapporto con i cittadini è stata perseguita attraverso diversi strumenti per promuovere e realizzare maggiore qualità nei servizi, nelle prestazioni, nelle relazioni:

- è stata completata la stesura della Carta dei Servizi con riferimento alla generalità dell'Azienda attraverso un percorso di ampia condivisione e partecipazione dei professionisti; la Carta dei Servizi ha fatto parte della documentazione per l'accreditamento dell'Ospedale di Fidenza - San Secondo e dell'Hospice di Borgotaro;
- è stata concluso, con la presentazione dei risultati alla Regione e a Cittadinanza Attiva, il percorso dell'audit civico; i risultati sono stati oggetto di confronto con la direzione dell'ospedale e del distretto e con il volontariato per la messa in atto dei necessari interventi correttivi sulle criticità emerse;
- è stata avviata la rilevazione della qualità percepita dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo e sulla qualità di vita dei pazienti ospiti delle strutture del Dipartimento Salute Mentale;
- 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 relazioni con le Organizzazioni Sindacali Confederali**

La complessità dei processi di cambiamento nel sistema sanitario e socio sanitario e delle azioni per una sua integrazione, necessitano di un confronto continuo e strutturato tra le Istituzioni e le Organizzazioni Sindacali, al fine di perseguire, nel rispetto dei ruoli e delle rispettive responsabilità, l'obiettivo comune del miglioramento della salute e della qualità di vita della cittadinanza.

Con questa convinzione, 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 2006, sono stati trattati in particolare 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 ed hospice.

Ed è stato sottoscritto un accordo i Sindacati Confederali e le rappresentanze sindacali confederali degli anziani, attraverso i quali le Organizzazioni Sindacali hanno approvato il piano delle azioni 2006 per tutta l'area della integrazione socio-sanitaria, e 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.

**La sicurezza nei luoghi di lavoro: il controllo cantieri**

Il dato infortunistico è particolarmente preoccupante nel settore edile, da sempre considerato un settore ad elevato rischio, e la sua evidenza è riscontrabile anche a livello locale dove, nonostante il calo dell'ultimo triennio, l'indice di incidenza rimane comunque alto. Alcune criticità che si presentano: la complessità e frantumazione dell'organizzazione dei cantieri (sta scomparendo la chiara identità dell'impresa e i lavori prevalentemente sono appaltati a lavoratori autonomi atipici, con forte incremento della mano d'opera straniera), il lavoro irregolare e sommerso. La strategia adottata in questo ambito è quella della concertazione, attraverso la quale Enti, Istituzioni e parti sociali condividono obiettivi e si impegnano ciascuna per la propria parte in azioni coordinate, nel rispetto dei ruoli e delle specifiche competenze, così da raggiungere risultati in modo coerente e consapevole. Sono stati attivati percorsi di lavoro concertati e condivisi con Associazioni datoriali, Organizzazioni Sindacali, organismi paritetici e professionisti del settore inerenti la tutela della salute negli ambienti di lavoro, che hanno portato alla firma di accordi per integrare e migliorare la circolazione delle informazioni tra gli Enti preposti al fine di conoscere meglio la realtà territoriale dei cantieri e potenziare l'attività di vigilanza congiunta sugli aspetti di sicurezza e regolarità amministrativa, sviluppare ed avviare iniziative formative ed informative, per la prevenzione degli infortuni e allo sviluppo di comportamenti e stili di lavoro adeguati nel settore:

- protocollo d'intesa con Autocamionale A15 della Cisa riguardante piano di assistenza e vigilanza nelle opere di ammodernamento del tratto autostradale;
- protocollo d'intesa con Cassa Edile per la costituzione dell' "Osservatorio Provinciale Cantieri Attivi";
- accordo con Movimento Cooperativo e OO.SS. sui requisiti minimi di qualità della formazione dei lavoratori;
- accordo con Ordine degli Ingegneri e Ordine degli Architetti sul codice di buona prassi del consulente (Coordinatore per la sicurezza) nelle opere edili.

**Il Percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare, ed il SICAL**

Con questo progetto Parma collabora e supporta la Regione a costruire, mediante la collaborazione con le altre AUSL della Regione, i presupposti di un sistema-qualità regionale, nel funzionamento dei servizi pubblici di controllo e nella effettuazione dei controlli ufficiali. Il lavoro congiunto è la dimostrazione di maturità di un territorio attento al consumatore e che vuole essere in prima linea per garantire la "qualità dei propri prodotti", un importante strumento di lavoro al fine della migliorare qualità nel nostro territorio che vista la particolare vocazione agroalimentare, ha una mole di attività elevata. In considerazione della rilevanza istituzionale del progetto, nella sezione 7 del presente bilancio sono illustrate per esteso finalità ed attività svolte. In particolare si segnala l'avvio della prima esperienza in regione, di un corso di

formazione costruito con un metodo di lavoro condiviso tra chi deve assicurare la sicurezza alimentare dei cibi - industrie produttrici - e chi ne è preposto al controllo ufficiale - AUSL. Il corso affronta diversi temi dall'introduzione alla nuova legislazione introdotta dall'Unione Europea sulla sicurezza alimentare e la progettazione, l'implementazione e il mantenimento di un sistema di autocontrollo e si articola per ulteriori sezioni tematiche - industria delle carni fresche e trasformate, industria del latte e dei prodotti a base di latte, industria delle trasformazioni vegetali.

**Lo Sportello Unico per le imprese**

Dopo il rinnovo dell'accordo sullo Sportello Unico delle Imprese con la firma del Protocollo d'intesa tra Enti il 13 dicembre 2005, il gruppo tecnico provinciale costituito nell'ambito della Conferenza permanente sullo sportello unico della Provincia di Parma ha proseguito i lavori per la compilazione del Manuale operativo di attuazione del SUI (regolamento) comprensivo di modulistica, documentazione e normativa di riferimento. L'Azienda ha partecipato attivamente sia ai lavori del gruppo tecnico per la definizione dei documenti d'accesso ai procedimenti di permesso di costruire e dichiarazione di inizio attività, sia ai corsi di formazione per gli operatori di sportello dei Comuni. Inoltre nel 2006 è stato messo a punto il progetto formazione rivolto a operatori di diversi enti esterni con lo scopo di aggiornarli e di metterli in condizione di potere operare sulla piattaforma telematica dello sportello unico imprese.

**Protocollo per il funzionamento della Commissione per le autorizzazioni all'utilizzo dei gas tossici**

Sempre nell'ambito delle iniziative volte a semplificare e dare certezza e trasparenza alle attività aziendali che riguardano attività produttive, l'Azienda ha promosso la stipula di un protocollo fra tutti gli enti (fra questi la Questura, i Vigili del fuoco, i Comuni) coinvolti nell'autorizzazione all'utilizzo di gas tossici. Il protocollo, oltre a regolamentare le procedure di rilascio dell'autorizzazione e dare certezza ai tempi del procedimento, stabilisce le modalità di funzionamento della Commissione e di formulazione dei pareri, elenca la documentazione necessaria per una più puntuale informazione all'utenza e per semplificarne la procedura di richiesta. In tal senso il protocollo semplifica le procedure di rilascio del parere in quanto garantisce il pieno esercizio delle funzioni degli Enti componenti e il soddisfacimento dei reciproci impegni per le fasi procedurali di competenza offrendo la certezza dei percorsi e la trasparenza dell'azione.

**Le relazioni con le associazioni degli immigrati**

Le relazioni con le associazioni degli immigrati si sono mantenute nel tempo pur con le difficoltà dovute alla estrema mobilità dei referenti e delle sedi; in particolare queste collaborazioni hanno permesso di attivare tre progetti particolarmente significativi: un corso di forma-

zione rivolto ai referenti delle Comunità sulle malattie sessualmente trasmesse, un percorso formativo rivolto agli operatori di front-office e a rappresentanti delle diverse etnie per individuare le difficoltà di interazione e di comprensione e, infine, una ricerca/intervento sulle problematiche della seconda generazione sostenuta dalla Provincia e dall'Università di Parma e che è entrata a far parte dei Piani di zona. Per il Natale 2006, la tradizionale festa di auguri dell'Azienda rivolta agli operatori e ai cittadini che utilizzano i servizi sanitari è stata organizzata presso la sede dello Spazio Immigrati a Parma; sono stati invitati i rappresentanti delle istituzioni e i rappresentanti delle comunità dei cittadini stranieri. È stata l'occasione anche per far conoscere ai rappresentanti delle comunità dei cittadini stranieri i responsabili aziendali delle diverse aree ed esprimere le proprie valutazioni e bisogni in merito all'assistenza sanitaria erogata.

**Incontri e collaborazioni con le Associazioni**

La ricchezza della presenza e dell'impegno delle organizzazioni di volontariato presenti nel territorio provinciale dà ragione dell'ampia partecipazione e collaborazione che si è concretizzata anche nel 2006 in diverse iniziative sia di sensibilizzazione sia nella realizzazione di iniziative per promuovere tutela della salute e maggiore consapevolezza nella cittadinanza. La collaborazione con il modo dell'associazionismo e del volontariato rappresenta anche per le aziende sanitarie un fattore estremamente positivo in quanto espressione di una cittadinanza consapevole e partecipe: consapevolezza e partecipazione sempre più necessarie per qualità della cura ed efficacia delle prestazioni.

Tab.1 Organizzazioni di volontariato, numero di volontari per provincia e indici densità e confronto con Italia. Anno 2003

Province	Organizzazioni di volontariato	Numero volontari anno 2003	Indice di densità organizz. X 10.000 ab.	Indice di densità volont. X 10.000
Piacenza	165	7.183	6,1	265,1
Parma	290	12.365	7,1	303,2
Reggio Emilia	225	8.598	4,7	180,1
Modena	302	12.937	4,6	198,4
Bologna	424	17.622	4,5	188,5
Ferrara	189	5.091	5,4	146,5
Ravenna	211	8.271	5,8	229,3
Forlì-Cesena	243	7.171	6,6	195,7
Rimini	131	3.829	4,6	135,2
Emilia Romagna	2.180	83.068	5,3	202,5
Italia	21.021	825.955	3,6	141,5

Fonte: Rilevazione delle Organizzazioni di volontariato anno 2003 - ISTAT e Regione Emilia - Romagna

**Lo sviluppo dell'assistenza oncologica e la continuità assistenziale**

I consolidati rapporti di collaborazione con le varie Associazioni, Avoprorit, Lega Tumori, AVIS, ADAS e Pub-

blica Assistenza, presenti nel territorio hanno portato a risultati significativi in continuità con le attività del 2005; infatti anche nel 2006 è proseguita la collaborazione per:

- l'assistenza infermieristica domiciliare a pazienti oncologici;
- la definizione di un protocollo d'intesa per collaborazione nell'ambito dello screening oncologici (mammella, utero e colon retto);
- nell'ambito del Comitato del Programma Provinciale Sangue insieme con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma;
- l'attività di rieducazione fonetica ai laringectomizzati con l'Unione Italiana Mutilati della Voce, congiuntamente all'Università degli Studi di Parma ed all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

#### L'Associazione emigranti all'estero "Val Taro"

Nel Distretto Valli Taro e Ceno, oltre alla presenza dell'Associazione "Famiglia Bardigiana" di Londra, che raccoglie l'adesione degli 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 New York (Associazione Berce Foundation, Associazione Valtarese Foundation). I forti legami degli emigrati 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 miglioramento della struttura e per le relazioni fra comunità e ospedale. Nell'anno 2006 l'Associazione Parmigiani Valtaro ha donato 50.000,00 euro per l'acquisto dell'ecografo e l'Associazione Valtarese Foundation ha contribuito al miglioramento qualità ambientale dell'ostetricia dell'ospedale di Borgo Val di Taro. Per rafforzare ulteriormente i legami tra emigrati e ospedale domenica 6 agosto 2006 è stata la giornata dedicata agli emigranti. La Direzione generale con i suoi dirigenti e i rappresentanti degli Enti Locali ha accompagnato gli emigranti presenti a Borgotaro per il periodo estivo, nella visita delle Unità Operative del Presidio Ospedaliero e Distretto, (Hospice "La Valle del Sole" – Unità Operativa di Ginecologia/Ostetricia) illustrando le tecnologie e le infrastrutture che sono state realizzate, anche, con il loro prezioso contributo.

### Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute

Il consistente lavoro svolto anche nel corso del 2006 per valorizzare e rafforzare il ruolo degli Enti Locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria (certamente ascrivibile ad obiettivi di sviluppo), trova la sua prima ragion d'essere nei mandati assegnati alle AUSL dalla normativa vigente. In particolare nella legge regionale 29/2004 in cui tra i vari compiti e funzioni attribuite alla Conferenza che promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei

Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari. La Conferenza da supporto delle Aziende sanitarie, per le strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale e assicura altresì 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.

Questi che sono solo alcuni dei compiti e delle funzioni importanti, fanno sì che il rapporto di collaborazione tra l'Azienda sanitaria e la Conferenza sia continuativo e molto stretto. Gli interventi si sono caratterizzati per i diversi "piani" che hanno preso in considerazione; sul piano strutturale ad esempio vi sono stati numerosi interventi di definizione e ridefinizione logistica di sedi centrali e periferiche: ricordiamo qui la ristrutturazione del Polo sanitario di Via Pintor a Parma o dell'ampliamento de Presidio Ospedaliero di San Secondo. E ancora l'avvio delle strutture integrate sociali e sanitarie per ulteriori medicine di gruppo interventi progettuali per la fattoria di Vigheffio, il progetto di recupero degli immobili di Pontolo. Rilevanti interventi sono stati realizzati anche sul piano organizzativo, quali il riassetto del DSM, tra i percorsi della salute la Terapie Anticoagulante Orale, la riorganizzazione dell'apertura degli ambulatori periferici del servizio di Igiene pubblica del Distretto Sud est, i punti dedicati alla popolazione immigrata insieme all'istituzione del servizio di mediazione culturale, le continue collaborazioni con i Medici di Medicina Generale per le vaccinazioni antinfluenzali solo per citare alcuni argomenti. Sul piano operativo-gestionale, sono continuati i rilevanti interventi, quali ad esempio gli screening di popolazione, tra cui quello del colon-retto, per il quale sono stati fatti incontri ad hoc con la popolazione su tutto il territorio provinciale per spiegarne le finalità; o anche sul corretto uso dei farmaci, con interventi volti ad una maggiore qualificazione ed utilizzo sbagliato; oltre al sostegno per l'associazionismo medico. Infine anche il piano istituzionale, ha visto il suo continuo sviluppo e approfondimento di alcuni dei rapporti già in essere per la sistematica integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria o, sul versante sociosanitario, con le professioni sociali e le competenze che in tale ambito sono esercitate dai Comuni, o con enti rappresentativi del mondo del lavoro (cassa edile, l'Ordine degli Ingegneri e Architetti, la CNA e d'altri ancora); il tutto senza peraltro trascurare l'impegno a rafforzare il dialogo, già positivamente in atto, con tutte le istanze della società civile e del mondo dell'associazionismo, formalmente rappresentato, in ambito provinciale, dai Comitati Consultivi Misti.

#### I rapporti con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha acquisito con la L.R. 29 del 2004 un nuovo ruolo e rinnovate

funzioni con il comune denominatore di valorizzare la partecipazione degli enti locali alla programmazione ed alla verifica delle attività in ambito sanitario e socio sanitario. Nel corso del 2006 gli appuntamenti più significativi della Conferenza sono costituiti da rilevanti impegni dal punto di vista programmatico con l'approvazione del Piano attuativo locale (PAL) e l'individuazione delle priorità per l'anno 2006, l'avvio della sperimentazione del Fondo per la non autosufficienza secondo le indicazioni regionali, coordinate con l'attuazione dei nuovi indirizzi regionali in materia di assistenza alla popolazione anziana, lo sviluppo dei servizi per la salute mentale. Contestualmente alla sua approvazione la Conferenza ha definito il piano di monitoraggio del PAL con la redazione del primo report sui risultati.

Oltre a questo importante risultato, che ha comportato un lavoro di coordinamento e di condivisione molto intenso, numerosi altri sono stati gli argomenti trattati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; di seguito si elencano i principali:

- Piani per la Salute: prospettive di sviluppo
- definizione del programma relativo al "Progetto speciale sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolta alla popolazione anziana ed in condizioni di povertà"
- situazione e prospettive dei servizi di Salute Mentale e progetto di qualificazione della Fattoria di Vigheffio;
- approvazione programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare;
- determinazioni in ordine ai programmi "Diagnostica di laboratorio" ed "Alte tecnologie";
- rimodulazione dell'attività del "punto bianco" di Parma. L'approvazione del Bilancio di Missione 2005 da parte della Conferenza ha costituito un appuntamento di rilievo per l'Azienda per assicurare agli enti locali ed alle comunità il rendiconto dell'attività svolta e i risultati raggiunti. Il Bilancio è stato presentato in tutti i Comitati di distretto ed in una iniziativa pubblica svoltasi il 19 gennaio 2007 con la partecipazione della Regione, degli enti locali, in particolare dei Comuni capo Distretto che hanno direttamente partecipato alla preparazione ed alla realizzazione dell'iniziativa.

#### L'avvio della sperimentazione delle condizioni di fattibilità del fondo regionale per la non autosufficienza

In vista della piena attuazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, al fine di creare le condizioni per attuare quanto previsto dalla legislazione regionale, attraverso percorsi di confronto e condivisione tra le diverse istituzioni coinvolte, è stato istituito, su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, un tavolo tecnico denominato "Gruppo per l'integrazione socio sanitaria" composto dal Direttore dell'Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali, dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza, dai Direttori di Distretto, dal Coordinamento delle prestazioni socio sanitarie e dai responsabili degli Uffici di Piano. In tale ambito sono state confrontate e definite le linee e le priorità di pro-

grammazione ed i criteri da adottare per la ripartizione del Fondo su base distrettuale finalizzati a definire un piano triennale di riparto, che permetta nel triennio un riequilibrio delle risorse. Sono stati definiti criteri di riparto, modalità di gestione delle risorse, vincoli e presupposti di base, che sono stati formalizzati in un documento presentato e recepito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Nella stessa direzione ed in continuità con le azioni già intraprese negli anni 2004 e 2005 è stato assicurato il supporto tecnico alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed ai Comitati di Distretto per l'avvio e lo sviluppo di un qualificato e diffuso sistema di governo locale ed il coordinamento degli strumenti tecnici dei Comitati di Distretto, nell'applicazione omogenea della direttiva regionale finalizzata al miglioramento dell'efficienza gestionale ed all'avvio della riduzione della disomogeneità tra le rette attualmente sostenute dai cittadini.

#### Le modalità assistenziali domiciliari

##### Appartamenti protetti – con servizi

Si è data attuazione alla programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria che prevedeva l'inserimento di appartamenti protetti nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti, quale unica forma di residenzialità espandibile oltre al parametro medio provinciale, attraverso la sperimentazione di modalità di riconoscimento di oneri a rilievo sanitario, flessibili e modulate sui bisogni emergenti dalle specifiche realtà, a favore di 12 nuovi progetti individualizzati nei Distretti di Parma, Valli Taro e Ceno e Sud Est. A tal fine, si è costituito un Gruppo di Lavoro, coordinato dall'Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali e dall'Azienda USL, che ha approfondito, la conoscenza delle esperienze in atto nel territorio provinciale ed ha elaborato un regolamento, recepito dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, che definisce criteri e percorsi per il riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario. Dal novembre 2006 si è avviata concretamente la sperimentazione con il riconoscimento delle quote a 12 progetti individualizzati. Parallelamente sono proseguiti i lavori del tavolo tecnico coordinato dall'Amministrazione Provinciale e dall'AUSL che ha il compito di definire gli indicatori della qualità assistenziale e l'analisi dei costi, da utilizzare nel percorso di monitoraggio della sperimentazione.

##### Riequilibrio dei posti residenziali e semiresidenziali

In attuazione delle linee di programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e sanitaria, che prevedono il raggiungimento in tutto il territorio provinciale di un parametro pari a 3,32% sulla popolazione =>75 anni, dal 1° gennaio 2006, sono stati riconosciuti al Distretto di Parma 11 nuovi posti convenzionati di Casa Protetta. In particolare sono stati assegnati 6 posti alla Casa Protetta di Sorbolo e 5 alla Casa Protetta Emmaus di Parma. Alle due strutture sono stati attribuiti inoltre rispettivamente 4 e 5 posti derivanti da una redistribuzione interna.

**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>- Verifica attuativo 2005 del Piano di Zona 2005 - 2007</li> <li>- Programmazione del Piano attuativo 2006 del Piano di Zona 2005 - 2007</li> <li>- Piano di trasformazione IPAB</li> <li>- Applicazione DGR 378/06 (oneri Case Protette)</li> <li>- Proposta Regolamento per le Case Famiglia per Anziani</li> <li>- Approvazione PAT</li> <li>- Illustrazione PAL</li> <li>- Progetto odontoiatria fasce deboli</li> <li>- Verifica andamento Assegni di Cura</li> <li>- Progetti distrettuali PPS</li> <li>- Progetto alte tecnologie</li> <li>- Linee d'azione per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore / estate 2006</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piani di zona 2005-2007: elaborazione dei Piani di Zona</li> <li>- Piano di trasformazione delle IPAB</li> <li>- monitoraggio dei lavori di ampliamento del Presidio Ospedaliero di San Secondo e dello sviluppo e della piena funzionalità dell'Ospedale di Fidenza</li> <li>- Approvazione PAT</li> <li>- Illustrazione PAL</li> <li>- Gestione delegata attività sociale 2006-2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piani di zona 2005 - 2007: elaborazione del Piano attuativo 2006</li> <li>- Progetto di sviluppo Fattoria di Vigheffio</li> <li>- Riorganizzazione apertura ambulatori periferici Servizio Igiene Pubblica distrettuali</li> <li>- Intesa per servizio emergenza soccorso territoriale medicalizzato AP Croce Azzurra Traversetolo</li> <li>- Piano di trasformazione IPAB</li> <li>- Piano delle attività territoriali</li> <li>- Progetto odontoiatria fasce deboli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- illustrazione del PAL 2006</li> <li>- Piano di Zona 2005-07</li> <li>- P. di trasformazione delle IPAB</li> <li>- Prog potenziamento dei Punti di Continuità assistenziale di Bardi e Bore</li> <li>- Approvazione del PAT</li> <li>- Ridef. degli ambiti territoriali dei punti di Continuità assistenziale di Berceto e Fornovo</li> <li>- Prog. recupero e riqualif. immobili di Pontolo</li> <li>- Presente stato di avanz. e priorità dei progetti del Programma Attuativo 2005 e risorse Piano Attuativo 2006</li> <li>- Linee di intervento per eventuali ondate di calore</li> <li>- Prog. soccorso medicalizzato per i Comuni alta Val Tarò</li> <li>- Accordo programma per la qualif. e sviluppo dell'Assistenza domiciliare</li> <li>- Progetto "Contributi per la promozione e il Coordinamento delle politiche rivolte ai giovani"</li> <li>- Approvazione Centro di aggregazione Sociale di Medesano</li> <li>- Informazione su: Attivazione degli ambulatori Immigrati, attivazione nuovo Poliambulatorio di Berceto, attivazione Centro Prelievi a Solignano, spesa Farmaceutica, Vaccinazione, antinfluenzale</li> </ul>

**I Comitati di Distretto e la realizzazione delle Lauree in Infermieristica**

La fattiva collaborazione dei Comuni di Borgo Val di Tarò e Fidenza, ha reso possibile il parziale superamento di difficoltà dell'Azienda relativa alla carenza di personale infermieristico. 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

Tarò e poi a Fidenza, già sedi in passato di scuola per infermieri, una sede distaccata dall'Università degli Studi di Parma dello specifico corso di laurea. Il progetto è stato condiviso da subito sia dall'Università di Parma che dalle Amministrazioni Comunali di Borgo Val di Tarò e Fidenza. 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 Tarò è una realtà ormai consolidata.

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.	Sviluppi di carriera
2001/2002	21	2003/2004	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2002/2003	7	2004/2005	si sono attivati i bandi per le loro assunzioni
2003/2004	3	2005/2006	
2004/2005	17	2006/2007	di cui 3 provenienti dalla Provincia di Nuoro *
2006/2007	9	2008/2009	

\*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 attivato, 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 Tarò relativo all'anno 2006 è pari ad € 17.862,79.

Dati su sede Fidenza:

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.	Sviluppi di carriera
2003/2004	11	2005/2006	
2004/2005	7	2006/2007	
2005/2006	17	2007/2008	di cui 1 proveniente dalla Provincia di Nuoro *
2006/2007	23	2008/2009	

\*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 € 45.582,63 per l'anno 2006.

**I Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso un approccio comunitario ponendo al centro la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini**

Il percorso attraverso il quale hanno preso vita i Piani per la Salute si snoda ormai da alcuni anni e ha visto,

sui vari tavoli attivati, il coinvolgimento di una pluralità di attori (enti pubblici e privati, soggetti istituzionali e non, organizzazioni professionali e di categoria, associazioni di volontariato, etc.). Il nodo centrale dei PPS risiede nella ricerca di un nuovo modo di promuovere la salute, così come viene definita dall'OMS e cioè come "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità". Il territorio provinciale di Parma aveva espresso, a suo tempo, sette temi prioritari, di cui tre avevano dimensione provinciale:

- Sicurezza alimentare
- Sicurezza sul lavoro
- Sicurezza stradale

Quattro, invece, i temi prescelti dai rispettivi ambiti distrettuali:

- Qualità dell'aria, nel Distretto di Parma
- Sicurezza in casa, nel Distretto di Fidenza
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari, nel Distretto Sud Est
- Sicurezza alimentare nelle giovani generazioni, nel Distretto Valli Tarò e Ceno.

Per quanto attiene ai tre temi di rilevanza provinciale, nell'anno 2006 i progetti avviati hanno visto un apprezzabile avanzamento. In particolare, riguardo alla sicurezza alimentare, i risultati dei lavori svolti sono stati presentati e pubblicati in un apposito seminario "Sicurezza Alimentare. Presentazione degli elaborati del gruppo di lavoro della provincia di Parma", il 10 ottobre 2006, che ha consentito di fare il bilancio della conclusione del programma. Riguardo al tema Sicurezza Stradale, il progetto prosegue soprattutto per quanto attiene a due specifici target: quello dei giovani e quello degli anziani (che rappresentano due fasce di popolazione particolarmente esposte al rischio di incidenti stradali). In particolare:

- è stata avviata la ricerca-intervento: "Giovani e percezione del rischio", volta ad accrescere nei giovani la consapevolezza dei gravi rischi connessi alla guida, attraverso la somministrazione di questionari nelle classi prime e quarte delle scuole superiori di Parma e provincia. La ricerca è stata illustrata nella giornata del 22 novembre 2006, all'interno del progetto "Prove di volo"
- "Bimbi a bordo": è stato ultimato un CD riguardante i mezzi di trattenuta per bambini;
- è stato concluso il progetto "Monitoraggio mirato incidentalità in provincia di Parma" da parte dell'Amministrazione Provinciale di Parma, che prevede la realizzazione di un approfondimento sul fenomeno e sulle sue conseguenze in termini di danni alle persone, ponendo particolare attenzione alle così dette "fasce deboli" (giovani, anziani, minori trasportati, ecc.);
- è stata avviata la ricerca-intervento "Per non farsi male" che prevede la realizzazione di colloqui psicologici mirati, presso il Pronto Soccorso, con giovani che vi ricorrono a causa di un incidente;
- "Sulla strada della sicurezza" è stata promossa l'attivazione di corsi di sensibilizzazione rivolti ai ragazzi

con sospensione della patente per stato d'ebbrezza; - "Arriva vivo! - Arrive alive!". Il progetto procede e sono stati avviati contatti anche con gli Assessori Provinciali delle Politiche per la Sicurezza e protezione civile e della Gestione viabilità provinciale -Trasporti e Motorizzazione.

Rispetto al tema Sicurezza sul lavoro, le iniziative realizzate nel 2006 già segnalate nel paragrafo della sicurezza sul lavoro oltre all'attuazione di un progetto dedicato ai lavoratori su strada (camionisti, padroncini, ecc.), volto a porre particolare attenzione all'interazione tra diversi aspetti che possono incidere sulla sicurezza del lavoratore, quali: infortuni sul lavoro, sicurezza stradale, stili di vita (alimentazione corretta per evitare i colpi di sonno, uso e consumo di bevande alcoliche, etc.).

Inoltre, all'interno della progettualità 2005/2007, sono stati avviati tre nuovi programmi:

- Prevenzione del disagio giovanile (Prove di volo)
- Promozione di stili di vita sani
- Competenza educativa: fattore di qualità per la promozione della salute/Metodologia Ponte

Per quanto riguarda il programma Prove di volo, viene illustrato nella sezione 7.

Per quanto concerne il programma Promozione di stili di vita sani, esso comprende diversi progetti:

- Migliorare la qualità dei prodotti nei distributori automatici presenti nelle varie sedi di aggregazione collettiva di aziende sanitarie e altri enti pubblici. Ha già avuto una prima realizzazione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed è giunto alla prima fase operativa nell'Azienda USL
- La prevenzione del rischio cardiovascolare in provincia di Parma". Il progetto è arrivato a un livello di definizione completa dal punto di vista della pianificazione progettuale. Manca il passaggio alle fasi operative in quanto vanno ancora discussi e definiti i costi complessivi di attuazione.
- Provincia senza fumo. Le azioni principali del 2006 del progetto riguardano diversi sotto progetti. Sotto progetto Scuola: 30 ore nell'anno scolastico di prevenzione primaria presso gli Istituti Liceo Scientifico Marconi, Liceo Ulivi, Istituto per Geometri Rondani, IPSIA; formalizzazione di un rapporto di collaborazione con la sezione locale della Lega Nazionale per la Lotta contro i Tumori per la prevenzione scolastica, elementare e media inferiore. Sotto progetto Centri Antifumo: pubblicazione di articolo scientifico sull'attività del Centro Antifumo di Parma sull'organo ufficiale nazionale della Società Scientifica di Tabaccologia (raggiunta la cifra di ottocento fumatori circa che si sono rivolti alla struttura); ridefinizione della convenzione tra AUSL ed Azienda Ospedaliera e Università sul Centro Antifumo provinciale. Sotto progetto Luoghi di Lavoro liberi dal Fumo: partecipazione AUSL di Parma al Concorso nazionale " Smetti e Vinci " e coinvolgimento locale dell'Azienda Glaxo Smith Kline come luogo di lavoro per la promozione dell'astensione dal fumo nell'ambito dello stesso concorso; partecipazione del referente provinciale alla formazione

nazionale sul tabagismo promossa dal Ministero della Salute e rivolta ai decisori regionali; comunicazione scientifica al Convegno " Ruolo del medico del lavoro nella prevenzione del tabagismo ".

- Promuovere una buona alimentazione per la qualità di vita dell'anziano nelle strutture residenziali. Sono stati attivati e realizzati corsi ed attività di formazione rivolti ai responsabili delle strutture, al personale addetto alle cucine e al personale di assistenza degli ospiti.
- Promuovere l'attività fisica e lo sport. Il progetto prosegue secondo le azioni previste. In particolare, riguardo alla popolazione anziana, un'attenzione particolare è stata rivolta agli ospiti di case protette e case di riposo per quanto riguarda la parte dedicata alla corretta mobilitazione.

### Universalità ed equità di accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti

Facilitare l'uso appropriato dei servizi, è strategico al fine di rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti. Risulta altrettanto necessario però rendere accessibili e fruibili a tutti, l'accesso alle prestazioni qualitativamente adeguate, utilizzando anche le competenze delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento e per valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. Questo sistema rende così possibile il realizzarsi tra cittadine e servizi di una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita che sia di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

### 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 una opportunità comuni: il miglioramento della qualità tecnica dei servizi offerti e la sostenibilità economica degli stessi. Il Piano Attuativo Locale 2005-2007 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 assistenziale della provincia di Parma si

colloca ed i riferimenti con cui si confronta. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, calcolato per l'anno 2005 (comprensivo del dato di mobilità passiva extraregionale), evidenzia come la provincia di Parma si collochi in coincidenza quasi perfetta con la media regionale (188,01 ricoveri per mille abitanti contro 187,96 di media regionale; differenza + 0,05 per mille).

L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture, indicatore fondamentale per l'analisi del grado di autosufficienza territoriale, consente di evidenziare che il territorio della provincia di Parma annovera l'Azienda Ospedaliero - Universitaria a cui ricorre la maggior quota di cittadini della provincia (nel 2005, il 51,59% dei ricoveri della popolazione parmense sono stati registrati in Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma); il complesso delle strutture ospedaliere pubbliche della provincia registra l'85,05% dei ricoveri di residenti, a confronto con una media regionale dell'82,11%.

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 2006 la rete ospedaliera della provincia di Parma (pubblica e privata accreditata) attestata su un lusinghiero 89,44%, a fronte di un 84,57% di media regionale. Si può considerare questo dato, oltre che indicatore di appropriatezza, anche indicatore di innovatività organizzativa del sistema ospedaliero provinciale. L'attuazione del primo PAL della provincia di Parma, la cui scansione temporale è andata ben oltre il triennio di riferimento, estendendosi dal 1997 al 2004, ha impegnato le Aziende USL ed Ospedaliero - Universitaria di Parma in interventi di amplissima portata, quali ad esempio:

- l'omogeneizzazione dei livelli di offerta e di consumo nel settore dell'assistenza ospedaliera e la riconversione di risorse ospedaliere in assistenza territoriale;
- la realizzazione di un'adeguata offerta di ricovero nei settori della riabilitazione della lungodegenza post-acuzie;
- l'aumento dell'offerta di prestazioni in ambiti specialistici critici e di assistenza domiciliare integrata;
- l'orientamento dei rapporti di fornitura con gli ospedali pubblici e privati accreditati della rete provinciale verso riconversioni produttive finalizzate al riequilibrio del sistema.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, nel 2006, ha completato la complessiva riorganizzazione dipartimentale dei due Presidi Ospedalieri a gestione diretta, costituendo anche a Borgo Val di Taro Dipartimenti per aree omogenee medica e chirurgica. 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 Fidenza, si sono perfezionati nel 2006, con il completamento del progetto di riconversione dello stabilimento ospedaliero di San Secondo Parmense. Nel 2006, infatti, è avvenuto il completamento della dotazione di posti letto di lungodegenza (da 25 a 40) ed è terminato il recupero della parte storica monumentale, per collocarvi le attività distrettuali.

### Ospedale di Fidenza - San Secondo

L'obiettivo perseguito nel 2006 di consolidare lo sviluppo dell'attività dell'ospedale è stato raggiunto con un incremento ulteriore dell'attività che si aggiunge alla significativa crescita realizzata nel 2005 (nel 2006 si è avuto un incremento di attività pari al 1,88% rispetto al 2005). Tali risultati sono stati conseguiti in un quadro di nuova e crescente assunzione di responsabilità ed autonomia decisionale da parte dei Direttori di Dipartimento in capo ai quali è posto il Governo Clinico nel quadro dell'attuazione delle direttive regionali di cui alla L.R. 29/2004. Particolarmente significativo è stato il raggiungimento dell'obiettivo dell'accreditamento istituzionale dell'ospedale conseguito a seguito delle verifiche positive della Regione (Decreto dell'Assessore regionale Politiche per la salute n. 56 del 05/12/2006), anche grazie al forte coinvolgimento di tutto il personale della struttura. Sono stati inoltre individuati, attivati e sono in fase di inserimento nelle disponibilità del sistema informatico CUP n° 13 Pacchetti Ambulatoriali Complessi e/o di DSA sviluppati nel Presidio Ospedaliero. Oltre agli obiettivi di salute e di produzione che si seguono si indicano sinteticamente, l'ospedale ha significativamente raggiunto obiettivi di carattere gestionale attraverso un'opera di informazione e di sensibilizzazione di tutti i Responsabili di Struttura Complessa con particolare riguardo ai Direttori di Dipartimento in capo ai quali è stato posto il Governo Clinico della domanda e della offerta, pur in presenza di un incremento di produttività e di utilizzo di nuove tecniche.

### Dipartimento delle chirurgie

- Chirurgia: è stato realizzato un maggiore utilizzo di nuove tecniche quali la chirurgia laparoscopica
- sostanziale conferma della numerosità degli interventi di chirurgia ortopedica rispetto al 2005 nonostante alcune criticità intervenute in corso d'anno nella disponibilità di personale medico
- incremento attività ostetrica con l'obiettivo di raggiungere i 700 parti nel biennio 2006 - 2007: il numero dei parti del 2006 è di 605 e del 2005 è di 526, per cui si evidenzia un trend positivo con incremento del +14%
- sono state avviate tutte le procedure interne per l'applicazione di metodiche di uso razionale del sangue
- è stato rimodulato il percorso di assistenza al paziente pediatrico che accede per cure urgenti alle strutture ospedaliere attraverso una più stretta collaborazione con il sistema territoriale delle cure pediatriche

### Dipartimento delle medicine

- è stato predisposto specifico percorso diagnostico-terapeutico mirato alla gestione del dolore toracico nel quadro della Commissione cardiologica provinciale
- partecipazione al progetto interaziendale sulla telecardiologia
- miglioramento dell'assistenza ai malati oncologici attraverso una integrazione dei percorsi del Day hospital

oncoimmunoematologico ospedaliero, dell'Hospice territoriale e dell'assistenza al domicilio

### Dipartimento di emergenza -urgenza

- sono stati attivati i n° 6 posti letto di Medicina d'urgenza, aggiuntivi rispetto agli 8 del 2005, in conformità agli indirizzi del PAL.

### Unità operativa di diagnostica per immagini

- è stata definita l'acquisizione di professionalità specifiche per ampliare l'offerta nel quadro della T.C. coronaria
- L'Unità operativa di Radiodiagnostica è entrata a far parte del Progetto "Impatto diagnostico della Tomografia computerizzata Multistrato (16 strati e superiori) nella malattia coronaria"

### Lungodegenza post acuzie e riabilitazione

È stato attivata la riorganizzazione della LDPA di San Secondo che prevede la gestione clinico assistenziale a responsabilità infermieristica. Dal mese di aprile 2006, inoltre, è stata garantita la completa apertura di tutti i n. 40 posti letto di LDPA-RE disponibili nello stabilimento ospedaliero di S. Secondo.

### Ospedale di Borgo Val di Taro

Nel 2006 si è realizzato un ulteriore e rilevante obiettivo nella qualificazione dell'ospedale, nel miglioramento delle strutture, della loro sicurezza, della dotazione tecnologica e del confort dei pazienti. Sono state infatti completate le nuove sedi delle Unità Operative di Chirurgia Generale e di Ostetricia e Ginecologia, che consentirà di collocare su un unico piano tutte le strutture afferenti al Dipartimento Chirurgico, in contiguità con il Comparto Operatorio Centralizzato. La nuova organizzazione dell'ospedale, definita nel 2005, è stata consolidata con il coinvolgimento di tutto il personale e sono stati definiti strumenti di gestione e controllo a supporto della nuova organizzazione dipartimentale con reports periodici di contenuto gestionale. È stato poi avviato il percorso di formazione per l'avvio della procedura di accreditamento dell'ospedale. Sono proseguite tutte le collaborazioni tra l'ospedale ed il Distretto Valli Taro e Ceno, con riferimento sia alla erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali in tutte le discipline presenti, sia alla erogazione del complesso delle consulenze previste per il Centro Residenziale per Cure Palliative "La Valle del Sole" (Hospice), sia alla erogazione di terapia antalgica a domicilio.

### Dipartimento medico e diagnostico

- è stata attivata una funzione aziendale di epatologia con attività anche presso l'ospedale di Fidenza - San Secondo
- è stato consolidato lo sviluppo della funzione di tele-

- cardiologia già avviata in collegamento con le strutture residenziali del territorio e collaborazione all'avviamento della funzione nell'ambito del progetto provinciale "infarto miocardico acuto"
- è stato prodotto il Prontuario Aziendale degli antibiotici
  - day hospital oncologico: sviluppo della funzione, attraverso un ulteriore reclutamento di pazienti residenti nel Distretto Valli Taro-Geno, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
  - infettivologia: erogazione delle attività di consulenza richieste in sede aziendale
  - prelievo del sangue cordonale per l'utilizzo di cellule staminali: è proseguita con regolarità e costanza l'attività di prelievo del sangue cordonale per l'utilizzo di cellule staminali, in collaborazione con l'Unità Operativa di Immunoematologia e TrASFusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
  - Punto di Primo Intervento con funzione di Pronto Soccorso e OBI: in coerenza con le indicazioni contenute nel PAL si è proceduto nel II° semestre, ad attuare le prime azioni di riorganizzazione delle funzioni e delle attività del Punto di primo intervento con funzione di P.S. e OBI, volte a sviluppare il miglioramento dell'integrazione con l'attività di soccorso territoriali.

#### Dipartimento chirurgico

- chirurgia artroscopica: l'attività è proseguita ad alti livelli qualitativi con un incremento di valore
- chirurgia del piede (funzione aziendale): è stata garantita l'attività dell'ambulatorio attivato presso il Presidio di Via Pintor a Parma
- chirurgia videolaparoscopica: il progetto è stato avviato, con pieno conseguimento anche dell'obiettivo prestazionale
- chirurgia vascolare periferica: avvio dell'attività, nell'ambito della chirurgia generale in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- azioni positive per "l'ospedale senza dolore" e terapia del dolore a domicilio: l'attività di terapia del dolore del Servizio di Anestesia si è estrinsecata su tutti gli ambiti dell'assistenza ospedaliera.

#### Accordi interaziendali

##### L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

- L'Accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per il triennio 2005/2007, ha fissato i seguenti obiettivi:
- la promozione dell'appropriatezza d'uso dei servizi ed dell'efficacia delle cure, sia in termini di ricovero che di durata di degenza;
  - il miglioramento della qualità degli interventi;
  - lo sviluppo di un sistema ospedaliero provinciale integrato, con il coinvolgimento migliore delle strutture ospedaliere private accreditate a contratto di fornitura;

- l'inserimento delle attività e delle prestazioni ospedaliere in un contesto operativo di rete tra le strutture ospedaliere provinciali e regionali (secondo il modello regionale hub and spoke), con il pieno coinvolgimento dei servizi territoriali;
- la prosecuzione del percorso di riconversione di parte dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario in modalità di degenza/assistenza più appropriate ed a minor costo;
- la 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.

Sono state concordate azioni specifiche per il 2006 che hanno permesso di accompagnare lo sviluppo e l'ulteriore qualificazione dell'attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, pur permanendo ambiti nei quali l'integrazione e la collaborazione può consentire di migliorare l'assistenza ed assicurare la continuità assistenziale ai cittadini di Parma. Nel corso del 2006 le collaborazioni sono state soprattutto incentrate sul perfezionamento dei rapporti di rete integrata nel campo delle malattie croniche a maggiore impatto epidemiologico sulla popolazione.

- In particolare, sono state condotte azioni specifiche per:
- definire protocolli terapeutici integrati per patologia nei percorsi dei pazienti oncologici;
  - realizzare il decentramento della Terapia Anticoagulante Orale, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
  - realizzare il sistema integrato della terapia del diabete;
  - costituire un coordinamento interaziendale per garantire la continuità dei percorsi assistenziali nelle gravi cerebrolesioni acquisite in età adulta (GRACER).

#### Università degli studi

La collaborazione principale con l'Università agli studi di Parma riguarda l'utilizzazione 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.

- 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 Pediatria, in Ortopedia e traumatologia;
  - l'acquisizione di prestazioni di laboratorio non svolte da laboratori aziendali.

Con il Dipartimento di Psicologia dell'Università agli studi di Parma l'Azienda ha in corso una collaborazione per lo sviluppo di percorsi formativi nelle aree della integrazione socio-sanitaria e nella promozione del benessere della popolazione (in particolare l'area dei minori e del disagio giovanile) e della promozione del benessere psicologico in ambiente ospedaliero soprattutto nei reparti di lungodegenza. La convenzione prevede, inoltre, attività congiunte per interventi neuropsicologici indirizzati

ad utenza con problemi collegati a patologie degenerative, in particolare demenze, per la supervisione di operatori educativi e nell'area della continuità assistenziale nella rete delle cure palliative.

È stata infine avviata una "Ricerca azione", in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Parma, la Unità operativa di Neuropsichiatria dell'Ausl, l'Assessorato alle Politiche scolastiche del Comune di Parma, sulla individuazione precoce dei disturbi di apprendimento e dei possibili precursori degli stessi nella fase di sviluppo del linguaggio, in bambini da 1 a 3 anni, provenienti da nuclei familiari migranti caratterizzati da bilinguismo: "Dalla lingua di casa alle lingue del mondo".

#### L'Azienda USL di Piacenza

È proseguito e si è sviluppato l'accordo di collaborazione siglato nel 2005 con l'Azienda USL di Piacenza, per l'integrazione funzionale tra lo stabilimento ospedaliero di Fidenza e lo stabilimento ospedaliero di Fiorenzuola, in ambiti dove la duplicazione dei servizi costituirebbe una inutile ridondanza dell'offerta, per bacini d'utenza comuni. Nel 2006, detta collaborazione si è sviluppata soprattutto attraverso la collaborazione dell'Unità Operativa di Neurologia di Fidenza, nei confronti dello stabilimento ospedaliero di Fiorenzuola; e della Struttura semplice di otorinolaringoiatria dello stabilimento ospedaliero di Fiorenzuola, nei confronti dello stabilimento ospedaliero di Fidenza.

#### I Contratti di fornitura con soggetti privati accreditati

Per tutti gli ospedali privati accreditati della provincia il 2006 è stato sostanzialmente un anno di consolidamento rispetto all'attività di assistenza ospedaliera con la conferma dell'obiettivo di promozione ed attenzione all'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, dei ricoveri in regime ordinario e day-hospital. In tal senso è stato concordato il riorientamento verso l'attività in regime ambulatoriale di attività svolte in precedenza in regime di ricovero quali la decompressione del tunnel carpale e la terapia chirurgica della cataratta, litotripsia extracorporea delle grandi articolazioni. Anche nel 2006 è stata confermata l'importante collaborazione con il Centro Don Gnocchi, frutto di un accordo con l'Università degli Studi e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per l'attività di riabilitazione cardiologia. Con le istituzioni locali e la Casa di Cura Val Parma è stato raggiunto un importante accordo che definisce lo sviluppo per i prossimi anni di un importante presidio sanitario a favore dei cittadini del Distretto Sud Est che ha previsto per l'anno 2006 l'effettuazione di prestazioni di RMN Muscoloscheletrica, Radiologia senologica (mammografia, visita, ecografia), il potenziamento delle prestazioni ambulatoriali cardiologiche con particolare riferimento alle prestazioni di ecocolor Doppler.

#### Percorsi per l'accreditamento e la qualità

L'accreditamento e la qualità sono due aspetti dello stesso tema, l'uno con risvolti esterni, istituzionali (verso la Regione) e di garanzia per i cittadini, l'altro come tensione aziendale al miglioramento continuo. Nel 2006 l'attività si è strutturata su entrambi i versanti.

#### L'Ospedale di Fidenza

L'obiettivo dell'accreditamento, per gli importanti risvolti insiti nello stesso, ha costituito nel 2006 il maggiore elemento di attrazione delle potenzialità interne al Presidio ospedaliero divenendo, pertanto, il principale obiettivo del Piano delle Azioni. Tutto il personale del Presidio è stato fortemente coinvolto nel processo di accreditamento: ha svolto numerosi incontri di formazione e informazione volti a definire percorsi interni ed esterni all'ospedale, ha partecipato agli audit interni. La visita di accreditamento, svoltasi nel mese di luglio 2006, ha avuto un risultato positivo con i complimenti della commissione. L'ospedale di Fidenza è stato pertanto accreditato nella sua completezza. Il Decreto di Accreditamento della Regione Emilia Romagna è il n. 56 del 05/12/2006.

#### L'Ospedale di Borgo Val di Taro

Sono stati avviati i primi incontri formativi/informativi con il personale del comparto e con la dirigenza medica e infermieristica per iniziare a porre le basi del processo di accreditamento. Tale percorso formativo, il cui programma è già stato definito, si svolgerà partendo dai primi mesi del 2007.

#### Il Dipartimento di Sanità Pubblica

Sono state definite e messe a punto alcune procedure prioritarie per l'attività dei servizi. In particolare Unità Impiantistica, Servizi Igiene Pubblica, Servizi Veterinari, Servizio Prevenzione e Sicurezza sul lavoro mentre sono state riviste alcune procedure esistenti. Sono state definite le procedure e predisposti i documenti per procedere agli audit nei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e Veterinari, svoltisi nel mese di luglio. È stato definito un progetto di formazione sui temi della qualità accreditata da realizzare in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale.

#### Il Dipartimento di Salute Mentale

Ottenuto l'accreditamento istituzionale, il Dipartimento di Salute Mentale è impegnato nello sviluppo della metodologia che ha portato al soddisfacente risultato citato, con particolare attenzione al superamento delle criticità riscontrate ed allo sviluppo organizzativo coerente con gli obiettivi del PAL. In tale ambito si procederà alla verifica e all'aggiornamento dei "prodotti" della N.P.I.A., e alla prosecuzione della partecipazione alle attività

regionali per lo sviluppo della qualità nell'ambito della ricerca sugli "standard di prodotto". All'interno dello sviluppo e perfezionamento degli organi di governo del Dipartimento Salute Mentale, si collocano le iniziative atte a consolidare il ruolo del Comitato Consultivo Misto per la Salute Mentale, come momento di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista del cittadino utente.

## II SERT

Per il SERT è stato avviato il percorso formativo/informativo rivolto sia a tutto il personale che al nucleo operativo scelto per diventare il fulcro di tutto il sistema di accreditamento secondo un programma che porterà alla visita istituzionale di verifica da parte della Regione entro il 2007.

## 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. È stato perfezionato il percorso di accreditamento con la realizzazione di alcuni audit interni, la definizione del manuale di accreditamento, dei prodotti, dei processi di lavoro, delle procedure e del sistema di monitoraggio e controllo, in previsione della visita di accreditamento.

## L'autorizzazione al funzionamento (L.R. 34/98)

Il 2006 è stato dedicato alla rivisitazione dei percorsi per rendere omogenea l'applicazione, su tutto il territorio provinciale, di criteri condivisi e rivalutare per ciascun distretto lo "stato dell'arte", congiuntamente al Servizio Attività Tecniche e al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e ai singoli datori di lavoro, creando una base dati comune e condivisa.

## L'Odontoiatria

Parallelamente al percorso di accreditamento delle strutture private, si sta procedendo al perfezionamento di percorsi comuni e omogenei per l'accreditamento delle strutture aziendali. Oltre all'autorizzazione al funzionamento, si stanno definendo procedure comuni per raggiungere il traguardo dell'accreditamento.

## La prevenzione individuale

### Le visite medico collegiali

I tempi di attesa per l'accertamento dell'invalidità civile e riconoscimento dell'handicap sono pari a 100 giorni a fronte di un ulteriore aumento delle domande; per mantenere tali tempi in tutti i Distretti si è provveduto ad aumentare la programmazione delle visite collegiali.

Ogni tre mesi viene effettuato un monitoraggio della situazione per poter consentire la messa in atto di eventuali aggiustamenti.

Numero invalidità riconosciute Anno 2006						
	<100%	100% senza accomp.	Accomp. <65	Accomp. >65	Indenn. frequenza	Totale
Parma	1.581	1.043	221	822	62	3.729
Fidenza	776	627	163	738	47	2.351
Sud Est	510	468	65	457	37	1.537
Valli Taro e Ceno	435	250	70	340	5	1.100
Totale	3.302	2.388	519	2.357	151	8.717

Per quel che attiene i riconoscimenti della Legge 104/92 (handicap) le visite sono state 3.848.

Le visite collegiali domiciliari effettuate:

Parma	232
Fidenza	366
Sud-Est	170
Valli TC	86

per un totale di 854. Sono quindi aumentate dal 2005 al 2006 dell'8,8%.

## Le attività vaccinali

Nel corso del 2006:

- applicazione del nuovo calendario vaccinale a partire dal 1° gennaio 2006;
- prosegue l'attuazione del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e rosolia congenita;
- prosecuzione del piano morbillo con conclusione della 2° fase del recupero suscettibili sup. al 90%;
- costituzione di gruppo interaziendale per approntare la strategia di eliminazione della rosolia congenita. L'obiettivo è quello di mantenere l'incidenza di tale patologia a valori inferiori a un caso ogni 100.000 nati vivi;
- mantenimento delle coperture per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia sup. al 98%;
- consolidamento delle coperture per le vaccinazioni facoltative dell'infanzia con valori pari al 97% per pertosse e haemophilus;
- rimane inferiore allo standard regionale (pari al 95%) la copertura antimorbillosa al 24° mese che è aumentata intorno al 90%.

In relazione alla campagna vaccinale antinfluenzale è stata consolidata la collaborazione con i MMG e PLS. 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 acquistate 101.000 dosi di vaccino: 70.326 delle quali sono state somministrate 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 altre situazioni di allarme per la popolazione il livello di copertura si è mantenuto costante.

## Le attività di Screening

Il programma regionale di prevenzione oncologica attraverso l'offerta attiva di test di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (pap test) e della mammella (mammografia) è iniziato nel 1997 ed anche nella nostra realtà è giunto al quarto round di chiamata.

I risultati sono soddisfacenti in quanto la percentuale di adesione si è confermata anche nel 2006 al 65% in entrambi i programmi.

Gli indicatori di risultato confermano una notevole percentuale di riscontro di lesioni non palpabili, indice di diagnosi precoce, e conseguentemente, di interventi conservativi: le mastectomie radicali, per esempio, sono ormai attestate sotto il 4% del totale dei tumori diagnosticati in corso di screening.

Gli obiettivi 2006 sono stati indirizzati ad ampliare l'offerta di attività diagnostica, in particolare nel Presidio Ospedaliero di Fidenza viene effettuata attività di diagnostica strumentale attraverso risonanza magnetica, oltre a miglioramenti di carattere organizzativo e di supporto con l'individuazione di una responsabilità organizzativa unitaria di tutti i programmi di screening e il miglioramento dei supporti informativi e informatici. Per quanto riguarda lo screening colon retto (ricerca di sangue occulto nelle feci), avviato nel 2005, è proseguito l'attuazione del programma con i caratteri del coordinamento con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed il coinvolgimento degli enti locali e del volontariato nell'attività di sensibilizzazione e di distribuzione dei test. Nel 2006, in particolare:

- è proseguita l'attività per mantenere il livello delle chiamate in linea con la programmazione che prevede la fine del primo round di chiamata nel mese di marzo 2007, con un'adesione del 51,9% che si considera buona rispetto alle previsioni della Regione;
- sono stati definiti i percorsi e i protocolli operativi di secondo e terzo livello per la presa in carico dei soggetti con sangue occulto nelle feci (FOBT) positivo;
- è stato attuato, nei modi e nei tempi previsti dal documento regionale, il protocollo di intervento per i parenti di primo grado dei soggetti con tumore colon rettile.

## La prevenzione collettiva

### Lavoro sicuro

Il contrasto degli infortuni sul lavoro è uno degli obiettivi che ha caratterizzato le azioni del Dipartimento di Salute Pubblica, e dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro in particolare, negli ultimi anni.

Non solo adesione agli obiettivi definiti dalla programmazione politica regionale di riduzione del 10% dell'indice di incidenza nei comparti a maggiore rischio (Agricoltura, Edilizia, Metalmeccanica, Legno e Sanità), ma impegno consapevole sulla necessità di individuare nuove e più appropriate strategie per fronteggiare un fenomeno che a Parma assume i connotati di vero "problema di salute" in considerazione di un andamento preoccupante, con indici di incidenza sempre superiori al dato medio regionale. Oltre ad orientare la propria pianificazione sulla riduzione degli infortuni nei settori produttivi di interesse regionale, sfruttando appieno ed in modo equilibrato gli strumenti della vigilanza e dell'assistenza, si sono dedicati sforzi notevoli per ricercare, su questa tematica, alleanze e convergenze. Si è cercato di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione di ampi strati del tessuto sociale locale, stimolando il confronto e sviluppando sinergie, attraverso il meccanismo della "concertazione", ritenuta indispensabile per ottenere risultati misurabili su un evento, l'infortunio sul lavoro, che riconosce fattori causali complessi e diversificati.

La carta della concertazione è stata giocata su più tavoli:

- quello specifico e più evidente dei Piani Per la Salute, nell'ambito del programma provinciale "sicurezza sul lavoro";
- quello del metodo di lavoro dei Servizi PSAL, diventando, di fatto, patrimonio esportabile nella quotidiana operatività.

## Attività distrettuale

### Lo sviluppo delle Cure Primarie

Le cure primarie rappresentano il sistema di cure erogate 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. Si tratta di un modello integrato di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche e 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.

I principali ambiti delle Cure Primarie 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

Questa assistenza si svolge nei 21 Nuclei delle Cure Primarie presenti nell'Azienda USL di Parma ove, oltre ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici di Continuità Assistenziale, operano altre figure professionali quali infermieri, assistenti sanitarie, ostetriche, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, ed altre professioni sanitarie. Il lavoro integrato di queste figure consente di garantire sul territorio una risposta completa di primo livello al cittadino. 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 e rappresentano l'interfaccia tra questi ed il servizio sanitario. Il progetto SOLE - Sanità On Line - si propone di facilitare il dialogo tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i medici specialisti, le Aziende Territoriali ed Ospedaliere ed i cittadini al fine di favorire i processi diagnostico-terapeutici e l'accessibilità ai servizi sanitari, supportando l'operatività dei professionisti sanitari. Il progetto prevede la messa in rete di nuovi servizi a disposizione dei medici di famiglia, degli specialisti (ospedalieri e territoriali), degli operatori sanitari utilizzando la tecnologia internet; in particolare è previsto l'accesso da parte del medico ad una serie di informazioni sanitarie per migliorare il percorso di cura e l'accessibilità del cittadino. Nel primo semestre 2006 sono diventati pienamente operativi gli 8 Medici di Medicina Generale (MMG) collegati raggiungendo ottimi risultati nello sviluppo delle funzioni proprie del Progetto SOLE. Sono state implementate le funzioni relative alla ricezione dei referti di Laboratorio per il Presidio Ospedaliero di Fidenza. Gli indici di attività sul singolo medico (prescrizione, prenotazione e ricezione referti) si collocano a uno standard molto elevato rispetto alla media regionale. Nel corso del secondo semestre 2006, sulle basi della programmazione svolta con la Regione, si è provveduto al reclutamento di un gruppo ulteriore di medici di medicina generale da inserire nel Progetto. I criteri di selezione, condivisi con la Direzione ed i Distretti, hanno privilegiato prioritariamente le medicine di gruppo.

**Gli accordi con i Medici di Medicina Generale**

Nell'ambito delle cure primarie è stato siglato il protocollo, valevole per l'anno 2006, integrativo dell'Accordo triennale 2005-2007 sottoscritto con le organizzazioni sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG, SNA-MI e CUMI-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 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 nell'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 2006:
- in tutti i distretti si è proceduto alla nomina/conferma dei referenti di NCP ed a titolo sperimentale è stato individuato presso il Distretto di Fidenza un medico di medicina generale in staff con il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie; negli altri Distretti, in accordo con le rappresentanze sindacali di categoria, sono stati individuati medici di medicina generale referenti sui progetti di gestione integrata del paziente diabetico tipo 2, di sorveglianza dei pazienti in terapia anticoagulante orale, di semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
  - per quanto attiene i programmi di gestione dei cronici, alla fine del 2006, avevano aderito 214 medici al progetto di gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 e 45 al progetto di sorveglianza del paziente in terapia anticoagulante orale;
  - la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale per assistito pesato nel 2006 ha ridotto la differenza con la media regionale di € 8 rispetto al 2005;
  - 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.

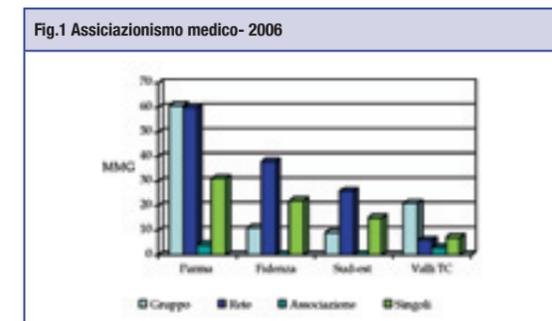
**L'associazionismo medico**

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; è 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.

Tre forme di associazionismo:

- 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, in rete.

- 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. L'associazionismo è un'opportunità in più per offrire ai cittadini, una maggior fruibilità ed accesso ai servizi sanitari, ai Medici di Medicina Generale un'occasione di arricchimento reciproco, di scambio di informazioni e pareri. 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 2006 239 medici, pari al 76% del totale, operavano in forma associata e di questi il 42,7% (pari a 102 medici) risultava associata in medicina di gruppo, mentre altrettanto importante è la presenza della forma associativa in rete (54,4%).



A tal fine, l'Azienda Usi 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. Nella sezione 2 sono riportati i dati relativi all'attività del 2006 che evidenziano un consolidamento rispetto all'anno 2005.

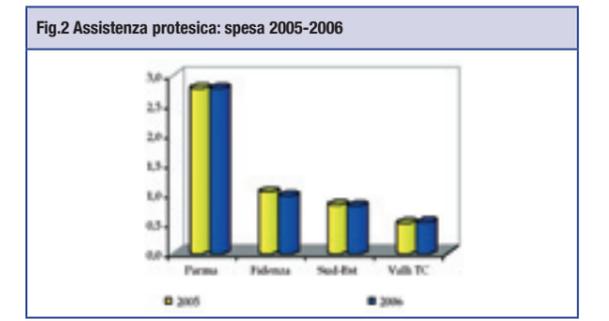
**Call Center pazienti oncologici nel Distretto di Parma**

Il call center per i malati oncologici e le loro famiglie, ha continuato la sua sperimentazione per tutto il 2006. La linea telefonica è attiva tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, dedicata ai famigliari di malati oncologici terminali seguiti dal servizio di assistenza domiciliare del distretto di Parma. La linea telefonica è utile per segnalare necessità urgenti e richiedere l'intervento tempestivo delle diverse professionalità sanitarie - medico di famiglia, personale infermieristico - o, più semplicemente, per ricevere ascolto nelle situazioni di maggiore difficoltà. Alle chiamate, risponde un volontario dell'Assistenza Pubblica o dell'Avoprorit, adeguatamente formato.

**L'assistenza protesica**

Le prestazioni di assistenza protesica sono individuate e definite nelle modalità di erogazione dal DM N° 322 del 27 agosto 1999 e sono rappresentate da:

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



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 e cui è rivolta ed efficienza rispetto alle risorse impiegate. Si evidenzia una sostanziale 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 2006 del 1,19% rispetto al 2005. 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 19/06/02, 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 saranno formalizzate nel corso del 2007.

#### Politica del farmaco

Nel 2006 la Commissione Terapeutica Locale ha rappresentato la sede di elaborazione di orientamenti scientifici che, grazie alla collaborazione dei Medici di Medicina Generale, il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali e al coordinamento con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha consentito di raggiungere buoni risultati. In particolare nel corso dell'anno la Commissione ha provveduto ad aggiornare ed approvare, sulla base di criteri di efficacia clinica, sicurezza e maneggevolezza d'uso, equivalenza terapeutica e rapporto costo/efficacia favorevole, il Prontuario Terapeutico Aziendale che comprende le sostanze ad uso terapeutico e ad uso diagnostico per l'uso nelle Unità Operative Ospedaliere e nei Servizi Territoriali dell'Ausl di Parma (es. MMG, PLS, ADI, NODO). Le principali azioni realizzate e i relativi risultati conseguiti in materia di assistenza farmaceutica, sono proseguite, in collaborazione con il CEVEAS di Modena, sul fronte delle azioni di informazione/formazione ai medici di famiglia, territoriali e ospedalieri, in merito all'appropriatezza prescrittiva di specifiche categorie di farmaci (es. antibiotici, gastroprotettori, anti-ipertensivi), per promuovere un uso corretto dei farmaci e realizzare un contestuale contenimento della spesa farmaceutica. Significativi i risultati raggiunti ampiamente illustrati nel paragrafo 2: spesa 2006: - 2,65%, contro il + 1,88% di media regionale; per un totale complessivo di € 81 milioni e 220 mila, contro i circa 83 milioni del 2005. In ambito ospedaliero sono state realizzate specifiche iniziative di sensibilizzazione e informazione sull'uso dei farmaci, sulla prescrizione alla dimissione (prescrizione dei farmaci del prontuario ospedaliero, per principio attivo o per classi omogenee, aderenza alle note AIFA) e per potenziare la distribuzione alla dimissione, con il coinvolgimento dei Collegi di Presidio e di Dipartimento. È stato raggiunto l'obietti-

vo di ridurre la spesa per farmaci rispetto al 2005. La partecipazione dell'Azienda all'AVEN (Area Vasta Emilia Nord) ha consentito di contenere il trend di spesa per l'acquisto di farmaci: in regime di ricovero, a fronte di un maggior consumo dell'11,1% rispetto al 2005, la spesa è cresciuta del 5,2% (FONTE: Banca dati AFO – Regione Emilia-Romagna).

#### 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: l'adeguamento dell'offerta, il governo della domanda e 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 nel 2005 che hanno trovato una prima attuazione nel corso del 2006. Si tratta del Piano Attuativo Locale relativamente ai capitoli sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e sulle Alte Tecnologie di Diagnostica per immagini e al Programma dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (elaborato con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in attuazione della DGR 293/05).

La logica integrata di questa programmazione triennale ha trovato una sua prima applicazione già nel 2006. Si riportano di seguito le azioni messe in atto ed i risultati raggiunti nel breve-medio periodo:

#### Gestione e adeguamento dell'offerta

Sulla base delle analisi svolte e contenute nei documenti di programmazione si è provveduto già dal 2006 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 si è provveduto ad un adeguamento dell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria operando una committenza puntuale in funzione dell'andamento della domanda prevedendo un potenziamento per le prestazioni con criticità ed un mantenimento dei livelli quali-quantitativi per quelle non critiche. Obiettivo di tale accordo era non solo il miglioramento dell'accessibilità degli utenti alle prestazioni critiche ma anche la riduzione della mobilità passiva. Un forte intervento di riconversione e potenziamento si è avuto anche attraverso i contratti con le strutture private accreditate. In particolare l'incremento di prestazioni offerte da parte delle strutture private accreditate ha riguardato da un lato un forte incremento di prestazioni di diagnostica strumentale, con forte prevalenza per la RMN, che ha comunque coinciso con la loro disponibilità sulla rete del CUP provinciale. Gli interventi hanno riguardato anche le visite a maggiore criticità: cardiologica, endocrinologia, oculistica, dermatologica, ORL e Neurologica.

#### 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, alla ha visto coinvolti professionisti dell'Azienda Usl di Parma, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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. Tale progetto ha ottenuto una segnalazione nell'ambito del Forum PA di Roma (7 maggio 2006). La scheda è stata avviata presso il Day Service di Colorno.
- perfezionare le singole agende differenziando le fasce di accesso (prime visite e controlli)
- avviare di 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 ed effetti

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 ha consentito di ottenere significativi risultati rispetto alle prestazioni critiche.

#### Area della salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale nell'anno 2006 ha orientato la propria attività a favore di una più ampia integrazione tra aree disciplinari affini e tra ambiti istituzionali e sociali extra aziendali coinvolti nello sviluppo delle politiche per la salute mentale, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

#### Area salute mentale adulti

È stato avviato, nel quadro di una forte integrazione fra PAL Sociosanitario e Piani sociali di Zona, il Progetto "Prove di volo" illustrato nella Sezione 7, finalizzato alla costruzione di un Piano per la salute dedicato al mondo giovanile, con particolare riguardo alla prevenzione del disagio emotivo e alla sua presa in carico precoce. Anche al fine di limitare i rischi correlati di derive psicopatologiche nei quadri evolutivi, è stata avviata la partecipazione al "focus group" trasversale per la formazione specifica di dirigenti, afferenti a diverse Aree, impegnati nel trattamento del disagio in fasce di età giovanili e adolescenziali. L'iniziativa è finalizzata a sviluppare collegamenti funzionali tra i Servizi per l'adolescenza, quelli per i disturbi del comportamento alimentare (progetto "Prove di volo"), mettendo tali interventi al centro della integrazione tra le Aree della Salute Mentale Adulti, della NPIA e del Programma Dipendenze Patologiche. È stato definito il progetto edilizio inerente la collocazione in un unico immobile del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e della Clinica psichiatrica universitaria-ospedaliera. È proseguita l'elaborazione di uno specifico programma per la riqualificazione delle prestazioni e per un migliore collegamento funzionale tra le aree ospedaliere e territoriali nel settore dell'emergenza/urgenza. Ha preso avvio la progettazione operativa per interventi migliorativi della "domiciliarità assistita". Lo sviluppo ed il perfezionamento degli interventi sulla "domiciliarità-assistita" prevede anche la verifica dei risultati riabilitativi rispetto alla "qualità di vita" degli assistiti e della appropriatezza degli interventi, al fine di valorizzare un ambito che rappresenta una peculiarità dei Servizi di Salute Mentale di Parma. Sono state condotte in tutte le sedi distrettuali iniziative ed eventi formativi e/o informativi inerenti il tema dell'integrazione tra il DSM ed i Dipartimenti delle Cure Primarie, in particolare con i Medici di Medicina Generale, attraverso l'applicazione del progetto regionale "G. Leggieri", già in avanzata fase di realizzazione. Nel corso dell'anno sono stati adottati protocolli operativi finalizzati ad un miglioramento della reciproca attivazione tra Servizi. Sono stati avviati incontri di lavoro interdisciplinari per la revisione delle pratiche consuetudinarie dei Centri di Salute Mentale ad anziani ospiti di case di riposo e strutture di accoglienza, come peraltro previsto dallo sviluppo del Programma Aziendale Demenze. Per il Distretto di Parma, sono stati individuati Referenti medici dei Centri di Salute mentale per la prosecuzione delle attività consuetudinarie secondo le modalità concordate.

Nell'ambito del miglioramento continuo della Qualità del DSM, si è costituito un gruppo di lavoro stabile formato dai "facilitatori" a livello Dipartimentale, che lavora in collaborazione con l'Ufficio aziendale per la Qualità, che ha definito le aree di criticità su cui lavorare all'interno delle Unità Operative ed ha avviato gruppi di miglioramento. È stato effettuato il lavoro di revisione del documento di presentazione dell'Unità Operativa di Riabilitazione e sono stati attivati i gruppi di lavoro previsti, finalizzati ad uniformare le modalità di lavoro sui temi degli inserimenti lavorativi, sussidi, supporto ai pazienti e alle famiglie attraverso gruppi di auto mutuo aiuto e per l'innovazione e la ricerca. Sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione necessari all'utilizzo dei locali della palazzina d'ingresso del Centro "Santi", destinata all'attività delle Associazioni di settore. È stato aperto il "gruppo appartamento" di Via Mamiani della Rovere che ospita pazienti psichiatrici adulti. È stato completato il progetto e la realizzazione, in collaborazione con l'Amministrazione Comunale di Medesano, del Centro di aggregazione polivalente sito in Medesano. Sono proseguite, in ogni Unità Operativa del DSM, iniziative di sostegno alle famiglie, tese a favorire la partecipazione alla "Qualità Condivisa" nel campo della Salute Mentale e a valorizzare la partecipazione delle Associazioni dei familiari, degli utenti del volontariato e del privato sociale.

#### Area neuropsichiatria infanzia e adolescenza

È proseguito il lavoro di coordinamento in ambito dipartimentale finalizzato alla maggiore integrazione operativa e disciplinare delle unità operative tese a rafforzare ed omogeneizzare sul territorio provinciale la "vision" per l'area disciplinare ed è stato sviluppato il lavoro presso i Distretti di analisi del bisogno e la elaborazione di possibili soluzioni riorganizzative. In tal senso sono stati attivati due gruppi di lavoro: uno per il miglioramento della terapia psicologica, l'altro per il miglioramento della riabilitazione dei disturbi del linguaggio. Il secondo gruppo ha concluso i lavori con esiti positivi, dimostrandosi efficace strumento di comunicazione fra gli specialisti della materia operanti nelle unità operative distrettuali e nell'unità operativa di Neurologia Funzionale e della Riabilitazione. Un ambito specifico di attività che ha visto un rilevante impegno dell'Azienda in collaborazione con gli enti locali sia sul versante della programmazione e del coordinamento sia sul versante delle attività di assistenza, riguarda gli ambiti di integrazione socio-sanitaria. Gli interventi che meritano di essere ricordati sono:

- lo sviluppo della ricerca azione realizzata nel 2005 sui disturbi di apprendimento nella scuola dell'obbligo, in 8 istituti comprensivi cittadini, in collaborazione con il Programma dipendenze patologiche, l'UO di NPI, il Comune di Parma, attraverso la sperimentazione e la validazione di modelli operativi condivisi di intervento con il Servizio sociale;
- il consolidamento e sviluppo, nel secondo anno di attività, del Programma speciale per l'Autismo, con particolare riguardo alla verifica e validazione del pro-

gramma riabilitativo avviato a Fidenza in collaborazione con la Fondazione "Bambini e Autismo";

- la messa a regime degli interventi previsti all'interno del Programma aziendale dedicato al bambino cronico ed integrazione degli stessi con l'area di Pediatria di base, Pediatria Ospedaliero Universitaria e Pediatria di Comunità, nel quadro del protocollo interistituzionale e interaziendale "percorso nascita";
- la messa a regime a livello provinciale dei protocolli su Affidi, Adozioni e prevenzione dell'abuso e il maltrattamento di minori, predisposti dai gruppi di lavoro attivati dalla Amministrazione Provinciale di Parma;
- il consolidamento ed estensione a livello provinciale della operatività di progetti sociosanitari, finalizzati al mondo giovanile, del Dipartimento di Salute Mentale e del Programma Dipendenze: Progetti riabilitativi individualizzati e di integrazione al lavoro, Strada e dintorni, Terapia Familiare, Nuove droghe, Un po' di stelle in pace, Reinserimento, Albero del Sogno;
- la realizzazione di un percorso formativo sul campo, nella forma di un "Atelier di progettazione e monitoraggio", rivolto a tutte le "figure chiave" di operatori che a livello interdipartimentale si occupano, nell'Ausl di Parma, di interventi per il benessere giovanile;
- la creazione, in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, di una rete di supporto e sostegno al partenariato con Istituzioni e soggetti del Privato sociale che si occupano di benessere giovanile, in vista dell'allestimento di uno specifico Piano per la salute.

#### Le dipendenze patologiche

Le azioni realizzate nell'anno 2006 dal Programma delle Dipendenze Patologiche condividono con i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale gli orientamenti verso una più marcata integrazione e l'impegno per lo sviluppo della qualità complessiva del servizio. In particolare sono state avviate azioni per proseguire nel consolidamento dell'assetto organizzativo del servizio e nella qualificazione e differenziazione della risposta clinica:

- avvio, in collaborazione con gli Enti Ausiliari, di nuovi progetti riabilitativi individualizzati presso due centri residenziali a favore di utenti ad alta complessità attraverso riconversioni di strutture esistenti;
- perfezionamento delle modalità di invio, accompagnamento e verifica nei percorsi riabilitativi in Comunità terapeutica;
- attuazione dei protocolli di collaborazione fra Programma Dipendenze Patologiche e Dipartimento di Salute Mentale con particolare riguardo lo sviluppo della formazione sulla gestione della casistica in "doppia diagnosi" e la collaborazione alla definizione e gestione del nuovo protocollo fra SPDC e Pronto Soccorso Ospedaliero di Parma per le tematiche comuni nell'area della emergenza-urgenza;
- sviluppo del 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;

- aggiornamento delle procedure di fornitura e distribuzione interna dei farmaci sostitutivi;
- realizzazione di attività di ricerca e formazione in una ottica interdipartimentale, anche attraverso la valorizzazione del Centro Studi per le farmaco-tossicodipendenze, con particolare riguardo ai temi delle nuove droghe e all'allestimento di percorsi integrati di counseling fra DSM e SERT rivolti ad adolescenti e giovani adulti (progetto "Running help", progetto "Comorbidità in pazienti giovani");
- elaborazione di un aggiornamento delle progettualità inerenti in particolare gli interventi di bassa soglia/drop in;
- partecipazione al progetto di prevenzione-educazione alla salute in materia di alcolismo denominato "Socrates" in alcuni Istituti Superiori;
- consolidamento della metodologia di lavoro basata su progetti riabilitativi individualizzati sui tre assi "habitat", "formazione-lavoro", "socialità-affettività" anche in collaborazione con soggetti del "terzo settore" e potenziamento degli interventi sull'asse "habitat" in collaborazione con il Comune di Parma e le compagnie sociali nel quadro del progetto "reinserimento".

#### Carcere

L'articolazione operativa dell'AUSL presente in carcere "Equipe carcere" si rivolge principalmente all'assistenza di pazienti tossicodipendenti detenuti. Risponde ad una popolazione detenuta presso gli istituti penitenziari di Parma composta attualmente per il 60% da cittadini italiani e da cittadini stranieri (40%) prevalentemente di origine nord-africana 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.

Si sono mantenute importanti collaborazioni sia con il Servizio Infettivologico, Psichiatrico della Sanità Penitenziaria, con il privato sociale di settore (Betania, Ceis, Casa Lodesana, Alcolisti Anonimi). Per il raggiungimento e completamento dell'attività nel 2006 sono state effettuate analisi di possibili variazioni della domanda di assistenza sanitaria nelle carceri ed elaborazione di progetti preliminari concretizzati nel mese di febbraio 2007 con l'avvio di un'attività di accoglienza di gruppo rivolta a pazienti italiani e 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. Tutti i detenuti segnalati vengono visitati con tempi di attesa che non

superano i 3 giorni; nel 2006 sono stati visitati 192 nuovi pazienti (100 stranieri e 92 italiani) e ne sono stati presi in carico 87. Inoltre partire dal luglio 2006 si è effettuata una attività straordinaria per interventi e monitoraggio presso gli Istituti Penitenziari a seguito del provvedimento legislativo di indulto collaborando con i servizi sociali del comune e con altri soggetti del privato sociale.

#### L'Area socio sanitaria: le azioni specifiche di miglioramento della committenza e qualificazione della partnership nei confronti del Terzo Settore

Il nuovo sistema dei servizi alle persone si propone come sistema delle opportunità e delle responsabilità condivise, nel quale si può equilibrare il rapporto tra domanda e offerta, tra bisogni e risorse. Nello scenario definito dalla normativa nazionale e regionale il concetto di integrazione si configura come strategia indispensabile per collegare fra loro i diversi livelli istituzionali, creare servizi in rete, riorganizzare le cure primarie nelle loro valenze sanitarie e sociali. Dall'altra parte la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e di percorsi che mirano al coinvolgimento ed alla partecipazione, all'integrazione delle strutture tecniche e politiche, sociali e sanitarie, pubbliche e private, richiedono tempi appropriati di elaborazione e strategie di cambiamento anche culturale del sistema dei servizi e della comunità locale nel suo insieme. È stato attivato un tavolo di lavoro articolato in tre sottogruppi per l'approfondimento dei seguenti temi: sistema di remunerazione delle strutture per disabili; buone pratiche, accreditamento. In particolare è stato effettuato un intervento di ricognizione sui dati di costo e di attività di tutte le strutture residenziali per disabili gravi, gestite dall'Azienda USL, o esternalizzate a compagnie sociali. È stato predisposto un pacchetto di valutazione del carico assistenziale, dell'assorbimento di risorse assistenziali, delle caratteristiche logistiche, organizzative e gestionali delle strutture al fine di pervenire nel corso del 2007, ad una proposta metodologica per la definizione delle tariffe. È stato prodotto uno studio, nella forma di una ricerca empirica preliminare dei dati di costo delle strutture residenziali convenzionate per anziani della provincia di Parma, con la finalità di sviluppare interventi di riequilibrio delle rette e con particolare riguardo all'analisi dei costi relativi all'area sanitaria (personale, farmaci, ricoveri ospedalieri).

Sono state inoltre realizzate le seguenti azioni:

- S.A.A. (Sistema Informativo Aziendale Servizio Assistenza Anziani): l'obiettivo di incrociare le procedure informatizzate delle case protette, relative all'identificazione degli ospiti, con l'anagrafe sanitaria e con i SAA è stato completato in tutti i Distretti;
- Programma di Geriatria territoriale: sono state informatizzate diverse tipologie di schede, da utilizzare nelle strutture protette, relative a percorsi di assistenza sanitaria (visite specialistiche, ricovero in ospedale);
- Progetto demenze: è stato implementato la prima fase del sistema informativo SIDEW.

**Area Anziani**

Il 2006 dal punto di vista della programmazione è stato l'anno dell'avvio della sperimentazione delle condizioni di fattibilità del Fondo regionale per la non autosufficienza e dell'avvio dell'attuazione della programmazione approvata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (di cui si dà conto nel paragrafo sulle attività della Conferenza). Accanto a queste attività l'Azienda è stata fortemente impegnata in un più vasto progetto di miglioramento dell'attività assistenziale rivolta agli anziani al domicilio o ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali alle quali hanno collaborato diversi servizi aziendali, in particolare il Coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie e il Programma geriatria territoriale. In questo paragrafo e nel paragrafo relativo all'attività di tale programma si ricordano i principali progetti ed attività svolte. Attività di coordinamento di percorsi assistenziali e per la qualificazione delle strutture:

- stesura del documento sulle "Dimissioni difficili" ed attuazione di un percorso per la sua condivisione ed applicazione in particolare con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e il Comune di Parma;
- Percorso "Gracer" (Alta valenza sanitaria - S. Mauro Abate di Colorno) con incontri periodici della Commissione "Gracer" per monitoraggio assistiti e percorsi di cura; realizzazione di incontri operatori/famigliari per una migliore integrazione del percorso di cura;
- miglioramento dei percorsi assistenziali, puntando sull'integrazione fra i diversi attori coinvolti nella cura dell'ospite (consegna integrata, cartella fisiatica e percorso dedicato, accompagnamento alla morte e protocolli di comportamento ecc);
- è stato implementato il sistema informativo su base informatica, dell'area anziani, finalizzato all'individuazione dei costi individuali sanitari ed a rilievo sanitario degli utenti dei servizi socio sanitari. Si è costituita una banca dati, su base anagrafica, degli anziani inseriti su posto convenzionato, nelle strutture residenziali, aggregata per struttura e per Distretto, omogenea su tutto il territorio provinciale ed in rete con il sistema informativo centrale;
- informatizzazione di diverse procedure con collegamento al sistema informativo - informatico aziendale (Cartella socio assistenziale, protocolli e linee guida, movimento ospiti, ecc.);
- politica del farmaco attraverso la distribuzione diretta dei farmaci di fascia C, con la condivisione dei medici di diagnosi e allestimento di un "prontuario" aziendale di farmaci di fascia C, per l'effettuazione di terapie efficaci ed utili;
- attivazione di nucleo Alzheimer.

**Area disabili**

Nel corso del 2006 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 degli

Uffici di Piano distrettuali, nonché alla definizione delle modalità di gestione del FRNA. Sul versante gestionale, sono in avanzata fase 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.

È stata coordinata l'elaborazione del regolamento per la concessione degli assegni cura a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità acquisite e la definizione delle modalità operative per i percorsi assistenziali e riabilitativi dei soggetti affetti da gravissime disabilità acquisite. L'area disabili ha partecipato altresì attivamente al tavolo di lavoro istituito all'interno del Coordinamento Prestazioni Sociosanitarie, 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 della gestione delle strutture per disabili, da orientare in modo conforme alle nuove indicazioni regionali in tema di accreditamento. Infine, è stato avviato un progetto per l'analisi dei costi e la successiva 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, in particolare, 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.

Tab.2 Classificazione percentuale - anno 2006

Distretti	Gruppo A			Gruppo B		
	2006	2005	2004	2006	2005	2004
Parma	35,5	33,8	33,5	28,2	28,2	28,1
Fidenza	21,0	17,9	16,6	17,4	18,7	19,6
Sud-Est	27,1	23,5	19,1	21,2	21,7	23,0
Valli Taro e Ceno	19,9	19,5	17,9	23,9	23,9	25,5
Totale	27,6	25,5	24,0	23,5	23,9	24,6
Media regionale	20,3	19,9	18,6	23,1	22,6	22,1

Distretti	Gruppo C			Gruppo D		
	2006	2005	2004	2006	2005	2004
Parma	29,6	28,7	29,0	6,7	9,4	9,4
Fidenza	57,6	58,1	56,2	4,0	5,3	7,6
Sud-Est	45,8	48,7	51,7	5,9	6,1	6,1
Valli Taro e Ceno	45,4	45,8	45,0	10,8	10,8	11,6
Totale	42,4	42,5	42,7	6,6	8,0	8,8
Media regionale	45,1	44,6	45,1	11,4	13,0	14,2

In questo quadro, il Programma di Geriatria territoriale che focalizza il proprio intervento sui bisogni assistenziali in area territoriale, rappresenta il raccordo funzionale per assicurare la definizione e l'applicazione di strumenti omogenei di valutazione multidimensionale, il miglioramento dei percorsi assistenziali e la qualificazione dei piani assistenziali individualizzati, nell'ambito dell'area dei servizi integrati sanitari e sociali, finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento ed il coordinamento di questa area sanitario assistenziale è finalizzato, infine, alla prevenzione dei ricoveri ospedalieri non necessari e/o impropri, favorendo l'appropriatezza di percorsi presso altre strutture intermedie o al domicilio. In particolare per l'anno 2006 il Programma ha operato su diversi ambiti, in collaborazione con il Coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie e i Distretti:

**• Attività di ricerca e formazione**

- Partecipazione al progetto "RUG" (Resources Utilisation Groups) promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale per la sperimentazione di uno strumento sperimentale per l'analisi dell'assistenza residenziale per anziani;
- realizzazione di un piano formativo sull'alimentazione e le patologie geriatriche correlate agli ospiti di strutture protette;
- partecipazione al progetto di Ricerca sanitaria "La depressione nell'anziano: profili di assistenza, soluzioni interprofessionali, indicatori di efficacia" (Fondazione Zancan-Ministero della Salute-Provincia autonoma di Trento-Università degli Studi di Parma-Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma-AUSL Parma Programma Geriatria territoriale);
- partecipazione alla Ricerca finalizzata del Ministero salute: "Modelli clinici e clinico organizzativi per la realizzazione ed ottimizzazione della continuità assistenziale" (Ausl Ferrara-Regione Emilia Romagna-Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma-AUSL Parma Programma Geriatria Territoriale);
- partecipazione al progetto internazionale: "Invecchiamento e Sistema Immunitario nell'uomo: ruolo della stimolazione antigenica cronica" (Dipartimento Scienze Biomediche Università degli studi di Parma - Ministero dell'Università e della Ricerca - Società Internazionale di gerontologia USL di Parma Programma Geriatria Territoriale);
- partecipazione al Progetto: "La qualità della vita nei paesi delle Comunità montane dell'Appennino Parmense. Analisi del contesto attuale e ipotesi di intervento" (Università degli Studi di Parma-Facoltà di Economia-Provincia di Parma-Comunità Montane-AUSL Parma).

**• Attività di governo clinico**

- stesura delle "Linee guida Aziendali per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito"
- definizione di un "Percorso chirurgico" in collaborazione con "Hospital Piccole Figlie"

- definizione di un Progetto "Diabete" per migliorare la qualità clinico assistenziale dei pazienti diabetici residenti in Strutture e a domicilio
- consulenza per la nutrizione artificiale di ospiti presso le strutture provinciali, in collaborazione con il personale tecnico del servizio SANAD;
- progetto Odontoiatrico per l'applicazione del DGR 3678/04 per la ricerca proattiva di utenti aventi diritto alle cure odontoiatriche che non accedono ai servizi, con organizzazione e programmazione degli accessi degli odontoiatri nelle strutture
- "Percorso psichiatrico" a seguito dell'individuazione di criticità emerse da incontri con medici delle strutture residenziali per anziani del Distretto Parma per ospiti psichiatrici, si è lavorato per costruire percorsi, strumenti e relazioni per migliorare l'assistenza agli ospiti con problemi;
- "Percorso urgenze geriatriche" al pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per studiare ed individuare possibili percorsi sperimentali alternativi al ricovero rivolti a categorie selezionate di patologie con il rinvio in struttura dopo accertamenti e trattamenti terapeutici ad hoc;
- "Percorsi prelievi" per migliorare l'organizzazione esecuzione prelievi ematici per le strutture protette: prenotazioni e consegna degli esami;
- "Percorso decessi" con l'elaborazione di un protocollo sperimentale relativo ai decessi in struttura in collaborazione con il Dipartimento Sanità Pubblica da condividere con i gestori delle strutture e gli operatori prevedendo anche interventi psicologici a sostegno del personale per possibili fenomeni di burn-out e per percorsi di accompagnamento alla morte;
- monitoraggio dei ricoveri nelle strutture protette del Distretto Parma e delle visite specialistiche;
- attività di coordinamento e referenza sanitaria nelle residenze sanitarie assistite e le strutture protette;
- "Progetto Riabilitativo" con la costituzione di un tavolo tecnico nel distretto di Parma per la costruzione del protocollo e degli strumenti necessari e individuazione delle strutture residenziali per la sperimentazione del progetto.

**Il Programma Demenze senili**

Il Programma Demenze senili, avviato nel 2005, ha sviluppato la propria attività nel 2006 principalmente con riferimento a due ambiti. Il primo volto consolidare e riorientare l'attività dei consultori demenze ed il secondo finalizzato ad migliorare il coordinamento e l'integrazione dei diversi enti, professionisti ed i percorsi di integrazione socio-sanitaria. Per quanto riguarda il primo ambito:

- sono stati strutturati e realizzati, d'intesa con la locale associazione di volontariato AIMA, momenti specifici di formazione rivolti ai famigliari con l'obiettivo di sostenere e qualificare il lavoro di cura della famiglia per la realizzazione del progetto di mantenimento al domicilio in relazione alla specificità dei bisogni di cui è portatore il soggetto demente, ma anche di garantire

- il sollievo e la disponibilità di spazi per l'attenzione a sé dei caregivers;
  - sono state consolidate le attività di supporto ai familiari per la persona malata (interventi farmacologici e non farmacologici individuali e di gruppo), per i caregivers (interventi individuali di orientamento, educativi e psicologici ed interventi di gruppo di informazione/sostegno), per gli operatori/assistenti familiari coinvolti nell'assistenza (interventi per la persona malata di formazione ed interventi di sostegno di gruppo ed individuali);
  - il programma ha partecipato al progetto sperimentale del Comune di Parma "assegno sociale" volto a fornire ai familiari e/o alle assistenti famigliari, interventi informativi sulla malattia o interventi e di tipo psico-educazionale ed è stata garantita la disponibilità, per nuove problematiche connesse alla progressione della malattia, a percorsi personalizzati di sostegno;
  - si è lavorato per migliorare il livello di accuratezza e 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 individuali ed è stata consolidata l'attività di stimolazione cognitiva di gruppo realizzando interventi di tipo multimodale diversificati (Terapia Occupazionale, Memory training, allenamento di più funzioni, orientamento alla realtà, danzoterapia);
  - è stato strutturato un programma di potenziamento del Centro delegato di Borgo Taro.
- Per quanto riguarda il secondo ambito:
- si è proceduto alla istituzione del tavolo tecnico, del quale fanno parte referenti di tutti i servizi che si interfacciano con soggetti affetti da demenza e rappresentanti di tutte le istituzioni con compiti di programmazione e sviluppo;
  - è stato avviato il sistema informativo regionale all'interno dei Consultori con realizzazione della prima fase di informatizzazione del percorso valutativo;
  - è stato un momento di confronto locale, regionale e con esperienze di altri paesi rivolto alle istituzioni locali ed agli operatori del settore;
  - 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

Nel 2006 la rete provinciale delle cure palliative ha visto la messa a regime ed il pieno sviluppo delle attività degli hospice presenti (Fidenza, Valli Taro e Ceno e nel Distretto Sud Est) mentre è proseguito il percorso di realizzazione, secondo i tempi previsti, dell'hospice presso la Casa di cura Piccole Figlie nel Distretto di Parma. Gli hospice sono inseriti a pieno titolo nei percorsi assistenziali tra domicilio e strutture ospedaliere ed a tal fine sono stati, da un lato, definiti percorsi di assistenza con

le strutture ospedaliere che si occupano di assistenza a malati oncologici e, dall'altro, sono stati accresciuti i contatti e le collaborazioni con i medici di medicina generale, con la crescita degli accessi dal domicilio rispetto a quelli dai reparti ospedalieri. Il programma ha svolto inoltre un'azione di promozione della cultura delle cure palliative, intesa come la ricerca del miglior modo e del miglior luogo per terminare l'esistenza, verso i medici di medicina generale. Sono stati effettuati incontri con la Direzione Sanitaria della Casa di Cura Piccole Figlie finalizzati all'avvio dell'attività dell'hospice prevista nel 2007 ed alla definizione di linee guida.

#### Le reti cliniche integrate per le patologie croniche: TAO – Terapia anticoagulante orale e diabete

Nell'ottica delle costruzioni di reti cliniche integrate sia a livello intradistrettuale che tra ospedale e territorio, all'interno dell'accordo è stato siglato tra l'Azienda USL 2005-2007 è stata prevista l'attivazione di monitoraggio clinico e di 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 nel 2005, con il 2006 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. 39 nel 2006) sia il numero dei pazienti (circa 600). È stato attivato il primo corso di formazione a distanza avente titolo "Il MMG Responsabile della Gestione Integrata della TAO", al quale hanno partecipato n° 21 medici. Nell'ambito dei programmi di monitoraggio clinico delle patologie croniche ed a alta prevalenza, all'interno dell'accordo Locale AUSL/MMG 2005-2007 sono state recepite le linee guida regionali del settembre 2003 relative alla gestione integrata del paziente diabetico tipo 2 stabilizzato e non affetto da complicanze. Alla data del 31/12/06 grazie all'adesione dei medici di medicina generale al progetto, i pazienti in carico sono 106 a Parma, 57 Fidenza, 40 Sud-Est, 32 Valli Taro; per un totale di 1897 pazienti ed una percentuale di adesione alla gestione integrata pari all' 88,4%.

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
- 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 inter-aziendale AUSL/AOSP per la fornitura di presidi per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia.

#### Il percorso nascita

Il percorso nascita, considerato come una serie di interventi integrati che sono offerti alla donna e alla coppia dal momento in cui decide di avere una gravidanza fino al primo periodo di vita del bambino, è un punto di intersezione fondamentale tra professionisti, servizi e Istituzioni che si occupano della genitorialità, cui i consultori dedicano particolare attenzione. Si sono consolidati i livelli di assistenza da parte della rete consultoriale alla gravidanza fisiologica con particolare attenzione alle problematiche presentate dalla popolazione immigrata; le gravidanze prese in carico, (1.252 di cui 579 provenienti da altri paesi) gli accessi (9.853) e le prestazioni (10.278) eseguite hanno confermato il mantenimento dell'attività; la percentuale delle utenti immigrate sulle utenti totali è in fase di ascesa a conferma delle risposte adeguate che i servizi sono in grado di proporre alla popolazione proveniente da altri paesi.

Il progetto di Assistenza alla Gravidanza Fisiologica (Delibera 575 del 03/11/2005) ha preso attuazione attraverso il lavoro di un'equipe costituita da ginecologo e ostetriche: nel 2006 sono state seguite, secondo il protocollo, 90 donne gravide di cui 33 provenienti da altri paesi. In tutto il territorio aziendale è stato consolidato il percorso "Dimissione appropriata della Madre e del Neonato" e dell'assistenza alle puerpere con coinvolgimento dei professionisti dei Nuclei di Cure Primarie di riferimento (medici di medicina generale e pediatri). È stato esteso nel Distretto di Parma il protocollo ai neonati con patologie; sono proseguiti gli incontri al tavolo del Piano di Zona del Distretto di Parma al fine di definire le procedure che portano alla piena attuazione del Protocollo di Intesa tra Comuni del Distretto di Parma, Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel contempo il progetto dell'allattamento al seno, anche attraverso la collaborazione dell'Associazione Futura, ha visto un significativo sviluppo: gli ambulatori dell'allattamento presenti nelle principali sedi consultoriali sono punti di riferimento per le puerpere che vengono inviate sia dai pediatri di libera scelta che dalle strutture ospedaliere.

#### Le reti cliniche pediatriche

Congiuntamente con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria è stato elaborato il progetto "Miglioramento e sviluppo delle reti cliniche pediatriche" per l'integrazione organizzativa e funzionale di assistenza pediatrica. Nel 2006 è stata sviluppata sia l'attività territoriale sia l'assistenza in ambiente ospedaliero con particolare riferimento all'Ospedale di Fidenza; in particolare è stata avviata la valutazione epidemiologica preliminare delle patologie croniche pediatriche al fine di progettare e programmare l'attivazione di servizi di assistenza al bambino con malattie croniche (assistenza domiciliare pediatrica, ecc.). Il progetto di pieno inserimento dell'attività pediatrica nei dipartimenti cure primarie anche con la collocazione della pediatria di comunità, ora all'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica, intende

rimuovere i rischi di una marcata settorialità del servizio che si è particolarmente specializzato su alcune importanti funzioni (es. vaccinazioni) nelle quali ha raggiunto elevati livelli qualitativi. I nuovi bisogni e il nuovo ruolo che si vuole assegnare al servizio di pediatria di comunità richiede una maggiore integrazione, sia con il Dipartimento Cure Primarie, sia con altri servizi, ad esempio la neuropsichiatria infantile. In questo nuovo scenario, anche il ruolo del pediatra ha assunto nuovi compiti e si è già attivato un tavolo di lavoro per definire percorsi congiunti di assistenza al bambino con patologia cronica, insieme ai pediatri di libera scelta. La proposta non si limita a rivedere il solo ruolo del pediatra, ma dell'intera rete pediatrica, ospedaliera e territoriale.

Più in generale:

- sono aumentate le forme associative fra i pediatri di famiglia ed è sorta a Salsomaggiore una nuova pediatria di gruppo;
- sono operativi i programmi di promozione dell'allattamento al seno e della dimissione appropriata del neonato sano;
- è stata incrementata l'opportunità di cure odontoiatriche prevedendo, nell'ambito dell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, oltre a prestazioni di odontoiatria conservativa e protesica, anche prestazioni di ortodonzia con la presa in carico a partire dagli utenti con vulnerabilità sanitaria;
- è stato adottato presso il Distretto di Fidenza un nuovo modello assistenziale che ha consentito di ottenere una maggiore integrazione con il territorio (attività vaccinale) e sviluppo della attività ambulatoriale (implementazione attività allergologica ed ambulatorio per il bambino immigrato);
- sono stati attivati presso l'ospedale di Fidenza 4 ambulatori pediatrici specialistici: auxo-endocrinologia, ematologia, chirurgia pediatrica, pediatria generale in età adolescenziale;
- è iniziato il programma di vaccinazione delle gravide sieronegative per rosolia prima della dimissione dall'U.O. di Ginecologia dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo, nell'ambito del Programma Regionale di eradicazione della rosolia congenita.

#### L'attività cardiologia provinciale

Tra le discipline individuate a livello regionale per attuare in concreto i principi del nuovo modello di programmazione proposto, la Cardiologia/Cardiochirurgia è stata la prima ad essere oggetto di importanti iniziative, individuando quale primo ambito di intervento integrato di rete la razionalizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti con infarto miocardico acuto (IMA). La Commissione Cardiologica/Cardiochirurgia regionale ha deciso di avviare il progetto per la "Ridefinizione dei percorsi di tempestivo accesso ai servizi per la diagnosi e la cura dei pazienti con infarto miocardico acuto", per il quale a livello di ciascuna provincia sono state costituite Commissioni Territoriali (Comitati Provinciali IMA), che hanno prodotto, dopo approfondite analisi della situazione lo-

cale, i documenti di progetto da sottoporre alla validazione della Commissione Cardiologia/Cardiochirurgica regionale. L'implementazione del progetto, prodotto dal gruppo interaziendale di Parma e validato dalla Commissione, è stata coordinata con l'avvio della fase istruttoria del PAL, nell'ambito della quale è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro per la elaborazione di un documento complessivo sulla nuova organizzazione del sistema provinciale e di area vasta per il trattamento delle malattie cardiovascolari secondo il modello "hub and spoke". Nel PAL è ricompreso uno specifico progetto relativo alla Cardiologia/Cardiochirurgia, e per il trattamento delle sindromi coronariche in rete nella provincia di Parma attraverso telecardiologia (progetto IMA).

La Commissione interaziendale ha lavorato nel 2006 alla messa in attuazione del progetto ed in questo ambito ha definito anche l'acquisizione di specifiche tecnologie.

### Le problematiche emergenti

#### La salute degli immigrati

L'aumento e le caratteristiche della popolazione straniera nella nostra provincia e, di conseguenza, nei servizi aziendali, ha imposto una riorganizzazione delle attività del Programma Salute Immigrati, che ha tenuto conto, innanzitutto, del carattere strutturale che ha assunto il fenomeno dell'immigrazione in Italia e nel nostro territorio, con particolare attenzione ai problemi delle donne e degli adolescenti. Le linee di programmazione per l'anno 2006, hanno visto la collaborazione dei Distretti e, in particolare, dei Dipartimenti di Cure Primarie, per facilitare l'accesso ai servizi istituendo unità operative con la funzione di prima accoglienza e di orientamento ai servizi, oltre al necessario confronto sull'argomento con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. L'obiettivo è quello di integrare pienamente nella rete dei servizi l'assistenza sanitaria rivolta alla popolazione immigrata facendo assumere ai servizi quei connotati di flessibilità e personalizzazione necessari per meglio rispondere ad esigenze, aspettative e cultura di persone che provengono da altri paesi.

Nel corso del 2006 sono stati aperti "spazi immigrati" anche a Fidenza e a Fornovo, realtà caratterizzate da una forte presenza di immigrati extracomunitari. Queste unità operative in cui lavorano medici, infermiere ostetriche, psicologi e mediatri culturali assicurano l'attività di medicina di base per quegli utenti che, non avendo il permesso di soggiorno non possono iscriversi al SSN, fungono da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale e quindi sono in grado di fornire attività di educazione sanitaria e di promozione di interventi di prevenzione e di screening; si può dire che svolgono un ruolo di osservatorio epidemiologico anche al fine di programmare le attività a favore di questa fascia di popolazione.

Sono stati inoltre organizzati diversi eventi formativi che hanno visto la partecipazione degli operatori di tutta

l'azienda e una ricerca intervento in collaborazione con l'Università agli Studi di Parma sui problemi legati alla seconda generazione.

	Totale	Nuovi	Accessi
Medicina Generale	1.566	1.054	5.991
Ostetricia e ginecologia	705	387	2.249
Pediatria	480	400	1.076
MG Fornovo	91	91	360
MG Fidenza	140	140	352
Totale	2.982	2.072	10.052

#### I servizi rivolti ai giovani per il contrasto al disagio

Una particolare attenzione è stata dedicata alla rete dei servizi rivolti ai giovani ed al contrasto al disagio giovanile attraverso la predisposizione del progetto "Prove di Volo - reti di ascolto e servizi per il benessere giovanile", illustrato nella sezione 7. Il progetto si pone l'obiettivo di coordinare a livello interdipartimentale tutti gli interventi posti in essere dall'Azienda USL di Parma, dai Comuni, in sede di Piani sociali di zona, e dal Terzo Settore sul tema del benessere giovanile. Le azioni vanno dalla prevenzione precocissima dei disturbi di apprendimento in fasce sociali deboli (famiglie migranti con bambini esposti a bilinguismo), al rafforzamento dei processi di integrazione sociale e lavorativa per giovani portatori di grave disagio emotivo, al consolidamento degli interventi di "bassa soglia" e di "strada" con particolare riguardo ai luoghi di aggregazione giovanile.

### Le azioni di supporto finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza

#### Sistema informativo: il miglioramento dell'informatizzazione e della rete

Nel 2006 il supporto informatico alle linee di attività aziendali è garantito attraverso alcune tipologie di supporto tecnologico che hanno riguardano:

- sicurezza e privacy - gestione degli utenti, con i relativi privilegi e documentazione degli accessi. (è stato approvato il Documento programmatico per la sicurezza);
- rete - in termini di topologia e capacità ottimale (rete interna, regionale, WAN, Internet, ecc.), per flussi di dati tematici (es. teleradiologia, archiviazione ottica documenti), integrazione fonia-dati, diagnostica;
- integrazione - condivisione di "dati comuni" aziendali, ad esempio l'anagrafe degli assistiti (attraverso predisposizione di un archivio assistiti/assistibili provinciale, aggiornato con modalità regolamentate), l'anagrafe del personale e delle strutture aziendali, l'elenco dei

procedimenti, oltre alle codifiche standard per farmaci, diagnosi, nomenclatori tariffari;

- tecnologie hardware - adeguamento di server, tipologia di stazioni di lavoro e numero di postazioni;
- supporto agli applicativi - scelta dell'applicativo informatico in termini di rispondenza alle esigenze funzionali e alle tecnologie adottate, soprattutto in termini di integrazione, accesso diretto alle basi dati e documentazione.

- Per quanto riguarda il supporto ai flussi informativi istituzionali, è stata avviata la sistematizzazione dell'iter di formazione dei flussi informativi obbligatori verso la Regione e l'attivazione di nuovi flussi, quali quello relativo all'assistenza farmaceutica diretta ai pazienti. Più in generale l'attività è stata orientata a supportare la realizzazione di rilevanti progetti aziendali fra i quali si ricorda l'informatizzazione della radiologia aziendale e supporto alla telecardiologia, i programmi di screening, l'informatizzazione del registro operatorio. L'Azienda ha poi approvato il Documento Programmatico sulla Sicurezza, previsto dal D. Lgs. n. 196/2003, ha recepito il regolamento regionale sul trattamento dei dati sensibili e si è dotata di un software per la gestione del DPS, quale strumento dinamico ed aggiornato che consente di avere una visione completa ed in tempo reale della "situazione privacy" dell'Azienda.

#### Lo sviluppo del settore dell'ingegneria clinica: Health technology assessment

Il termine Health Technology Assessment (HTA) intende le strategie di valutazione delle tecnologie in ambito sanitario con un metodo volto ad ottimizzare i processi di acquisizione ed uso e di conseguenza esso investe gli aspetti della valutazione di bisogno, della selezione, dell'acquisto, dell'utilizzo e della gestione delle tecnologie sanitarie ivi compreso la valutazione d'impatto di quest'ultime rispetto al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento; ed è mirato a fornire ad amministratori e decisori della sanità le informazioni necessarie per fare scelte appropriate sul piano economico e gestionale in quanto essenzialmente i processi di HTA cercano di valutare in modo complessivo i costi e i benefici conseguenti all'adozione e all'uso di una tecnologia. 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, ed in questo senso il technology assessment rappresenta uno degli strumenti essenziali per consentire alle organizzazioni sanitarie di dare una risposta ai problemi posti dalla perenne instabilità dei contesti clinici, continuamente sottoposti a stimoli di cambiamento che devono poter essere programmati e governati. Nel 2006 è stato istituito un gruppo di lavoro multiprofessionale per individuare e proporre strumenti, le modalità e i tempi attraverso cui realizzare lo sviluppo delle tecnologie in Azienda con particolare riguardo alla progettazio-

ne di nuove metodiche cliniche supportate da tecnologia e per un utilizzo appropriato delle tecnologie esistenti. Il gruppo ha elaborato un documento nel quale sono delineate l'organizzazione della funzione in ambito aziendale e le procedure di valutazione e acquisizione delle tecnologie. Il documento è stato approvato in Collegio di Direzione e fatto proprio dalla Direzione Generale.

#### L'Area Vasta e la politica degli acquisti

A seguito della costituzione dell'Associazione AVEN, che raggruppa le aziende sanitarie dell'ambito dell'Area Vasta Emilia Nord (Aziende USL di Modena, Reggio Emilia e Piacenza e Aziende Ospedaliere di Parma, Reggio Emilia e Modena) l'integrazione delle attività ha avuto un consistente sviluppo nel 2006.

Di concerto con le Aziende dell'Area Vasta, sono stati definiti percorsi comuni per l'acquisizione dei beni con uno sviluppo verso l'acquisizione di dispositivi medici e attrezzature sanitarie; oltre a ciò, è in fase di analisi la realizzazione di una logistica farmaceutica unica ed integrata per tutte le aziende che partecipano all'AVEN, con particolare riferimento ai farmaci e beni sanitari. Nel 2006 sono state concluse procedure di acquisizione in comune di beni sanitari tra le sette aziende per un valore oltre 121,8 milioni di euro con un significativo risparmio in termini di costi aziendali. L'Azienda ha partecipato in modo diffuso allo svolgimento delle procedure ed alla definizione delle caratteristiche quali-quantitative dei beni da acquisire. Il costante coinvolgimento dei professionisti aziendali e l'azione di sensibilizzazione svolta ha consentito all'Azienda di raggiungere un'elevata adesione alle gare per acquisizione di farmaci, pari al 97,4% dei farmaci acquistati a fronte di una media del 95,4% dell'Area Vasta.

#### La gestione del rischio

Nell'ambito della gestione del rischio l'Azienda, in coerenza con gli indirizzi regionali per il nuovo atto aziendale ha avviato l'implementazione del sistema aziendale di Gestione del Rischio; a tal fine è stato elaborato un documento aziendale per definire ruoli e funzioni in tema di programmazione, esecuzione e verifica dei programmi di gestione del rischio, presentato in Collegio di Direzione e condiviso dai componenti il Collegio. L'Azienda partecipa inoltre al progetto di ricerca finalizzata "La gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie" promosso dalla Regione unitamente a diverse aziende sanitarie della Regione. In questo contesto si segnalano gli ambiti progettuali avviati.

#### La mediazione dei conflitti

Nel corso del 2006 è stata attivata la funzione di "mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie". Questa rappresenta uno strumento per prevenire e limitare il

contenzioso e si pone l'obiettivo di stabilire la relazione tra gli utenti/cittadini e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto e più in generale di ristabilire un rapporto di fiducia tra cittadini/utenti e la struttura sanitaria. Allo scopo si è dapprima individuato una figura di tutor aziendale per la mediazione al fine di seguire e assistere nel percorso formativo i due operatori che l'Azienda ha avviato alla formazione specifica sulle tecniche di mediazione con l'apposito corso organizzato dalla Regione Emilia Romagna. Nella seconda parte dell'anno i mediatori hanno iniziato la loro attività con le prime fasi di ascolto dei conflitti, sia dei cittadini /utenti che dei professionisti coinvolti in casi di contenzioso esplicito o latente. Entrambi hanno dato esito positivo in quanto il contenzioso non ha avuto ulteriore seguito. In tutti i casi di contatto sia con gli utenti che con i sanitari è emerso il gradimento e l'apprezzamento per l'iniziativa.

#### L'attività formativa

Sempre nel contesto del progetto, nel corso del 2006 sono stati realizzati due eventi formativi, rispettivamente a Borgo Val di Taro e Fidenza, inerenti le problematiche medico-legali correlate all'assistenza sanitaria e specificatamente alla corretta gestione della cartella clinica, il consenso informato e alla tutela della privacy. Nell'evento tenutosi a Fidenza è stato affrontato il tema della responsabilità professionale medica e la copertura assicurativa aziendale.

#### Strumenti di gestione del rischio

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 nell'assistenza sanitaria. Con analoga finalità nel corso dell'anno è stata altresì effettuata la formazione di due operatori nella tecnica della Root Cause Analysis tramite uno specifico corso regionale. Alla gestione di gestione del rischio clinico contribuisce altresì il programma di audit clinici organizzati presso l'Ospedale di Fidenza.

#### Le integrazioni con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Gli ambiti principali di integrazione hanno riguardato l'avvio di azioni per l'omogeneizzazione delle tecnologie fra le due Aziende con riferimento alle attività dei Servizi Risorse Informatiche e Telematiche, per orientare il sistema informatico-informativo in coerenza con gli indirizzi strategici sia aziendali sia sovrazionali, e all'attività dei servizi tecnici. Con riguardo al primo ambito si è conclusa una prima fase di analisi e valutazione del programma di lavoro esistente, finalizzato alla integrazione tra le attività dei due Servizi; a seguito di questa

prima fase, è in corso di elaborazione, in collaborazione tra le due Aziende, la stesura di un nuovo programma di attività, sempre finalizzato e mirato alla integrazione tra i servizi RIT delle due Aziende. Per quanto riguarda l'altro ambito è stata svolta un'unica gara per le manutenzioni sugli impianti telefonici ed è stato realizzato un progetto di unificazione della Clinica Psichiatrica e del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura all'interno di unica sede (Padiglione Braga dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma).

#### La politica del personale e lo sviluppo organizzativo

Nel corso del 2006 si è proceduto principalmente a consolidare i servizi e le attività individuate come prioritarie dal PAL per l'anno 2006. In tali aree di intervento si è provveduto ad attivare una politica del personale che ha mirato a garantire personale qualificato in numero adeguato con priorità per i servizi diretti all'assistenza dell'utenza sia delle strutture sanitarie territoriali che dei presidi ospedalieri dell'Azienda, pur nei limiti posti dalla legge finanziaria 2006 (n. 266/2005) e della Delibera di Giunta Regionale n. 1122 del 31.luglio.2006, che ha introdotto il blocco delle assunzioni per il 2° semestre. A tale proposito, si sono sottoposte alla Regione alcune prioritarie e selezionate esigenze di fabbisogno di personale con richiesta di deroga all'assunzione. La deroga concessa ha riguardato una limitata possibilità di spesa finalizzata dall'Azienda all'acquisizione di personale infermieristico. L'Azienda ha contestualmente avviato azioni di riorganizzazione di servizi ed attività quali ad esempio i comparti operatori dei due Presidi Ospedalieri, in cui si sono introdotte modifiche dell'organizzazione del lavoro, concordate con le Organizzazioni Sindacali per qualificare ed incrementare l'attività. Anche nell'ambito del progetto relativo all'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche, approvato nel Piano Attuativo Locale, si sono realizzati processi di ridefinizione delle attività assistenziali di alcune strutture con parziale modifica dell'organizzazione e delle modalità di lavoro.

Lo sviluppo dell'organizzazione ha visto il consolidamento dell'assetto delle responsabilità all'interno di ciascun dipartimento sia ospedaliero che territoriale; con la conclusione delle procedure di nomina dei titolari di incarico di direzione delle strutture semplici e dei professionali ad elevata specializzazione, la Direzione dei dipartimenti viene pertanto supportata da funzioni dirigenziali "intermedie", cui competono specifici compiti ed obiettivi, individuati nel contratto individuale, ed ambiti di autonomia e responsabilità, definiti nei piani di attività. Particolare importanza ha rivestito la partecipazione di professionisti, con incarichi e funzioni "trasversali", che hanno concorso ai processi di accreditamento delle Strutture Ospedaliere (P.O. Fidenza) e del Dipartimento di Salute Mentale. Per l'illustrazione più puntuale delle forme in cui si è realizzata nel 2006 la

partecipazione dei professionisti e le relazioni sindacali si rinvia alla sezione 4. 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 e ai servizi che operano nell'area del disagio mentale e delle dipendenze.

#### I Dipartimenti Ospedalieri

Nel corso dell'anno 2005 sono state avviate specifiche azioni per favorire la piena responsabilizzazione dei dipartimenti ospedalieri e l'introduzione di strumenti di governo clinico. Le azioni hanno riguardato principalmente i dipartimenti operanti nell'Ospedale di Fidenza; un primo obiettivo, per l'anno 2006, è, pertanto, la implementazione di tali azioni anche nell'Ospedale di Borgo Val di Taro, nel quale si è provveduto, recentemente, alla ridefinizione, per aree omogenee, dell'assetto dipartimentale, concretizzandosi nell'istituzione del nuovo dipartimento medico e del nuovo dipartimento chirurgico.

Le indicazioni regionali, contenute negli indirizzi per il nuovo atto aziendale, confermano che i dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale delle Aziende e devono perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare la globalità degli interventi e la continuità dell'assistenza;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali attraverso la predisposizione di programmi di formazione e di ricerca, e la verifica sistematica e continuativa dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse, garantendo una continua e capillare diffusione delle informazioni.

Per l'anno 2006 si è proceduto, anche in applicazione della predetta direttiva regionale, alle seguenti azioni:

- definizione della mission per ciascun dipartimento ospedaliero
- nuova individuazione dei livelli di governo del dipartimento e delle loro funzioni e responsabilità
- strutturazione, a regime, del sistema di controllo dei costi e delle attività, sperimentando, nel corso dell'anno, per i dipartimenti ospedalieri, la sperimentazione di negoziazioni di budget per centri di responsabilità
- declinazione di quali siano le reti cliniche che le strutture ospedaliere offrono agli utenti, tenendo conto anche delle funzioni hub esercitate dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

Di fondamentale rilievo è stato inoltre, l'avvio, nell'ambito del progetto aziendale Ponte, del Corso di formazione "Sviluppo delle competenze in materia di Clinical governance dei Direttori di struttura complessa ospedaliera", attivato con la finalità di mettere a disposizione dei Dirigenti destinatari competenze e strumenti per un

concreto sviluppo delle capacità di gestire ed organizzare una struttura complessa ospedaliera.

#### La riorganizzazione della pediatria territoriale

La collocazione della Pediatria di Comunità all'interno del Dipartimento di Sanità Pubblica ha portato ad una marcata settorialità del servizio, particolarmente specializzato su alcune importanti funzioni (es. vaccinazioni) nelle quali ha raggiunto elevati livelli qualitativi. I nuovi bisogni e il nuovo ruolo che si vuole assegnare al servizio di Pediatria di Comunità richiede una maggiore integrazione, sia con il Dipartimento Cure Primarie, sia con altri servizi, ad esempio la neuropsichiatria infantile, senza perdere la professionalità fino ad oggi conseguita. In questo nuovo scenario occorre definire, il ruolo del pediatra ed a questo proposito si è attivato un tavolo di lavoro per definire percorsi congiunti, insieme ai Pediatri di Libera Scelta, di assistenza al bambino con patologia cronica. La proposta, approvata dal Collegio di Direzione, non si limita a rivedere il solo ruolo del pediatra, ma dell'intera rete pediatrica, ospedaliera e territoriale. C'è infatti necessità di una forte regia, oltre che di risorse l'impegno dei responsabili dei Dipartimenti Cure Primarie, per definire azioni prioritarie di intervento nel prossimo biennio, utilizzando tutta la rete.

#### La riorganizzazione dei servizi che operano nell'area del disagio mentale e delle dipendenze

Un aspetto rilevante, tra le strategie finalizzate alla realizzazione di politiche di contrasto dei fenomeni di dipendenza da sostanze di abuso, consiste nella opzione che prevede l'afferenza ad una medesima articolazione aziendale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche (DP), di quelli per la Salute Mentale Adulti (SMA) e di Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA). Si può affermare che nel corso degli ultimi anni l'utenza dei servizi ha subito significativi cambiamenti in ognuno dei tre ambiti disciplinari e pertanto si rende necessario l'adeguamento delle risposte cliniche ed assistenziali che il sistema deve fornire. Tali nuove evenienze richiedono strategie innovative di risposta prefigurate dal PAL, che possono essere perseguite solo con il concorso di diversi soggetti istituzionali, mentre sul piano organizzativo interno ai servizi, deve corrispondere un approccio fortemente caratterizzato dalla integrazione multidisciplinare.

Ad esito di un lungo percorso di concertazione con le Organizzazioni Sindacali, è stato siglato un accordo per la riorganizzazione dell'area. I punti salienti della riorganizzazione sono:

- una maggiore responsabilizzazione di tutti i servizi del Dipartimento rispetto al principio di universalità degli interventi, della continuità dell'assistenza ed al governo clinico del sistema di produzione dei servizi,
- l'afferenza del Programma per le Dipendenze Pato-

logiche costituendo l'Area Dipartimentale prefigurata anche dagli indirizzi regionali sull'atto aziendale;

- la salvaguardia di specificità professionali e dell'unitarietà necessaria a garantire la coerenza tra mission e programmazione dei Servizi;
- l'integrazione intra-dipartimentale nelle specifiche realtà distrettuali;
- la previsione di funzioni specialistiche di livello aziendale.

Il nuovo assetto organizzativo permette un più alto grado di integrazione tra le discipline rispetto alla situazione esistente, non soltanto nella costruzione di percorsi assistenziali multidisciplinari ma anche nella condivisione degli obiettivi generali di salute, nella definizione delle priorità assistenziali e dei percorsi di cura e conseguentemente nella allocazione delle risorse che deve rispondere ad una logica ampia, condivisa e regolarmente monitorata.

### La contrattazione integrativa

Il percorso di attività svolto con le organizzazioni sindacali nel corso del 2005 si è particolarmente incentrato sulle tematiche di costruzione ed applicazione degli accordi legati alla contrattazione integrativa aziendale. In questo ambito, sull'aspetto retributivo si è maggiormente concentrata l'attenzione delle controparti che, peraltro, non ha mancato di sottolineare anche altri importanti elementi del rapporto organizzativo: sono state introdotte forme di differenziazione delle posizioni di lavoro, forme di variabilità salariale legate al merito e alle prestazioni, opportunità di sviluppo professionale connesse all'accrescimento del sistema di competenze. La scelta di orientare la relazione di impiego verso forme di scambio tra retribuzione e prestazione, si è rivelata coerente con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita lavorativa attraverso la valorizzazione delle specificità dei singoli individui, sia rispetto alle responsabilità assunte e alle prestazioni effettivamente rese, sia rispetto al potenziale in loro possesso. Allo scopo di migliorare la relazione tra lavoratori e organizzazione, si è data primaria importanza all'utilizzo di strumenti di ascolto e coinvolgimento adatti a mettere in luce le reali esigenze dei singoli lavoratori e a fornire momenti concreti di partecipazione. La numerosità delle categorie professionali, la complessità dei livelli e delle qualifiche, hanno condotto a dover differenziare in modo attento le politiche di ascolto, calibrando gli strumenti a seconda delle necessità e senza tralasciare anche quelli considerati più tradizionali, quali riunioni e incontri informali. Nel corso dell'anno, il confronto tra Azienda e Organizzazioni Sindacali si è quindi rivestito di connotati oltreché di tipo distributivo, anche di tipo generativo. Le relazioni sindacali, infatti, sono state un utile strumento orientato ad individuare le migliori modalità per distribuire le opportunità originate dalla contrattazione nazionale. Ma non solo, il confronto tra le parti si è pure caratterizzato come occasione propizia per favorire il miglioramento delle condizioni organizzative e di qualità del lavoro, in

grado di offrire risposte utili a disegnare le strade indicate per collocare le persone al centro delle politiche di innovazione. L'Azienda, a seguito dell'emanazione delle linee di indirizzo della Giunta regionale relative agli Accordi decentrati per applicare gli istituti contrattuali innovativi previsti dai CCNL della Dirigenza, ha iniziato un percorso di confronto con le OO.SS. dell'Area, sui diversi temi posti nelle linee di indirizzo, siglando una prima intesa circa le modalità di applicazione e la definizione degli obiettivi concernenti una rilevante criticità, ossia il recupero delle liste di attesa. Nel quarto trimestre infatti, le diverse Unità operative hanno utilizzato le "26 ore" per recupero di prestazioni aggiuntive oltreché iniziare a ridefinire le modalità atte a garantire la continuità assistenziale (revisione del sistema di guardie e reperibilità). Per il personale dell'Area Comparto, a seguito di specifico accordo sindacale, si è completato, nel 2006, l'assetto dei Coordinamenti sanitari (ora n. 160) e una prima definizione dei compiti e dell'organizzazione del SIT, i cui obiettivi e strutturazione sono descritti nel documento sottoscritto con le Organizzazioni sindacali. Per l'Area Amministrativa il completamento degli incarichi di posizione organizzativa ha definito l'assetto dei singoli dipartimenti (il processo si è avviato con l'atto n.723/2004- modifica dell'atto aziendale).

Nella sezione 4° è illustrato il sistema delle relazioni sindacali ed elencati in dettaglio gli accordi sindacali conclusi nel 2006. Si ricorda infine che, in attuazione dell'Accordo raggiunto con le OO.SS. dell'Area Comparto (Novembre 2005), accordo con al centro lo sviluppo economico e professionale del personale, si sono svolte in tutte le sedi Aziendali attività di informazione per favorire il coinvolgimento e la partecipazione di tutto il personale, circa la conoscenza alle linee strategiche Aziendali, su due argomenti centrali nella programmazione dell'attività sanitaria e che hanno coinvolto oltre 1000 tra dipendenti:

- il Piano Attuativo Locale;
- il processo di accreditamento in atto presso le strutture sanitarie aziendali, che deve servire ed essere utilizzato per ridefinire processi, competenze, linee guida.

### Gli sviluppi della formazione come progetto di innovazione

La riorganizzazione dell'attività di formazione aziendale, realizzata nel 2006, con il rafforzamento del ruolo del Collegio di Direzione nella indicazione delle priorità e nella definizione del Piano aziendale di formazione ha rappresentato un valore aggiunto per la già ampia offerta formativa aziendale sia per assicurare maggiore coerenza con la programmazione delle attività, contenuta nel piano delle azioni, sia per il crescente impegno delle dipartimenti nella programmazione delle iniziative e nel coinvolgimento dei professionisti nell'individuazione dei fabbisogni formativi connessi alla crescita di professionalità di dirigenti ed operatori del Comparto. Anche nel 2006 ampio spazio è stato dedicato alla conoscenza

e/o apprendimento dei sistemi di Governo Clinico, per consentire ai professionisti modalità di confronto multiprofessionale tipo "audit", di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, di agire secondo i canoni dell'evidence medicine e nursing, di valorizzare le proprie competenze. A questo proposito è stata stipulata una convenzione con la biblioteca della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Parma per il collegamento on line con le banche dati sanitarie e di riviste scientifiche, offrendo a tutti i professionisti dell'azienda un'opportunità concreta di aggiornamento professionale costante ed autonomo. L'iniziativa dell'Azienda si è rivolta anche ai Medici di Medicina Generale che sono stati coinvolti, con iniziative di tipo formativo, in progetti di carattere innovativo che li vede protagonisti, quali il progetto sull'autonomia distrettuale e il Progetto SOLE e con attività di informazione indipendente sui farmaci, illustrati in specifici paragrafi della presente sezione. Particolare attenzione è stata poi dedicata alla formazione sull'integrazione dei servizi territoriali attraverso il dialogo continuo fra i Dipartimenti, i Presidi Ospedalieri per la formazione comune faciliti lo sviluppo dell'integrazione fra territorio ed i Dipartimenti Ospedalieri. La risorsa "formazione" è stata inserita e valorizzata in gran parte delle attività progettuali che hanno caratterizzato il 2006: dall'area del governo clinico a quella socio-sanitaria, dai progetti innovativi e di ricerca alla riorganizzazione di attività o di processi operativi. Nella sezione 4 è illustrata l'attività svolta e i principali progetti di carattere trasversale realizzati.

# 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 partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali ed alla gestione operativa;
2. La gestione del rischio e sicurezza;
3. La ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle relazioni umane;
4. Il sistema di valutazione delle competenze ed i sistemi premianti;
5. La formazione;
6. Il sistema informativo del personale;
7. La struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze.

## La "carta d'identità" del personale

Le tabelle sottoriportate descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dall'Azienda USL di Parma. I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:

- uno per la Dirigenza Medica e Veterinaria;
- uno per la Dirigenza Sanitaria (Farmacisti, Fisici, Biologi, Chimici, Psicologi, ecc.), Tecnica, Professionale ed Amministrativa;
- uno per il Comparto (sia del ruolo Sanitario, Tecnico, Amministrativo).

La Tabella elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2006; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 484 unità ossia il 20%. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 37,2% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,7%, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

**Tab.1 Distribuzione del personale all'interno delle qualifiche al 31 dicembre degli anni 2005/2006**

	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	2005	2006	2005	2006
Dirigenti Medici Veterinari	395	392	1	4
Dirigenti Sanitari	58	58	1	1
Dirigenti P.T.A.	29	29	0	0
Personale Infermieristico	879	874	10	23
Pers. Tecnico Sanitario	87	84	2	1
Personale Prevenzione	106	104	11	11
Personale Riabilitazione	145	143	1	0
Assistenti Sociali	32	30	1	1
Personale Tecnico	164	164	14	10
O.T.A.	35	34	0	0
O.S.S.	51	105	27	7
Ausiliari	7	6	0	0
Personale Amministrativo	330	325	5	5
<b>Totali</b>	<b>2.318</b>	<b>2.348</b>	<b>73</b>	<b>63</b>

**Tab.2 Distribuzione del personale fra le articolazioni aziendali al 31 dicembre degli anni 2005/2006**

	2005	2006
Sede centrale	265	281
Distretto di Parma	718	700
Distretto di Fidenza	289	296
P.O. Fidenza	560	572
Distretto Valli Taro e Ceno	165	166
P.O. Borgo Val di Taro	202	201
Distretto Sud-Est	192	195
<b>Totali</b>	<b>2.391</b>	<b>2.411</b>

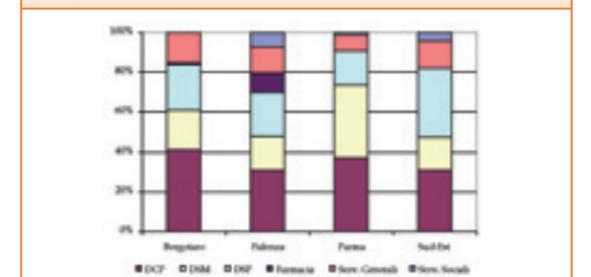
La tabella sopra riportata fotografa la situazione al 31.12 e conteggia ogni testa come "intera", non tenendo con-

to pertanto del personale part-time od occupato per periodi dell'anno. La tabella 3 espone 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 220 dipendenti (ossia circa il 10%) con rapporto a part-time.

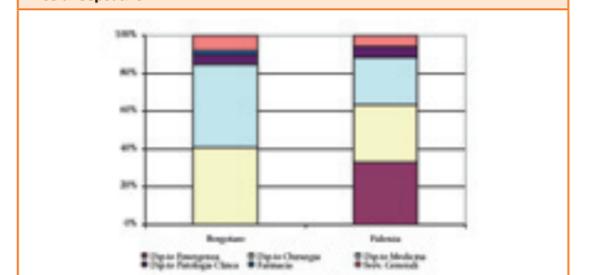
**Tab.3 Distribuzione del personale effettivo all'interno delle qualifiche al 31 dicembre degli anni 2005/2006**

	Tempo determinato			Tempo indeterminato		
	2005	2006	Var.	2005	2006	Var.
Pers. medico e veterinario	4,2	6,9	2,8	382,6	381,2	-1,4
Pers. sanitario non medico - dirigenza	2,8	1,0	-1,8	51,8	53,7	1,9
Pers. sanitario non medico - comparto	15,2	24,1	8,9	1.151,7	1.142,7	-9,1
Pers. professionale - dirigenza	-	-	-	7,5	7,0	-0,5
Pers. tecnico - dirigenza	-	-	-	4,0	3,9	-0,2
Pers. tecnico - comparto	31,8	18,7	-13,2	286,8	320,4	33,6
Pers. amministrativo - dirigenza	3,8	4,0	0,3	13,7	13,0	-0,7
Pers. amministrativo - comparto	3,6	4,4	0,7	310,2	309,6	-0,6
<b>Totali</b>	<b>61,4</b>	<b>59,0</b>	<b>-2,4</b>	<b>2.208,4</b>	<b>2.231,5</b>	<b>23,0</b>

**Fig.1 Organico aziendale uomo/anno per articolazione e dipartimento - 2006 - Distretti**

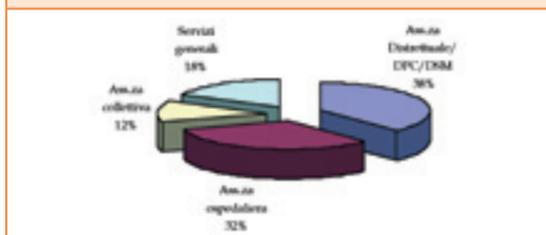


**Fig.2 Organico aziendale uomo/anno per articolazione e dipartimento - 2006 - Presidi Ospedalieri**



Come si può notare rispetto alle sette macroarticolazioni, il Distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti, 655. Rilevante anche il numero di occupati presso il Presidio Ospedaliero di Fidenza/S. Secondo, con 548 operatori. Occorre sottolineare che presso la Sede Centrale viene censita tutta la rete Aziendale relativa al Servizio Dialisi; 52 infermieri sono utilizzati nei quattro Distretti per garantire questo servizio che ha una Direzione Organizzativa e Sanitaria ad oggi centralizzata. La Figura 3 riporta i dati del personale presenti al 31/12 ma suddivisi per Area assistenziale: Distretti, Ospedali, Prevenzione, Servizi Generali. Il 37,9 % del personale viene utilizzato nell'Assistenza territoriale; il 32,0 % per l'Assistenza ospedaliera; il 12,5 % per l'area della prevenzione; il 17,6 % per i Servizi Generali presso cui sono censite tutte le attività di supporto amministrative e tecniche.

Fig.3 Dipendenti suddivisi per area di assistenza



Nella Figura 4 sono riportati 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.4 Dipendenti suddivisi per fascia d'età e per sesso - Comparto

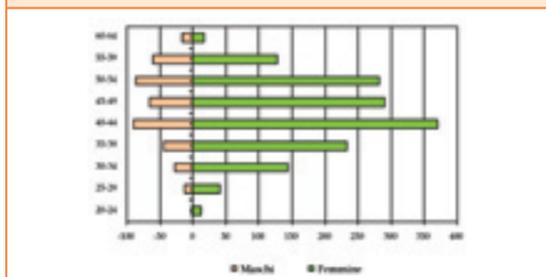
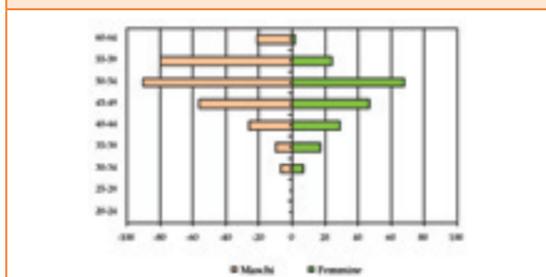


Fig.5 Dipendenti suddivisi per fascia d'età e per sesso - Dirigenza



### Andamento del personale a tempo parziale

Tab.4 Distribuzione del personale part-time all'interno delle qualifiche

	2003	2004	2005	2006
Dirigenti Medici Veterinari	1	1	2	7
Dirigenti Sanitari	4	3	3	3
Dirigenti P.T.A.	2	2	1	0
Personale Infermieristico	109	117	116	116
Personale Tecnico sanitario	7	7	10	9
Personale Prevenzione	16	26	21	21
Personale Riabilitazione	30	35	36	34
Assistenti Sociali	4	4	4	4
Personale Tecnico	13	14	13	13
O.T.A.	1	0	0	0
O.S.S.	4	5	5	5
Ausiliari	0	0	0	1
Personale Amministrativo	72	74	74	72
Totale dip. part-time	2.266	2.292	2.290	2.291

Dopo una forte crescita delle richieste di passaggio a part-time, negli ultimi 3 anni si è assistito ad un rallentamento progressivo.

### Altri rapporti con personale non dipendente

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: Ospedalieri, Territoriali, di Prevenzione. 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 è regolato da Contratti Convenzionali nazionali e da Contratti Integrativi stipulati a livello regionale o locale. Esistono inoltre rapporti Libero Professionali, trattasi perlopiù di personale medico, collaboratori (CO.CO.CO. e CO.CO.PRO.), borsisti.

### Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

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 in particolare sul ruolo e

sulle funzioni del Collegio di Direzione la sede della partecipazione dei professionisti all'individuazione delle linee strategiche dell'Azienda, innovandone i compiti e indicando ambiti di autonomia di proposta verso il Direttore Generale. La promozione della partecipazione, la valorizzazione del capitale umano e lo sviluppo di competenze idonee a garantire adeguati livelli di qualità, può avvenire, inoltre, 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.

### Livelli di partecipazione dei professionisti

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. In tale ambito il Collegio di Direzione è la sede nella quale le linee della programmazione trovano una prima estrinsecazione soprattutto per quanto attiene alla sintesi informativa ed alle ricadute che le scelte programmatiche hanno dal punto di vista organizzativo. Le linee di programmazione per l'anno 2006, allegato al bilancio di previsione per l'esercizio 2006 e le relative azioni di verifica, sono state costruite attraverso il confronto e la condivisione con i professionisti nell'ambito dei Dipartimenti afferenti all'area del governo clinico o all'area del governo economico-finanziario. Tra le attività di maggior rilievo si ricordano l'attuazione del Piano Attuativo Locale ed il relativo monitoraggio che ha visto coinvolti i gruppi di lavoro che hanno contribuito alla sua elaborazione. Sempre al fine di promuovere la conoscenza e la partecipazione dei dipendenti all'attività dell'Azienda, è stata realizzata una intensa e capillare azione di informazione del personale sui contenuti del Piano Attuativo Locale e sul processo di accreditamento che ha visto coinvolto in numerose iniziative tutto il personale dell'area comparto sanitario, tecnico e amministrativo attraverso al realizzazione di oltre 40 iniziative in tutti i Distretti e Presidi Ospedalieri e nella Sede Centrale e che hanno visto la partecipazione di oltre 1000 fra dirigenti e operatori del comparto. A livello generale - gestionale il Collegio di Direzione rappresenta l'organo dell'Azienda nel quale i professionisti, in modo collegiale e coordinato, realizzano un confronto, una discussione e la condivisione delle scelte di carattere generale e che assicura al Direttore Generale il supporto per la programmazione e la valutazione delle attività, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, per la valorizzazione delle risorse umane, per la formulazione dei programmi di formazione. Costituisce inoltre una sede per assicurare l'informazione su indirizzi regionali di carattere generale o su attività di

carattere settoriale suscettibili di rivestire un interesse di carattere generale o trasversale.

### Attività del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è 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 Comunicazione.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare in relazione a specifici argomenti i responsabili delle funzioni di staff e di articolazioni organizzative aziendali. Nel corso del 2006 l'attività del Collegio di Direzione è stata particolarmente intensa ed ha riguardato tutti gli atti più rilevanti per l'Azienda. Si sono tenute 10 sedute affrontando temi inerenti:

- la programmazione aziendale (piano delle azioni 2006 ed il bilancio di previsione 2006, il piano degli investimenti e delle attrezzature sanitarie, la politica del farmaco, l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, la verifica del Piano delle azioni dell'anno 2005, la programmazione delle attività del Programma salute immigrati e del Programma cure primarie, il Programma delle attività di assistenza specialistica, il Fondo regionale per la non autosufficienza);
- l'organizzazione aziendale (il progetto di riorganizzazione del Dipartimento salute mentale, l'attivazione della Lungodegenza di San Secondo, il progetto formazione, lo sviluppo del Dipartimento valutazione e controllo, la riorganizzazione della pediatria di comunità);
- l'avvio di progetti di qualificazione e innovazione (il programma delle attività di ricerca e innovazione, la gestione dei dati sensibili, l'accordo con i Medici di Medicina Generale, il progetto regionale stomie, il progetto "Health technology assessment" per lo sviluppo dell'ingegneria clinica, il progetto gestione del rischio);
- lo sviluppo organizzativo e le politiche del personale (l'applicazione del CCNL della dirigenza medica e veterinaria, la regolamentazione delle autorizzazioni di attività e incarichi da parte del personale dipendente).

### Organismi di carattere collegiale e partecipazione dei professionisti

A livello tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicitata nell'ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell'attività aziendale e a realizzare il governo clinico. Particolare rilievo ha assunto nel corso dell'anno il consolidamento dell'attività della Commissione aziendale per la politica del farmaco, articolato in gruppi di lavoro specifici, con l'obiettivo di favorire e migliorare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci sulla base delle più recenti evidenze scientifiche e che ha consentito di elaborare linee guida sull'uso dei farmaci volte ad una rilevante azione di orientamento dell'attività

prescrittiva. Ricostruito il **Comitato etico aziendale** nel corso del 2005, le attività e prospettive sono state anche oggetto di esame nel Collegio di Direzione, con una ampia componente clinica integrata da competenze sia di tipo epidemiologico, sia statistiche sia giuridiche. Del Comitato etico fanno parte anche due Medici di Medicina Generale e rappresentanti delle associazioni del volontariato. Gli indirizzi del Collegio di Direzione hanno orientato l'attività del Comitato anche al fine di avviare un percorso volto alla integrazione dei Comitati etici dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel corso del 2006 il Comitato etico aziendale, si è riunito 9 volte ed ha esaminato, oltre alle richieste di autorizzazione a nuove sperimentazioni (n. 20), i documenti sullo stato delle sperimentazioni già avviate. Inoltre nel corso del 2006, il percorso di integrazione dei Comitati etici dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha visto un ulteriore impulso anche a seguito dell'approvazione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

### Gruppi di lavoro per linee di programmazione

**Diversi gruppi di professionisti** sono stati costituiti per elaborare linee di indirizzo aziendale su temi connessi alle priorità individuate negli atti di programmazione; di seguito se ne elencano alcuni:

- 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;
- assetto organizzativo ed il programma di lavoro del Servizio Infermieristico e Tecnico con la partecipazione delle figure professionali interessate dipendenti;
- elaborazione del protocollo sul percorso dei pazienti che assumono farmaci antipsicotici atipici e diffuso a tutti i Medici di Medicina Generale;
- 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;
- gruppo aziendale per l'Health Technology Assessment con il compito di individuare e proporre gli strumenti, le modalità e i tempi ottimali, attraverso cui realizzare lo sviluppo delle tecnologie in Azienda, con particolare riguardo agli ambiti della progettazione di nuove metodiche cliniche, supportate da tecnologia e/o all'individuazione di un utilizzo appropriato della tecnologia esistente a livello provinciale, in relazione alle opportunità organizzative e tecnologiche aziendali ed extraaziendali;
- "Linee guida per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito" elaborate con il coordinamento del Programma Aziendale di Geriatria Territoriale e la partecipazione delle figure professionali interessate dipendenti, convenzionate e personale delle residenze sanitarie assistenziali della provincia di Parma;
- documento "Razionalizzazione delle procedure per la fornitura dei presidi sanitari per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia - analisi dei dati disponibili

nella provincia di Parma e proposte per una omogeneizzazione delle prescrizioni e delle modalità di distribuzione", elaborato dal gruppo interaziendale per l'implementazione del progetto di gestione integrata del diabete tipo 2;

- documento "protocollo operativo per il rilascio/rinnovo della patente di guida ai pazienti con diabete" elaborato da un gruppo di lavoro appositamente costituito;
- 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;
- gruppo di coordinamento interaziendale per la sorveglianza ed il controllo del morbillo e della rosolia congenita;
- monitoraggio del modello organizzativo day service aziendale;
- applicazione delle Linee guida regionali di intervento per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore - estate 2006;
- analisi organizzativa e tecnica dell'attività specialistica e diagnostica ambulatoriale (governo clinico);
- 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".

### Gruppi interaziendali AUSL/AOSP

Si segnala, inoltre, costituzione di alcuni **gruppi interaziendali di professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria** per promuovere e realizzare interazione di attività e di processi assistenziali; a questo proposito meritano di essere segnalati alcuni:

- Comitato cardiologico di coordinamento della rete e del Progetto IMA con il compito di elaborare i protocolli operativi, stabilire la gradualità di sviluppo del progetto, organizzare verifiche sperimentali;
- **avvio della costituzione di una Commissione Provinciale del Farmaco**, che riunisce le commissioni terapeutiche locali di quest'Azienda e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in un unico organismo, a cui si è già pervenuti all'inizio del 2007;
- gruppo di lavoro interaziendale su area emergenza-urgenza in psichiatria;
- gruppo permanente di progetto interaziendale di miglioramento e sviluppo delle reti cliniche pediatriche, per quanto riguarda l'integrazione ospedale territorio;
- gruppo di lavoro interaziendale per il progetto "Razionalizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni di Risonanza Magnetica", che ha prodotto le prime indicazioni per un uso appropriato di tale tecnologia.

## Gestione del rischio e della sicurezza

La sicurezza dei lavoratori è un valore associato al lavoro e può essere perseguita solo con l'impegno di tutti i gli operatori interessati al processo di organizzazione e svolgimento del lavoro stesso. Lavorare in sicurezza per gli operatori significa non solo controllare i rischi presenti e specifici dell'attività svolta, ma permette anche di ottimizzare le risorse e di perfezionare l'attività assistenziale. **Valutazione dei rischi:** la valutazione del rischio è intesa come un processo di miglioramento finalizzato alla riduzione efficace dei principali rischi presenti; infatti il percorso di valutazione dei rischi è di fondamentale importanza all'interno dell'organizzazione aziendale, in quanto da questo si avvia anche il processo di miglioramento dell'attività svolta. Nel corso del 2006 sono stati predisposti gli aggiornamenti relativi della Scheda di Valutazione dei rischi per alcune sedi aziendali: tali documenti, che comprendono anche la proposta di interventi di bonifica, sono stati distribuiti ai Datori di Lavoro. Il SPPA ha affrontato la valutazione dei rischi come "approccio globale al rischio", pertanto successivamente ed in riferimento all'intera Azienda sono stati affrontati e valutati rischi specifici. Fra gli argomenti di rischio affrontati, grande rilievo è stato dato a: la valutazione del rischio biologico, analisi delle postazioni in cui si utilizza un Videoterminale (VDT), individuazione dei Dispositivi di Protezione Individuali. **Valutazione del rischio biologico:** il percorso di valutazione è iniziato negli anni 2004 e 2005; nell'anno 2006 sono stati aggiornati i documenti relativi a due Distretti ed un Presidio Ospedaliero. La Valutazione indaga, per ogni Reparto/Unità Operativa, in riferimento alle figure professionali presenti ed all'attività svolta dalle stesse, i dati relativi agli infortuni a matrice biologica, le vaccinazioni, la sorveglianza sanitaria, la formazione degli operatori, le procedure operative presenti e indica, rispetto ad una scala di valori, la "gravità del rischio" presente.

**Valutazione postazioni munite di VDT:** in riferimento alle postazioni presenti nell'intera Azienda ed individuate dai datori di lavoro, il SPPA ha provveduto all'analisi dei posti di lavoro, con particolare riferimento ai rischi per la vista e per gli occhi, problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale ed alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale (Rif. Normativi: D.M. 2 Ottobre 2000 - G.U. n. 244 del 18 Ottobre 2000 - "Linee guida per l'uso dei videoterminali" e artt. 4 co. 1 - 52 c. 1 del D.L.vo 626/94).

Tab.5 Postazioni videoterminali

	Sedi valutate	Postazioni valutate	Sedi da valutare	Postazioni da valutare
Distretto Sud-Est	4	38	0	0
Direzione Generale	1	111	0	2
P.O. Fidenza	1	60	0	0
Distretto Fidenza	7	79	0	1
Distretto Parma	12	92	1	8
Distretto Borgotaro	6	32	2	2
P.O. Borgotaro	1	20	0	0
Totale	32	432	3	13

Relativamente alla sicurezza del personale, è stato predisposto il **Documento che identifica i Dispositivi di protezione individuali** (approvato con Determinazione del Direttore Sanitario e parte integrante del Documento di Valutazione dei rischi) che devono essere forniti ai lavoratori per eliminare i rischi residui ancora presenti; detto Documento si interfaccia con la gestione degli acquisti. Il Servizio ha inoltre collaborato alla distribuzione delle calzature a tutto il personale dell'Azienda definendo anche la Procedura di consegna.

**Gestione delle Emergenze:** la gestione delle emergenze è particolarmente complessa per le strutture dell'Azienda, in particolare se interessate da attività sanitarie con posti letto o comunque frequentate da numerosi utenti. Le strutture aziendali sono dotate di un piano d'emergenza, oggetto di aggiornamento anche a seguito degli interventi strutturali od organizzativi effettuati. Sono stati organizzati e condotti sia i corsi di addestramento di base antincendio che specifici incontri formativi in materia di emergenza incendio, con simulazione di situazioni di emergenza. Il Servizio ha collaborato con i datori di lavoro all'identificazione degli Addetti delle Squadre di Emergenza.

Tab.6 Quadro riepilogativo relativo agli addetti che hanno frequentato Corsi di formazione antincendio

	Operatori presenti	Corso 8 ore	Corso 16 ore	Totale addetti formati	%
Distretto Borgotaro	169	129	4	133	78,70
P.O. Borgotaro	202	55	96	151	74,75
Direzione Generale	192	22	8	30	15,63
Distretto Fidenza	340	91	25	116	34,12
P.O. Fidenza	574	87	209	296	51,57
Distretto Parma	735	285	23	308	41,90
Distretto Sud-Est	199	102	0	102	51,26
Totale	2.411	771	365	1.136	47,12

Corsi antincendio effettuati	
Corsi da 8 ore (docenza a carico SPPA)	Corsi da 16 ore (docenza a carico VV.FF)
n.3 corsi da 57 operatori	n.2 corsi da 42 operatori

Rispetto all'anno 2006:

L'obiettivo formativo è raggiungere il 70% del personale formato sulla prevenzione e lotta antincendio e sul piano d'emergenza entro il 2008. Sono stati effettuati, inoltre, le seguenti iniziative di formazione:

- Incontri informativi sulle procedure d'emergenza specifiche, relative alla struttura di appartenenza: P.O. e Distretto di Fidenza - sede di Vaio, Ospedale di San Secondo, Polo di Langhirano, Centri Disabili del Distretto di Parma, Day Center di Colorno, Camera iperbarica P.O. Vaio;
- Incontri formativi per la corretta procedura di gestione delle bombole di ossigeno (strutture sanitarie);
- Incontri informativi finalizzati alla predisposizione delle Procedure di sicurezza relative all'accreditamento istituzionale delle sedi aziendali;
- Sopralluoghi finalizzati alla ricognizione relativa alla

- presenza della cartellonistica di sicurezza;
- Corso di formazione teorico pratico per l'uso di DPI per emergenza Influenza aviaria (n. 28 Veterinari dei Servizi Distrettuali - Area A);
- Corso di formazione e simulazione emergenza NBC;
- Corso di formazione per le attività che comportano impiego di Radiazioni ionizzanti - aggiornamento di corsi precedenti.

Sono state elaborate le statistiche annuali degli Infortuni occorsi al personale dipendente. Dall'analisi dei dati degli infortuni relativi all'anno 2006 si evidenzia, un leggero aumento degli infortuni - 107 infortuni nel 2005 contro i 110 nel 2006 - accompagnato tuttavia, da un considerevole aumento delle giornate lavorative perse: 1.952 nel 2005 contro le 2.741 nel 2006. Numericamente nel 2006 si sono verificati n. 110 infortuni contro i 105 del 2005, con un aumento della durata media: si passa infatti da 18,2 giorni nel 2005 a 24,91 nel 2006.

Tab.7 Distribuzione degli infortuni per tipologia, numerosità - anno 2006

Forma	N. infortuni	%	G.G. Lavorative perse	%
In itinere	17	15,45	514	18,75
Spostando/Sollevando	17	15,45	429	15,65
Scivolando	15	13,64	291	10,62
Piede in fallo	14	12,73	243	8,87
Movimento in coordinato	10	9,09	238	8,68
Caduto in piano	7	6,36	275	10,03
Incidente alla guida	7	6,36	153	5,58
Aggredito	5	4,55	383	13,97
Colpito da	5	4,55	63	2,30
Schiacciato da	5	4,55	51	1,86
Urto contro	4	3,64	48	1,75
Contatto con	3	2,73	18	0,66
Si schiacciava	1	0,91	35	1,28
Totale	110	100	2.741	100

Fig.6 Distribuzione degli infortuni per età e sesso degli addetti - 2006

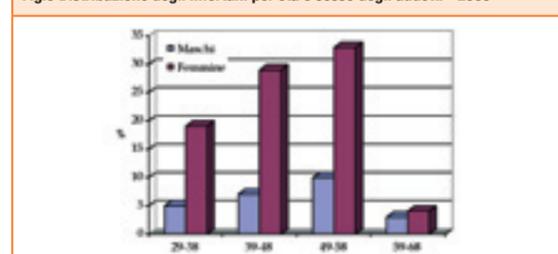
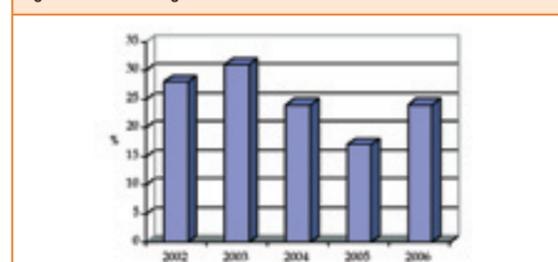


Fig.7 Durata media degli infortuni: 2002-2006



Analizzando nel dettaglio le Forme di infortunio più frequenti, il confronto anni 2005/06 evidenzia quanto segue:

Tab.8 Forme più frequenti di infortunio: 2005-2006

Forma	Anno 2006	G.G. Lavorative perse 2006	Anno 2005	G.G. Lavorative perse 2005
In itinere	17	514	16	310
Spostando/Sollevando	17	429	13	244
Scivolando	15	291	11	324
Piede in fallo	14	243	11	243
Movimento in coordinato	10	238	10	197
Caduto in piano	7	275	3	147
Incidente alla guida	7	153	3	25
Aggredito	5	63	9	75

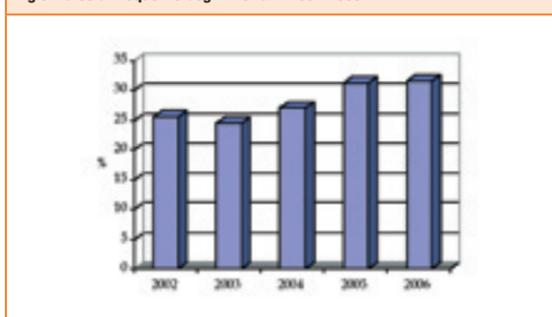
Rispetto alle Articolazioni Aziendali (Distretto di Parma, Sud Est, Borgotaro, Fidenza, P.O. Fidenza-San Secondo, P.O. Borgotaro, Direzione Generale), si evidenzia quanto segue:

Tab.9 Quadro riepilogativo relativo agli addetti che hanno frequentato Corsi di formazione antincendio

Articolazione aziendale	N. addetti	Infortuni anno 2006	G.G. Lavorative perse 2006
Distretto Parma	700	45	1.293
P.O. Fidenza S. Secondo	574	22	713
P.O. Borgotaro	202	15	143
Distretto di Fidenza	325	13	349
Distretto Borgotaro	166	10	96
Sede Centrale	249	3	107
Distretto Sud-Est	195	2	40
Intera Azienda	2.411	110	2.741

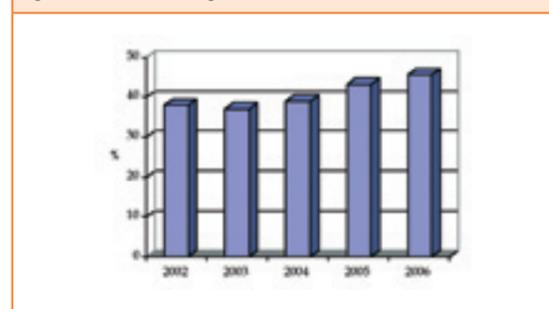
Tale aumento è evidente anche nel confronto dell'Indice di Frequenza - IF = (numero di infortuni/Numero Ore lavorate) x 1.000 - che passa da 31,53 nel 2005 a 32,72 nel 2006. Deve essere segnalata la leggera diminuzione del numero di dipendenti (2.475 nel 2005 rispetto a 2.411 nel 2006), accompagnata dalla conseguente diminuzione delle ore lavorate.

Fig.8 Indice di frequenza degli infortuni: 2002-2006



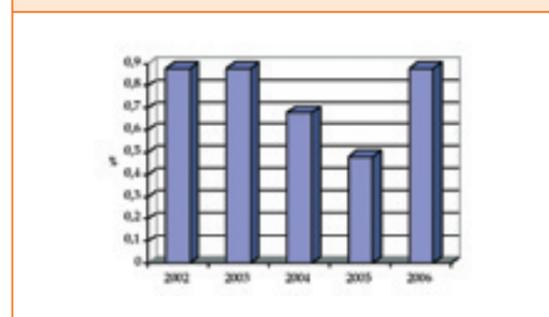
L'Indice di Incidenza - II = (numero di infortuni/numero di dipendenti) x 1.000 - passa da 43,2 nel 2005 a 45,62 nel 2006.

Fig.9 Indice di incidenza degli infortuni: 2002-2006



L'Indice di Gravità - IG = (numero di giorni di assenza/numero di ore lavorate) x 1.000 - aumenta sensibilmente: da 0,5 nel 2005 a 0,81 nel 2006 ed è in linea con l'aumento del numero di giornate lavorative perse, a causa degli infortuni. Ne deriva che è aumentata la gravità degli infortuni.

Fig.10 Indice di gravità degli infortuni: 2002-2006



Gli infortuni a rischio biologico con prognosi di 0 giorni (non comportanti cioè l'assenza dal lavoro) per l'intera Azienda USL nel 2006 sono pari a 70, contro i 77 del 2005, così suddivisi:

Tab. 10 Infortuni a rischio biologico - 2006

Articolazione Aziendale	Infortuni
Distretto Parma	10
P.O. Fidenza S. Secondo	37
P.O. Borgotaro	15
Distretto Sud-Est	1
Sede Centrale	0
Distretto di Fidenza	5
Distretto Borgotaro	2
Intera Azienda	70

Nell'anno 2006 non si sono verificati casi di sieroconversione.

**Medico competente: visite mediche preventive e periodiche D.Lgs. 626/94**

Nel 2006, sulla base del protocollo di sorveglianza sanita-

Tab.11 Distribuz. degli infortuni biologici per articolaz. aziendale e tipologia - 2006

Articolaz. Aziendale	Puntura	Taglio	Contamin. mucosa	Contamin. cute lesa	Contamin. cute integrata	Abrasione	Tot.
Amb. endoscopia	1	-	1	-	1	-	3
Amb. urologia	1	-	-	-	-	-	1
Assistenza domiciliare	2	-	-	-	-	-	2
Chirurgia	2	-	-	-	-	-	2
Comparto operatorio	8	4	2	-	-	-	14
Diagnosi e cura	-	-	1	-	-	-	1
Dialisi	2	-	2	-	-	-	4
Endoscopia digestiva	-	-	1	-	-	-	1
Fisioterapia	1	-	-	-	-	-	1
Hospice	1	-	1	-	-	-	2
Igiene Pubblica	1	-	-	1	-	-	2
Laboratorio	1	-	-	-	-	-	1
Lungodegen.	3	-	-	-	-	-	3
Med. Urgenza	2	-	-	-	-	-	2
Medicina	8	-	2	-	1	1	12
Ortopedia	1	-	-	-	-	-	1
Ostetricia	-	-	1	-	-	-	1
Poliambulatori	2	-	-	-	-	-	2
Pronto Soccorso	4	-	1	-	-	-	5
Punto prima Assistenza	1	-	-	-	-	-	1
Punto prelievi	2	-	-	-	-	-	2
Sert	1	-	-	-	-	-	1
Urologia	2	-	-	-	-	-	2
Totale	46	4	12	1	2	1	66

Tab. 12 Personale accidentalmente esposto a liquidi biologici - 2006

Personale	Infortuni
Fisioterapista	1
Personale Infermieristico	40
Personale OTA, OS, OSS	7
Assistente Sanitario	1
Tecnico di Laboratorio	1
Allievo infermiere	5
Obiettore, Volontario	1
Totale	70

Tab. 13 Dati sierologici della fonte di esposizione (per HIV,HBV e HCV)

Personale	Infortuni
HIVAb+	1
HBsAg+	-
HCVAb+	11
Sieronegativo	44
Sconosciuta	14
Totale	70

ria adottato e degli scadenzari, sono stati visitati, ai sensi

del D.Lgs. 626/94, 951 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. Il 13% (94 su 692) del personale sanitario dei Presidi presenta patologie acute o degenerative del rachide, in particolare lombo-sacrale. La tabella successiva riporta la prevalenza di giudizi di NON IDONEITA' PERMANENTE O TEMPORANEA e di IDONEITA' CON LIMITAZIONE, di tutti i dipendenti con qualifica sanitaria, tecnica e amministrativa, che risulta rispettivamente pari allo 0,6% e al 3,3% sul totale dei dipendenti, pari a 2.411 unità. La percentuale sale all'1,3% per le "inidoneità" e al 5% per le "limitazioni" del personale con qualifica sanitaria dei Presidi Ospedalieri sul totale dei dipendenti impiegati con la stessa qualifica (816 unità). Le principali patologie che condizionano l'espressione di un giudizio di "inidoneità" o "idoneità con limitazione" sono in ordine decrescente: le patologie osteoarticolari, lo stato di gravidanza-puerperio, le patologie cardiovascolari, le neoplasie e le patologie oculari e allergo-respiratorie.

\* Patologie:

- 1 (rachide-osteoarticolare);
- 2 (neuro-psicol);
- 3 (cardiovascolare);
- 4 (neoplasie);
- 5 (gravidanza);
- 6 (app. visivo ed altre).

Tab. 14 Giudizi di non idoneità o con limitazione al 31 dicembre 2006

Mansioni	n°	%	P.O.	Distr.
Infermiere	9	56	9	-
OSS-O.T.	4	25	2	2
Ostetrica	1	6,5	-	1
Fisioterapista	2	12	-	2
Medico	-	-	-	-
Veterinario	-	-	-	-
Impiegato	-	-	-	-
Tecnico	-	-	-	-
Totale	16	-	11	5
% su dipend.				0,6%
% su sanitari				1,3%

Mansioni	n°	%	P.O.	Distr.
Infermiere	7	50	7	-
OSS-O.T.	5	36	4	1
Ostetrica	-	-	-	-
Fisioterapista	1	-	-	1
Medico	1	-	1	-
Veterinario	-	-	-	-
Impiegato	-	-	-	-
Tecnico	-	-	-	-
Totale	14	-	12	2
% su dipend.				0,58%
% su sanitari				1,5%

Mansioni	n°	%	P.O.	Distr.
Infermiere	30	40	20	10
OSS-O.T.	12	16	8	4
Ostetrica	3	-	1	2
Fisioterapista	4	-	-	4
Medico	13	17	12	1
Veterinario	7	-	-	7
Impiegato	6	-	-	6
Tecnico	4	-	4	-
Totale	79	-	45	34
% su dipend.				3,3%
% su sanitari				5,5%

Tab. 15 Prevalenza di giudizi di "non idoneità o limitazione" per tipologia di patologia

Mansioni	Patologie*					
	1	2	3	4	5	6
Infermiere	8	2	-	2	-	-
OSS-O.T.	2	-	2	-	-	-
Ostetrica	-	1	-	-	-	-
Fisioterapista	1	-	-	1	-	-
Medico	-	-	1	-	-	-
Veterinario	-	-	-	-	-	-
Tecnico	-	-	-	-	-	-
Impiegato	-	-	-	-	-	-
Totale	11	3	3	3	9	-
% totale	38%	10%	10%	10%	31%	-

Mansioni	Patologie*					
	1	2	3	4	5	6
Infermiere	22	1	2	-	-	5
OSS-O.T.	12	-	-	-	-	-
Ostetrica	-	-	-	-	-	-
Fisioterapista	4	-	-	-	-	-
Medico	-	3	7	1	-	2
Veterinario	2	-	3	1	-	1
Tecnico	-	2	1	-	-	1
Impiegato	-	-	-	-	-	6
Totale	40	6	13	2	4	14
% totale	51%	7,5%	16%	2,5%	5%	18%

Le prevalenze di "non idoneità" o "idoneità con limitazione" riscontrata nel personale infermieristico e ausiliario (OSS, OT,ausiliari) di Presidio Ospedaliero, è inferiore a quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali, che sembrano indicare percentuali di limitazioni-non idoneità variabili dal 5-6% per il personale infermieristico e 10-22% per gli operatori socio-sanitari.

Ridefinizione dei Ruoli Professionali In Relazione allo Sviluppo delle Strategie Aziendali

Servizio Infermieristico e Tecnico

Per affrontare nel giusto contesto il tema della valorizzazione degli operatori e dei professionisti sanitari e tecnici, nonché il ruolo che gli stessi svolgono nell'organizzazione, l'Azienda ha promosso la concretizzazione del processo di riorganizzazione del Servizio Infermieristico e Tecnico, sulla base del progetto approvato dal Collegio di Direzione e condiviso dalle organizzazioni sindacali. Il SIT, attraverso i propri organismi collegiali in cui sono rappresentate tutte le posizioni di coordinamento a livello aziendale, di Macroarticolazione, di Dipartimento, di Unità Operativa, nonché il rappresentante di ogni professione ivi afferente, ha formulato il piano programmatico triennale di attività 2006-2008 in cui sono inseriti progetti riguardanti:

- la funzione di pianificazione dell'utilizzo della risorsa umana, orientata alla promozione di modelli organizzativi che prevedono il miglior impiego e la valorizzazione della stessa;
- la funzione di governo clinico-assistenziale in termini di: efficacia, appropriatezza, valutazione e controllo dei processi, attraverso modelli organizzativi che favoriscono l'integrazione dei professionisti ed il raggiungimento di alti standard socio-sanitari e promozione di processi tendenti a migliorare le competenze e la motivazione dei sanitari;
- la funzione inerente la formazione di base - post base e permanente con finalità di promozione delle competenze professionali tali da garantire sicurezza ed elevati livelli assistenziali alle persone.

Valorizzazione del ruolo infermieristico - ostetrico nelle strategie aziendali

La Direzione Infermieristica di alcune strutture ad alta valenza assistenziale come gli Hospice e la Lungodegenza, ha favorito il processo di presa in carico o di dimissione del paziente garantendo la continuità delle cure ed attenuando gli effetti psicologici conseguenti al passaggio da un ambiente familiare ad un ambiente protetto ma estraneo e viceversa.

**Hospice:** la funzione della "presa in cura" del paziente affetto da patologia oncologica ed ormai in fase terminale è caratterizzata da un accompagnamento di tutta l'equipe multiprofessionale che opera all'interno dell'Hospice (infermiere, operatore socio-sanitario, psicologo, medico palliativista) e dal medico di famiglia. Questo modello assistenziale favorisce, per quanto possibile, la domiciliarità garantendo ed assicurando la continuità delle cure ed una assistenza altamente qualificata.

**Lungodegenza:** si è concretizzato il progetto di riorganizzazione della Lungodegenza a Direzione Infermieristi-

ca che vede la definizione dei vari livelli di responsabilità, degli strumenti operativi di integrazione multiprofessionale e le linee di comportamento assistenziali; in particolare si è costituito un gruppo infermieristico che ha acquisito competenze specifiche nel trattamento avanzato e nella cura delle lesioni da compressione.

**Stomatoterapia:** si è concretizzato il progetto aziendale a valenza regionale, che prevede lo sviluppo di programmi assistenziali nell'ambito della rete dei servizi dell'Azienda sanitaria e la costruzione di percorsi integrati ospedale - territorio continuativi e multidisciplinari che assicurano una presa in carico globale. Il percorso assistenziale per i pazienti portatori di stomia diventa così area di valorizzazione della professione infermieristica.

**Dipartimento Cure Primarie:** si sono parzialmente concretizzate le attribuzioni degli incarichi di coordinamento infermieristico - riabilitativo ed ostetrico, finalizzati allo sviluppo degli ambiti di responsabilizzazione nel sistema di produzione delle cure primarie, un consolidamento dei percorsi integrati ospedale-territorio individuando figure specifiche per il presidio dei percorsi territoriali e l'utilizzo della rete dei servizi. È stato avviato il consolidamento dei Nuclei delle Cure Primarie, sono stati attribuiti 7 incarichi di coordinamento infermieristico di cui:

- 4 sul Distretto di Parma relativamente ai NCP di San Leonardo, Lubiana, Montanara, Sorbolo-Mezzani,
- 1 sul Distretto di Fidenza relativamente al NCP di Busseto,
- 2 sul Distretto di Borgo Val di Taro relativamente ai NCP dell'Alta e Bassa Valle.

Per ognuno di questi è stata definita una chiara definizione dei ruoli, una condivisione delle funzioni, una identificazione dei percorsi organizzativi comuni e di area, una assegnazione degli strumenti e delle risorse.

È stata formulata una progettazione definendo:

- obiettivi a medio termine che vede impegnati tutti gli operatori che afferiranno ai NCP in una formazione interna ed integrata, in tema di ruoli e funzioni di ogni professionista presente, nonché la gestione delle risorse e dei percorsi;
- obiettivi a lungo termine finalizzati a:
  - elaborazione di piani assistenziali individualizzati, multidimensionali (bio-psico-sociali), multidisciplinari (a valenza medica - psicologica - assistenziale), multiprofessionali a favore di utenti affetti da patologie oncologiche e pluripatologie complesse;
  - integrazione multiprofessionale (incontri periodici documentati - condivisione degli obiettivi del PAL - verifica raggiungimento obiettivi) in riferimento ai casi a media ed elevata complessità;
  - gestione organizzata della Struttura in cui è inserito il NCP.

A favore della domiciliarità è iniziato anche sul Distretto Sud Est, dopo il Distretto Valli Taro e Ceno, il percorso innovativo di "Telecardiologia" diretto al domicilio ed alle strutture residenziali e semiresidenziali.

**Specialistica Ambulatoriale:** anche in quest'area sono stati avviati progetti sperimentali di riorganizzazione, finalizzati all'impiego ottimale delle risorse ed alla valorizzazione delle professionalità.

In particolare, per rilevanza:

**Poliambulatorio Pintor:** partendo dal raggruppamento per aree omogenee degli ambulatori specialistici, effettuata una analisi delle varie attività ambulatoriali si è proceduto alla:

- assegnazione del personale infermieristico agli ambulatori dove è stata rilevata prevalente necessità di specifiche competenze (interventi chirurgici, somministrazione terapie, educazione alla salute, ecc.)
- assegnazione alle aree, in cui l'attività medica necessita di supporto (ecografie) ed alla accettazione/accolgienza, di personale con qualifica di OTA/OSS
- identificazione di referenze e responsabilità in merito a specifiche funzioni infermieristiche (processi)
- attivazione di gruppi di miglioramento multiprofessionale (avviato il gruppo che sta lavorando sul tema "asepsi/antisepsi/sterilizzazione)
- pianificazione dell'inserimento/addestramento del personale addetto alle accettazioni
- avviata la formazione interna sull'appropriatezza assistenziale, sui ruoli istituzionali, sulla modifica di percorsi operativi.

**Attivazione dell'ambulatorio diabetologico,** tramite inserimento di infermieri e personale di supporto con la definizione di ruoli e funzioni che vede:

- la presa in carico dell'utente da parte dell'infermiere,
- la valutazione integrata (medico-infermiere)
- la gestione infermieristica degli aspetti educativi e di feed-back, nonché l'addestramento in merito alla terapia insulinica ed ai test glicemici
- l'approvvigionamento di farmaci e dispositivi, la distribuzione diretta dei presidi previsti nei PAI da parte del personale di supporto con la supervisione e vigilanza degli infermieri
- la revisione integrata dei casi critici con modifica dei piani di cura ed assistenziali.

**Ambulatorio per la cura delle lesioni da stasi, a gestione ed organizzazione infermieristica,** che vede un impegno dell'infermiera addetta e dell'infermiere coordinatore nelle attività di:

- presa in carico di casi ed utenti
- valutazione integrata (medico-infermiere) dei casi
- prescrizione integrata di medicazioni e bendaggi
- gestione infermieristica della lesione, monitoraggio documentato (strumenti cartacei ed informatizzati) circa l'evoluzione delle lesioni
- educazione alla salute relativamente all'alimentazione, all'igiene, agli stili di vita
- la formazione continua del personale assegnato.

### Salute donna e bambino

Si è protratta per tutto il 2006 la sperimentazione dell'assistenza alla gravidanza fisiologica ed al parto da parte del personale ostetrico. Già dal primo incontro, con un colloquio formalizzato, la donna gravida ha la possibilità di scelta dell'operatore, ostetrica o ginecologo/a ed avere la certezza di una assistenza personalizzata per

tutto l'iter della gravidanza. Sono stati introdotti a livello consultoriale metodologie operative innovative che hanno snellito il percorso di accesso ai servizi (prenotazione diretta in consultorio, gestione informatizzata dei dati, e impiego della cartella informatizzata).

### Presidio Ospedaliero di Fidenza e Comparto Operatorio

Nell'ambito dello sviluppo organizzativo-gestionale riservato al personale infermieristico, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza, alla sicurezza del paziente e ad una attivazione appropriata dei percorsi ospedale-territorio, sono stati attribuiti incarichi di coordinamento finalizzati al governo delle attività esternalizzate ed al comfort alberghiero, al controllo delle infezioni ospedaliere e alle funzioni di case manager.

Nell'ambito della valorizzazione professionale infermieristica nel comparto operatorio sono stati inseriti gli Operatori socio-sanitari.

Ciò ha richiesto una revisione del sistema organizzativo attribuendo attività specifiche e qualificanti ai professionisti infermieri.

### Salute mentale

Nel Dipartimento di salute mentale, gli infermieri e gli educatori afferenti, sono impegnati nello sviluppo di diversi settori e progetti di miglioramento, in particolare sono stati costituiti gruppi di lavoro stabili, presidiati da facilitatori dipartimentali con la funzione di definire aspetti di criticità interne alle aree operative, su cui lavorare per risolverle.

Il personale infermieristico ha partecipato allo sviluppo dell'integrazione tra il DSM e il DCP che ha visto la realizzazione delle iniziative informative e formative con la conseguente rendicontazione.

Sono stati avviati progetti proponenti interventi migliorativi della domiciliarità assistita con particolare riguardo all'autonomia del paziente e alla situazione igienico-ambientale.

### Dialisi

A seguito della riassegnazione del personale infermieristico e di supporto all'ambito aziendale, è stato possibile affiancare al Coordinamento infermieristico unico, sempre più impegnato nella gestione, nella valutazione della produttività, nonché nei rapporti con i clienti esterni, altri 5 coordinatori così distribuiti:

- 2 per il Distretto di Parma,
- 2 per il Distretto di Fidenza,
- 1 per il Distretto Sud Est;

gli stessi svolgono anche attività assistenziale diretta. L'inserimento degli OSS nel processo assistenziale, presso il centro di Parma che dializza il 50% degli utenti in

trattamento dialitico, ha garantito il superamento di competenze generiche o improprie dell'infermiere, un conseguente recupero di risorse, una più puntuale e precisa accoglienza, una corretta presa in carico, la strutturazione di PAI in soggetti portatori di polipatologie.

### Programma Geriatria Territoriale

Gli infermieri e gli operatori che, a vari livelli sono impegnati nell'assistenza all'anziano, sono stati attori, che ha visto la loro presenza in corsi di formazione, altamente qualificanti, finalizzati a promuovere i massimi livelli di integrazione, di confronto, nonché l'elaborazione di strumenti operativi condivisi e la sperimentazione degli stessi.

### Accreditamento

Il percorso verso l'accreditamento istituzionale ha coinvolto molte strutture aziendali: Presidio Ospedaliero di Fidenza, Hospice di Borgo Val di Taro, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Sanità Pubblica, Ambulatori Odontoiatrici (in fase di avvio), ha reso necessario attuare interventi formativi specifici ed individuare strumenti e modalità organizzative e di governo clinico-assistenziale che assicurino un monitoraggio costante dell'andamento delle attività assistenziali, la realizzazione delle azioni previste, la conoscenza delle attività svolte e dei servizi resi e delle risorse impiegate al fine della valutazione e della programmazione.

### Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze

Anche nel corso del 2006 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, 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 sem-

pre 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 human resources, 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

Per l'area Comparto sono stati conclusi diversi accordi riguardanti tanto aspetti di disciplina della struttura organizzativa di diversi servizi quanto profili di regolamentazione giuridica di alcuni istituti. Tra i più importanti documenti sottoscritti possiamo menzionare l'intesa sull'avvio del Servizio Infermieristico e Tecnico, la cui premessa fondamentale risiede nella capacità di sviluppare le potenzialità professionali e le competenze specialistiche dei professionisti coinvolti (infermieri, ostetriche, educatori professionali, assistenti sociali e tecnici sanitari). A fronte della complessa attività territoriale e ospedaliera che l'Azienda UsI di Parma è tenuta ad erogare, si è quindi reso necessario sviluppare un Servizio Infermieristico e Tecnico "moderno", capace di realizzare un sistema di attività di nursing e di attività tecnico-sanitarie che siano la struttura portante del sistema clinico e assistenziale. L'intesa rappresenta quindi uno stimolo marcato alla partecipazione attiva degli operatori ai processi di innovazione intrapresi in ambito aziendale. Dopo un lungo lavoro di elaborazione all'interno del gruppo di lavoro dipartimentale, le delegazioni di parte aziendale e sindacale hanno concertato il documento per la riorganizzazione del Programma Dipendenze Patologiche e del Dipartimento di Salute Mentale in previsione del nuovo atto aziendale. Funzione dell'intesa sottoscritta è quella di assicurare una più precisa pianificazione e programmazione nonché un efficace coordinamento delle attività in tale ambito. Al fine di consolidare alcuni punti fermi nella dotazione organica del comparto operatorio del Presidio Ospedaliero di Fidenza-S. Secondo, è stato sottoscritto un apposito accordo teso all'elaborazione di un progetto di riorganizzazione diretto al superamento di una perdurante situazione di sofferenza organizzativa. In relazione al personale dei

ruoli amministrativo, sanitario e tecnico, dopo una serrata fase di trattative, è stato siglato l'accordo che rende univoche le modalità di accesso ai permessi e ai contributi economici aziendali per i corsi universitari post base (master e lauree specialistiche) che rientrano nelle priorità e nel budget stabiliti dalla direzione dell'Azienda. Si è pure provveduto a rivedere il periodo temporale riguardante l'incentivazione alla produttività concordando di far corrispondere quest'ultimo con l'anno solare (anziché 1° maggio - 30 aprile) così da rendere più funzionali e lineari le fasi di progettazione - esecuzione - verifica e retribuzione che contraddistinguono tale istituto. In esito ad una specifica trattativa sulla riqualificazione del personale di area amministrativa, tecnica e sanitaria, è stato concluso un accordo che favorisce e riconosce la crescita professionale dei dipendenti nell'ambito di un processo che tenga in considerazione il livello di conoscenza, l'esperienza di lavoro e le attitudini necessarie per ogni qualifica interessata.

### Aree Dirigenziali

Per quanto concerne il tavolo della Dirigenza in particolare medico-veterinaria e sanitaria, nella prima parte dell'anno, il dialogo tra le parti si è incentrato sull'integrazione del percorso già intrapreso afferente l'individuazione degli incarichi di struttura semplice e professionale ad elevata specializzazione, elencazione concordata al termine di approfondita ricognizione circa le esigenze rappresentate dalle articolazioni aziendali. Le intese sulla retribuzione di posizione di entrambe le aree a seguito delle nuove disposizioni del CCNL 03/11/2005 che prevedono la retribuzione di posizione minima contrattuale unificata correlata alla posizione individuale contrattuale e alla tipologia di incarico rivestita, hanno riguardato gli aspetti economici determinati in base ai contenuti delle responsabilità assegnate a ciascun professionista incaricato. Momento qualificante si è pure rivelato l'accordo in cui si è concordato di avviare un periodo di sperimentazione diretto a dare attuazione ad una precisa disposizione del CCNL che prevede che quota parte dell'orario dedicato all'aggiornamento dei professionisti (26 ore annue) sia finalizzato al recupero delle liste di attesa ed attività assistenziali aggiuntive. 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 dei Presidi Ospedalieri, Dipartimento Salute Mentale, Servizio Tossicodipendenze, Dipartimento Cure Primarie, Centri socio-riabilitativi, Dipartimento di Sanità Pubblica e al personale tecnico e amministrativo. Avuto riguardo all'importante funzione di protezione individuale, dei colleghi, degli assistiti, nonché della popolazione tutta, per

accedere alla vaccinazione sono stati previsti percorsi preferenziali, con presenza del medico aziendale. 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 2006

Nel corso dell'anno 2006 sono stati raggiunti gli accordi sindacali di seguito menzionati e suddivisi per area negoziale.

#### AREA COMPARTO

Emergenza assistenziale periodo estivo 01/06/2006 - 30/09/2006

Riqualificazione del personale tramite progressioni verticali (personale tecnico, amministrativo, operatori Sportello Unico, personale sanitario); progressioni orizzontali - fascia 0; incentivazione alla produttività; coordinamenti sanitari e posizioni organizzative.

Regolamento concernente la frequenza con oneri a carico dell'Azienda ai corsi di formazione universitari post-base delle professioni sanitarie/amministrative/tecniche (06/09/06).

Concertazione tra Azienda USL e OO.SS./RSU area comparto. Richiesta deroghe ed assunzioni periodo settembre/dicembre 2006 (06/09/06).

Accordo in tema dell'assetto organizzativo dei comparti operatori dell'Ospedale di Vaio (31/10/2006).

Servizio Infermieristico e Tecnico - Sintesi assetto organizzativo e programma di lavoro (17/11/06).

Regolamento per la disciplina del trattamento di trasferta per missione del personale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (17/11/06).

#### AREA DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA

Retribuzione di risultato area medica-veterinaria anno 2006 Salario di posizione dei dirigenti medici in applicazione del CCNL 03/11/2005 - biennio economico 2002/03

Salario di posizione dei dirigenti veterinari in applicazione del CCNL 03/11/2005 - biennio economico 2002/03

Accordo integrativo dell'intesa 05/05/2005, in ordine alla individuazione delle funzioni di struttura semplice e professionale ad elevata specializzazione area sanitaria

Riorganizzazione del Programma Dipendenze Patologiche e del Dip. di Salute Mentale in previsione del nuovo atto aziendale (20/10/2006)

Intesa in merito all'art. 14, c. 6, (26 ore annue) finalizzato al recupero liste di attesa ed attività assistenziali aggiuntive (20/10/2006)

Accordo integrativo dell'intesa del 05/05/2005, in ordine all'individuazione delle funzioni di struttura semplice e professionale ad elevata specializzazione area sanitaria - (equipe carcere 08/08/2006)

Accordo integrativo dell'intesa del 05/05/2005, in ordine all'individuazione delle funzioni di struttura semplice e professionale ad elevata specializzazione area sanitaria - (medico competente 20/10/2006)

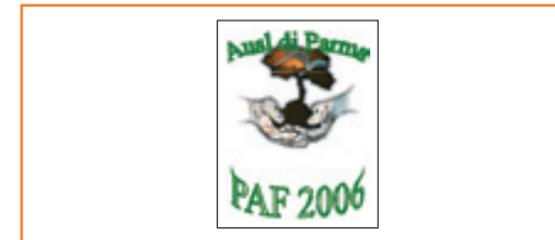
#### AREA DIRIGENZA S.P.T.A.

Inquadramento economico dei dirigenti in servizio al 01/01/2006 in applicazione del CCNL 03/11/2005 - biennio economico 2002/03

Salario di posizione dei dirigenti area STPA in applicazione del CCNL 03/11/2005 - biennio economico 2002/03

Intesa in merito all'art. 14, c. 6, (26 ore annue) finalizzato al recupero liste di attesa ed attività assistenziali aggiuntive (10/10/2006)

## Il Piano Aziendale di Formazione (PAF)



Il Piano Aziendale di Formazione (PAF) ha costituito, anche per il 2006, 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 nel rispetto delle 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 2006, 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 missione e della vision aziendali.

### Progetto "Ponte"

Le finalità principali del "Progetto Ponte", sono state quelle di fornire linee guida metodologiche chiare e univoche per la stesura di progetti aziendali, nonché di supportare la progettazione di importanti processi che, pur mantenendo una propria specificità, acquistino una forte maggiore rilevanza nell'Azienda mediante una forte INTEGRAZIONE (tra le diverse professionalità) e TRASVERSALITÀ (tra le diverse strutture).

Tutti i progetti strategici a valenza aziendale sono stati elaborati secondo il reticolo metodologico suggerito nel "Ponte" rispettando quindi le caratteristiche: FORMAZIONE, RICERCA/INNOVAZIONE, ACCREDITAMENTO/QUALITÀ e ASSISTENZA, caratteristiche necessariamente sempre presenti in ogni progetto anche se, di volta in volta, con incidenza diversa, come da indicazione regionale.

Il paradigma formativo che meglio si è prestato a sostenere lo sviluppo attuale del sistema, soprattutto per la forza didattica che possiede nel coinvolgere direttamente gli operatori nel miglioramento e nell'innovazione, è stato rappresentato dalla formazione sul campo. Le tipologie maggiormente utilizzate, sicuramente in quanto trattasi di attività già largamente presenti nella routine organizzativa, sono state le attività di addestramento/affiancamento e quelle di miglioramento; oltre alla proceduralizzazione dell'attività del Comitato Etico, nella metodologia della ricerca e dello studio.

### Formazione e sviluppo professionale del personale dipendente

In sintesi i dati relativi all'attività 2006:

- Numero complessivo dei professionisti destinatari dei crediti:
  - Dipendenti: 1800
  - Convenzionati: 490
- Percentuale dei dipendenti che hanno maturato da 15 a 30 crediti: 53%
- Percentuale dei dipendenti che hanno maturato oltre i 30 crediti: 47%

Il monte complessivo è di 50000 crediti, di cui il 70% rappresentato da iniziative interne. Complessivamente i dipendenti hanno coperto il debito formativo attestato nei 120 crediti, fissato per il periodo di sperimentazione quinquennale. L'Azienda nel 2006, ha incrementato l'offerta formativa allargata ai professionisti che partecipano alla definizione di livelli assistenziali, in un crescente coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, classificando le tematiche in 3 principali categorie: argomenti di specifico interesse medico, innovazioni di carattere organizzativo/assistenziale e strumenti del governo clinico.

È stato attuato il 1° corso pratico di continuità assistenziale rivolto a medici di continuità assistenziale. L'andamento del dato di spesa ha registrato un incremento del 30% per formazione interna di tipo residenziale.

le, indice di uno sviluppo d'attività, per la quale l'Azienda ha contabilizzato una compartecipazione regionale. La formazione rivolta al personale convenzionato non ha subito significative variazioni di spesa rispetto all'anno precedente; di converso, la spesa per le risorse umane dedicate stabilmente all'Ufficio Formazione è stata maggiorata per l'inserimento in staff di una specifica figura professionale di "esperto metodologo", nonché di due borse di studio a diciotto ore settimanali.

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.

### **Collaborazione alla formazione Universitaria**

L'Azienda ha attivo un corso di Laurea per le professioni sanitarie:

- Corso di Laurea triennale in Infermieristica, con sede a Borgo Val di Taro e Fidenza, rispettivamente per n° 21 allievi nel Distretto di Borgo Val di Taro e n° 53 per il Distretto di Fidenza;
- Collaborazione per il Corso di Laurea triennale in Fisioterapia, che registra un'iscrizione di n°25 allievi per anno in corso.

Emerge il tutor come figura di sviluppo, con funzioni e competenze poliedriche, tendenzialmente di facilitatore nei processi di apprendimento -di case management nelle attività di audit e di coordinamento nelle commissioni e nei comitati. Nel corso del 2006, ben 140 dipendenti hanno esercitato un ruolo di tutorato, per un monte ore complessivo di 22.400; mentre l'attività di docenza ha registrato un impegno per n° 25 dipendenti per un monte ore complessivo di 500 ore, prevedendo un numero di 50 coordinatori tecnici-pratici con attività complessiva di 1100 ore. Attività formative previste da corsi di laurea, attivati presso altre aziende sanitarie, hanno registrato una frequenza di 150 studenti presso le

nostre strutture aziendali; mentre le collaborazioni con le diverse Università prevedono una frequenza per i sottoindicati Master:

- Master di I livello in Infermieristica Pediatrica presso l'Università degli Studi di Parma,
  - Master di I livello di Area Critica presso l'Università degli Studi di Bologna;
  - Master di I livello di Sanità Pubblica presso l'Università di Bologna;
  - Master di I livello di Funzioni manageriali e di coordinamento presso l'Università di Parma
  - Master di I livello in Cure Palliative presso l'Università degli Studi di Parma e di Modena
  - Master di I livello in Diritto Sanitario presso la Spisa di Bologna
  - Laurea Specialistica Infermieristica ed Ostetrica
- Proficua anche per il 2006 la collaborazione con l'Università degli Studi di Parma - Dipartimento di Psicologia Clinica, in virtù di una Convenzione in materia di ricerca-azione e didattica per interventi psicologici e neuropsicologici. In virtù di Convenzione con l'Università di Parma hanno effettuato le 500 ore di tirocinio post-laurea circa 50 persone, mentre pre-laurea sono stati effettuati 5 inserimenti. E' attiva pure Convenzione con l'Università di Padova per accogliere studenti per tirocini post-laurea (2 nel 2006).

### **Collaborazioni con altri Enti di Formazione Provinciali**

Sono state avviate e si sono consolidate collaborazioni con il Consorzio Forma Futuro, IAL Emilia Romagna, Cesvip, Enaip per potenziare un'offerta formativa necessitata 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.

L'anno 2006 ha maturato l'esigenza di incrementare i percorsi formativi già attivi nel territorio provinciale, con ulteriori 2 corsi, così raggiungendo una programmazione di 8 percorsi provinciali, mentre si è raggiunta e conclusa l'attività di riqualificazione di tutto il personale dipendente da OTA ad OSS.

# 5

## Sezione

### **Sistema delle relazioni 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 quattro distinti ambiti, ciascuno dei quali riferito ad uno specifico "contesto comunicazionale":

1. La comunicazione per l'accesso ai servizi;
2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza;
3. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità;
4. La comunicazione interna aziendale.
5. 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 rappresenta un nodo centrale per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi rivolti al cittadino e per favorire una chiara ed accresciuta consapevolezza dei cittadini, sia in forma singola che attraverso le forme istituzionali ed associative, nella partecipazione alle scelte sulle politiche per la salute.

Il ruolo strategico che la comunicazione deve avere in un contesto ampio come quello della provincia di Parma si colloca nell'esigenza di migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi garantendo universalità ed equità di accesso attraverso una chiara e completa informazione ai cittadini in una duplice prospettiva:

- da un lato l'azione comunicativa che deve garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie e di promozione della salute nei contesti sempre più ricchi ed articolati della programmazione negoziata che vede attori attivi i professionisti della salute, i cittadini e le istituzioni,
- dall'altro, lo sviluppo della capacità di lettura del bisogno e di orientamento delle azioni per la salute deve trovare un forte collegamento con le abilità, le sensibilità di ascolto dei professionisti e dell'Azienda rispetto ai suggerimenti (feedback) che provengono dall'esterno (cittadini, enti locali, associazioni, sindacati, opinione pubblica, mass media) e dall'interno (professionisti, operatori, collaboratori).

L'Azienda è impegnata per il totale superamento culturale del modello burocratico-istituzionale della comunicazione che è ormai del tutto inadeguato rispetto alle richieste dei cittadini che sono sempre più puntuali, consapevoli ed articolate. In tale contesto di diversificazione delle esigenze informative quindi modulabili su esigenze specifiche di categorie di utenti ed in una dimensione relazionale di reciprocità occorre dare sviluppo a tutti gli strumenti di comunicazione con particolare riferimento a quelli interattivi e 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, in tutte le articolazioni distrettuali si sta affermando sempre più che la comunicazione per la promozione dei temi relativi alla salute e agli stili di vita sani si colloca in una 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 anche 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 visione strategica aziendale è orientata all'adeguata-

tezza e alla qualità dei servizi offerti, al miglioramento continuo della propria offerta, alla soddisfazione della domanda di salute, alla valorizzazione del proprio patrimonio professionale, di esperienza e di competenza, rappresentato dai suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

La normativa regionale e nazionale affida all'informazione un ruolo essenziale per perseguire la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati, per assicurare da parte dei cittadini scelte consapevoli in ordine alle cure proposte e per sollecitare la loro partecipazione attiva.

In ambito aziendale l'Ufficio Comunicazione è quindi il perno di una rete aziendale di informazione e di ascolto che deve tendere in forma coordinata ed integrata al miglioramento continuo dei servizi. In questo senso le modalità di interazione comunicativa tra organizzazione sanitaria ed utenti trovano una chiara esplicitazione nello sviluppo degli strumenti e una definizione delle azioni operative definite annualmente nel piano aziendale di comunicazione. Il versante della comunicazione interna ha visto nell'ultimo periodo un miglioramento degli strumenti di diffusione delle scelte organizzative e gestionali nella piena consapevolezza che tale processo è in grado di favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza e del clima organizzativo.

### La comunicazione per l'accesso ai servizi

Il contesto della comunicazione per l'accesso ai servizi è quello che richiede la maggiore attenzione su cui si registra una sempre più diffusa tendenza nella direzione di strategie di empowerment della popolazione e di corresponsabilizzazione del cittadino-utente (anche attraverso i portatori di interesse) nella gestione della propria salute e nell'influenzare in maniera appropriata le scelte programmatiche e gestionali anche attraverso i tavoli della programmazione provinciale.

In questa direzione la comunicazione per l'accesso ai servizi vede quindi da un lato la crescita delle funzioni di coordinamento e di collegamento con il cittadino-utente per la condivisione della programmazione e dall'altro uno sviluppo degli strumenti informativi che devono cogliere sempre più le necessità informative degli utenti attraverso l'uso di modalità multimediali centrate sull'utente.

### 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 sono stati organizzati a Parma e provincia 9 incontri che hanno avuto come tema il corretto utilizzo dei farmaci. D'altra parte, l'azione di coordinamento degli URP ha consentito di promuovere un'immagine coordinata ed unitaria dell'Azienda, accrescendo la visibilità e la trasparenza dell'Amministrazione e cercando di assicurare una comunicazione efficace ai destinatari.

Gli URP si sono occupati di promuovere l'informazione, la partecipazione, la tutela dei diritti dei cittadini, attivando percorsi per la gestione dei reclami e supportando le iniziative di miglioramento del sistema attraverso la rilevazione della qualità percepita. Gli URP, in collaborazione con i CCM, si sono inoltre occupati della revisione della cartellonistica, della redazione di opuscoli, dell'organizzazione di incontri con i cittadini su temi di interesse specifico per contrastare la disinformazione sui problemi rilevanti di salute e per dare diffusione ai progetti di prevenzione sanitaria (in particolare il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto).

Il versante delle collaborazioni con i CCM si è evidenziato anche nei progetti formativi per gli operatori di front-office, nella ridefinizione della Carta dei Servizi con particolare riferimento agli stimoli offerti per il miglioramento continuo, per la definizione degli standard di qualità e per la partecipazione a progetti di audit civico.

### L'Audit civico

Il sistema metodologico dell'audit civico, si è insediato ormai stabilmente nel concetto di qualità in ambito sanitario, confermando la tangibile possibilità di valutazione dell'Azienda USL di Parma, che vede come protagonisti i cittadini, e come contesto d'azione la collaborazione tra organizzazioni civiche e azienda sanitaria.

Il campo d'azione individuato per l'applicazione del progetto è stato quello dell'Ospedale di Fidenza-S. Secondo e del Distretto di Fidenza. In questa realtà, l'audit civico ha consentito, tra le altre cose, l'attività di monitoraggio in seguito all'accreditamento della struttura avvenuto nel mese di luglio 2006, poiché i risultati ottenuti in seguito alla raccolta dei dati sul campo, hanno rappresentato un vero e proprio punto di partenza per le politiche di miglioramento, l'apertura di nuovi campi d'azione e modalità di intervento strutturate, definite durante il percorso dell'accreditamento Istituzionale.

La presentazione dei risultati al gruppo di progetto e alle direzioni di Presidio, distrettuale e aziendale avvenuta nell'autunno 2006 ha permesso di verificare i progressi ottenuti rispetto alle prime rilevazioni e a seguito dei percorsi messi in atto dall'accreditamento. Inoltre, la comparazione tra i dati emersi dall'audit civico, con quelli ottenuti dall'indagine standardizzata per la valutazione della qualità percepita degli utenti consentirà di registrare gli esiti ottenuti facilitando la possibilità di in-

dividuare fenomeni ricorrenti e l'andamento degli stessi nel tempo, e di mettere in atto quei percorsi di miglioramento in linea con i programmi previsti dall'accreditamento istituzionale.

### Gli strumenti per l'accesso

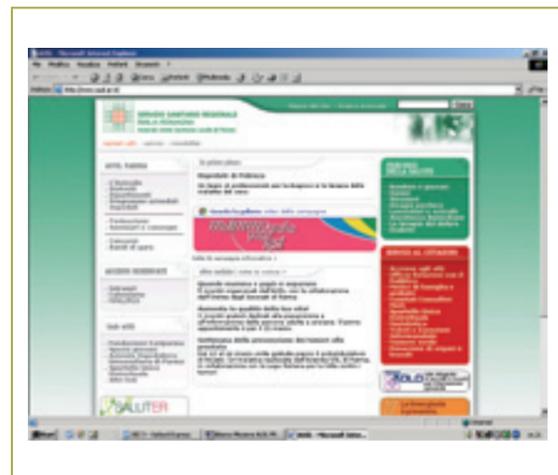
La produzione informativa aziendale per la garanzia dell'accessibilità è stata caratterizzata nel corso del 2006 da un forte sviluppo degli strumenti rivolti al cittadino sia sul versante tradizionale della produzione di documentazione sia soprattutto sul versante dei servizi WEB. In particolare si colloca in questa direzione la rete dei canali informativi on-line che hanno trovato il punto di sintesi e convergenza nel nuovo sito aziendale.

### Lo sviluppo del sito Internet

Il 2006 ha visto la totale revisione del sito aziendale sotto il profilo informatico e l'implementazione di un prodotto con più moderne potenzialità rispetto al dialogo interattivo con il cittadino.

Il sito web dell'Azienda USL di Parma [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it) si presenta al pubblico rinnovato nella grafica, nella struttura, nei contenuti e nella navigazione. Il nuovo sito è strutturato in grandi aree. A sinistra è collocata la struttura dell'Azienda e la navigazione rispetto alle varie articolazioni e alle iniziative nonché i link utili.

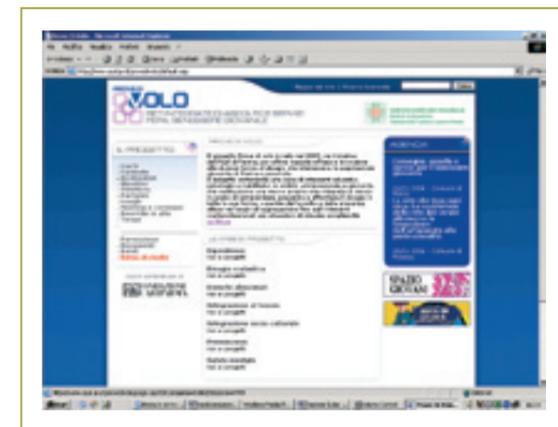
L'area di destra si caratterizza per un accesso più facilitato da parte degli utenti attraverso i Percorsi della salute e i Servizi al Cittadino. L'area centrale è dedicata alle News e alle Campagne informative in corso, che vengono inserite in tempo reale. I banner monotematici consentono al cittadino una navigazione più semplice in linea con le moderne tecniche. Il motore informatico consentirà a breve di poter attivare accessi riservati ad aree del sito, che potranno essere utilizzate dai medici di base e da altri professionisti per poter disporre on-line di informazioni e documentazioni di interesse finalizzate alla facilitazione degli accessi e dei percorsi assistenziali.



### Il consolidamento e lo sviluppo dei progetti informativi on-line

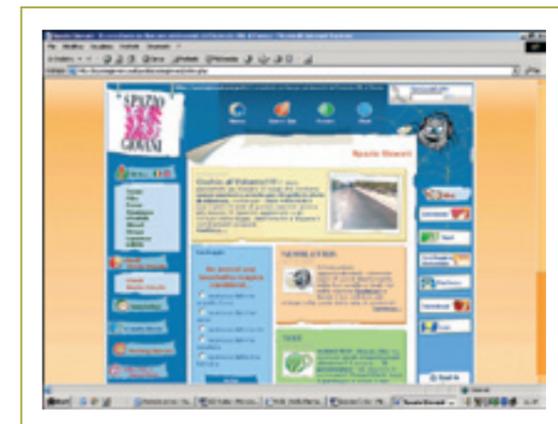
#### Il Progetto Prove di volo

In una sottosezione del sito aziendale <http://www.ausl.pr.it/provedivolo> è possibile accedere alle 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. Gli utenti che accedono possono trovare risposte relative ad una serie di interventi educativi, psicologici e riabilitativi in ambito adolescenziale e giovanile, che costituiscono una vera e propria rete integrata di servizi in grado di comprendere, prevenire e affrontare il disagio in tutte le sue forme, a partire dall'ascolto e dalla presenza attiva nei luoghi di aggregazione fino agli interventi multiprofessionali per situazioni di elevata complessità.



#### 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 di condivisione culturale.

#### Il sito delle Dipendenze Patologiche

Nel corso del 2006 l'Azienda USL di Parma ha presentato nell'ambito dei progetti di modernizzazione, una proposta per realizzare uno specifico sito per favorire la comunicazione nella rete dei servizi pubblici e del privato sociale per i servizi dedicati alle dipendenze patologiche ed alla salute mentale. Il sito apposito Inform@rsi è form@arsi è in corso di realizzazione grafica e a breve sarà visibile anche attraverso il sito aziendale.

#### 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. È presente anche un'area riservata agli ambulatori per scaricare modulistica e certificazioni utili agli utenti al momento dell'accesso ambulatoriale.



#### Saluter

Un importante strumento di comunicazione interna ed esterna è rappresentato da Saluter il portale del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda USL di Parma collabora alla realizzazione dell'aggiornamento del portale sanità della Regione Emilia-Romagna, per l'implementazione della parte dinamica del portale con le informazioni aziendali: notizie, appuntamenti, argomenti all'ordine del giorno, newsletter, contatti con i navigatori 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 da punto di vista informatico, ma anche, nel tempo, sul piano dell'impostazione logica e dei contenuti.

## La rassegna delle documentazioni e delle pubblicazioni

### La Carta dei Servizi

Nel corso del 2006 è iniziato il percorso per la revisione della Carta dei Servizi al fine di rinnovare gli aspetti di garanzia dei cittadini rispetto all'accessibilità ai servizi e alle prestazioni e gli standard per la valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino.

Il percorso adottato prevede le seguenti fasi:

- definizione dei temi principali della carta dei servizi da parte di un comitato di esperti e costruzione di una bozza della Carta dei servizi revisionata
- condivisione dei contenuti con un comitato di esperti esterni e con i comitati consultivi misti.

### Le guide informative, i pieghevoli e le brochures

Sul versante della produzione di guide e pieghevoli l'Azienda ha cercato anche per il 2006 di privilegiare gli strumenti informativi utili a favorire l'accesso ai servizi. In questa direzione alle guide e pieghevoli sono state con continuità realizzate locandine informative che sono state distribuite nei vari punti di accesso ed in particolare nei punti di prenotazione aziendali o della rete esterna oppure presso gli studi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. In rassegna possiamo indicare l'elenco delle pubblicazioni principali:

- Locandina informativa per la giornata mondiale del diabete a novembre 2006 tradotta in cinese, moldavo, arabo, inglese, francese, italiano



- Locandina informativa per l'accesso alle strutture sanitarie
- Parma in tasca - La guida giovane per vivere la città
- Guida del nuovo Polo Sociosanitario di Langhirano



- Approfondimento circa l'evoluzione dei Servizi per la tutela della Salute Mentale in provincia di Parma (estratto dal PAL 2005/2007)



- La pubblicazione dei Piani per la Salute "Il percorso svolto e le nuove progettualità"
- Si è inoltre sviluppata ulteriormente anche la linea editoriale (pieghevoli, locandine, brochures, cd) che ha accompagnato eventi, convegni, inaugurazioni, nonché i prodotti scaturiti in collaborazione con altri Enti (Provincia, Comuni, Azienda Ospedaliera, Università, Regione), nonché per manifestazioni di rilevanza regionale
- Inoltre il rapporto di collaborazione con esterni per le seguenti informazioni:
  - Convenzione con Seat Pagine Bianche per la pubblicazione di 2 pagine sull'elenco telefonico comprendente anche rimandi ai singoli comuni;
  - Pagine Gialle on line/internet.

## La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza trova una sua importante collocazione nelle interazioni attive messe in atto dai cittadini (anche attraverso le proprie rappresentanze) per poter attuare scelte consapevoli. In questa direzione l'Azienda è impegnata nell'informare e per orientare l'accesso ai servizi e alle prestazioni nel modo corretto ed appropriato in funzione dell'effettivo bisogno sociosanitario. I temi forti delle azioni informative riguardano lo sviluppo di azioni ed interazioni informative tra medico di famiglia e strutture sanitarie per il miglioramento del percorso di cura (Progetto SOLE), la disponibilità di informazioni e modulistiche per la semplificazione degli accessi e 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. In particolare l'applicazio-

ne 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). Un altro importante versante informativo sviluppato è stato quello del consenso informato. Esistono in Azienda protocolli già validati per l'accesso a specifiche prestazioni. In particolare esistono modelli relativi alle vaccinazioni, all'accesso alle prestazioni sanitarie e alle sperimentazioni cliniche. In materia di consenso al trattamento delle informazioni sanitarie è stato sviluppato inoltre un protocollo, condiviso con la Regione, per informare i cittadini che accedono agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale dell'utilizzo delle informazioni in rete per la gestione del ciclo di prescrizione, prenotazione e refertazione nell'ambito del Progetto SOLE.

### Il consolidamento del Progetto SOLE

La rete informativa del Progetto SOLE ha registrato uno sviluppo rilevante nel corso del 2006. In particolare lo sviluppo dei servizi centrati su un gruppo di 8 Medici di Medicina Generale sperimentatori concentrati prevalentemente nell'area Fidenza-Busseto ha consentito di avviare e valicare il ciclo relativo alla prescrizione elettronica, alla prenotazione e alla refertazione elettronica di ritorno ai medici di base per le prestazioni di laboratorio. Il circuito informativo realizzato su questo nucleo di medici ha fatto registrare alla fine del 2006 indici di utilizzo fra i più alti di tutta la Regione per l'utilizzo dei vari servizi. Il consolidamento di questi servizi sarà in grado di facilitare il dialogo tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti, Aziende territoriali e ospedaliere ed i cittadini al fine di favorire i processi diagnostico-terapeutici e l'accessibilità ai servizi sanitari.

### Le potenzialità della banca dati del Numero Verde

Nel corso del 2006 l'Azienda è stata impegnata nel 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 e 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 oggi riferimento 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 e attuazione di modelli di educazione sanitaria con strategie preventive e di promozione della salute ad hoc che realizzino la graduale modifica dei comportamenti, al fine di modificare i pesi dei determinanti della salute. In questo ambito si possono collocare da un lato le attività comunicative rivolte agli utenti per promuovere specifiche azioni di promozione della salute, dall'altro studi e valutazioni che sono state svolte (anche in maniera deduttiva) rispetto ai bisogni della popolazione (es. analisi della domanda e del case-mix).

### La comunicazione e la progettualità interistituzionale

Le azioni di programmazione negoziata nei vari contesti provinciali sono state accompagnate da precisi e specifici momenti di diffusione informativa

### 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 questa direzione le azioni di programmazione sia sotto il profilo dell'innovazione sia sotto quello del consolidamento delle attività sono state costantemente caratterizzate da momenti di comunicazione come ricaduta istituzionale all'interno delle Aziende e nei confronti degli altri Enti e portatori di interesse. In questa direzione si collocano i momenti relativi alla condivisione di progettualità sul tavolo provinciale della programmazione sociosanitaria, ed i momenti di verifica e condivisione 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 in questo caso sottolineare come il processo di comunicazione in questi ambiti territoriali possa essere un importante supporto alla condivisione e all'attuazione dell'integrazione istituzionale e soprattutto professionale.

### La comunicazione e la prevenzione

Anche per tutto l'anno 2006 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. Lo sviluppo ha contribuito a raggiungere al 31.12.2006 un indice di adesione del 52% in linea con gli obiettivi regionali.

### La comunicazione esterna per l'identificazione dell'Azienda

Nel corso del 2006, si è provveduto ad una ricognizione della segnaletica esistente nelle principali sedi aziendali e ad una programmazione della revisione, che tenga conto del processo di miglioramento dell'accoglienza (con particolare riferimento alla popolazione straniera), nonché dell'adozione del nuovo logo regionale.

### I rapporti con i mezzi di informazione

Il 2006 ha visto un ulteriore e più specifico sviluppo dell'attività di tipo giornalistico in linea con le normative su stampa, informazione, trasparenza e riservatezza.

### INFORMASALUTE: la nuova 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. Nel corso del 2006 sono state realizzate e pubblicate, n. 20 pagine sulla Gazzetta di Parma, n. 15 pagine su Polis Quotidiano (con relativo piè di pagina) e n. 8 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 sociosanitaria 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 2006 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 19.10 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 2006 sono state realizzate n. 12 trasmissioni.
- Spot da 30 secondi in onda 7 volte al giorno, su TV Parma, nei giorni che separano la messa in onda dei TV Zoom, come supporto dell'argomento trattato all'interno delle pillole informative. Sono stati realizzati n. 14 spot. Nell'ambito della comunicazione attraverso i media televisivi sono realizzati spot relativi a servizi nuovi e già avviati per le varie fasce di popolazione, uso corretto dei farmaci, donazioni, prevenzione, corretti stili di vita
- Trasmissioni sull'emittente televisiva RTA - Video Taro: spazio informativo in onda settimanalmente sull'emittente RTA Video Taro, 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, riguardanti temi per la promozione della salute e l'offerta di servizi sanitari.

Nell'ambito degli spazi di Informasalute su TV Parma e su Teleducato si è posta l'attenzione in particolare su:

- Condizioni patologiche e comportamenti a rischio
- Attivazione e sviluppo di nuovi progetti e servizi per la popolazione anziana, adulta, giovanile ed infantile
- Prevenzione dei tumori
- Programmazione nell'ambito sociosanitario
- Programmazione di progetti con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale

### 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 2006 l'Ufficio Stampa ha realizzato 196 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 2006 ha organizzato 20 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 (meccanismi, strategie, obiettivi, ecc.)
  - 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, a cura dell'Ufficio Comunicazione, 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.



### La rete intranet aziendale e la rassegna stampa

Il consolidamento dell'utilizzo della rete Intranet è stato caratterizzato dal costante inserimento di notizie ed informazioni utili per consentire agli operatori di essere informati rispetto a documenti, atti deliberativi, convegni e seminari. La rete Intranet si caratterizza anche come riferimento per l'accesso (attraverso link specifici) a sottosezioni o siti web di particolare utilità per gli operatori: tra questi le linee guida dello Sportello Unico Distrettua-

le e le modulistiche connesse alla semplificazione degli accessi delle prestazioni. Una sottosezione significativa è dedicata alla rassegna stampa on-line: selezione degli articoli che riguardano l'Azienda, o in generale la sanità locale, regionale e nazionale, apparsi sulle principali testate giornalistiche. Viene redatta ogni mattina e, dopo la validazione dell'Ufficio Comunicazione, viene pubblicata sull'Intranet aziendale per essere quindi visibile e scaricabile nelle varie articolazioni aziendali.

### L'accesso alle biblioteche on-line

Nel corso del 2006 per rispondere ad esigenze sia formative che informative, è stata attivata 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 comprendono l'accesso alle banche dati Cochrane Library e Clinical Evidence, ricerche bibliografiche su banche dati specialistiche a richiesta dei singoli utenti, e l'accesso alle postazioni multimediali della biblioteca stessa.

### L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

Nel corso del 2006 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 di contenuti con l'obiettivo di gestire e promuovere l'innovazione organizzativa ed il cambiamento culturale ed istituzionale. Nell'ambito della partecipazione a manifestazioni fieristiche l'Azienda USL ha partecipato al FORUM PA che si è svolto a Roma nel maggio 2006 presentando un progetto di sistema informativo per la gestione dei percorsi relativi ai pazienti ambulatoriali complessi. Il progetto, che ha ottenuto una segnalazione nell'ambito del FORUM PA, rappresenta un riferimento operativo per la gestione dei percorsi in Day Service Ambulatoriale. Una particolare rilevanza in termini comunicativi è stata caratterizzata dai 260 eventi formativi svolti di cui 217 residenziali, 42 sul campo e 1 di formazione a distanza. I temi hanno riguardato il governo clinico, l'organizzazione aziendale, i progetti per l'integrazione sociosanitaria, l'integrazione ospedale-territorio e l'adolescenza.

# 6

## Sezione

### Ricerca ed 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. Creazione dell'infrastruttura per la Ricerca ed Innovazione;
2. Sviluppo di un ambiente culturale favorevole;
3. Garanzie di trasparenza.

L'Azienda USL di Parma ha attivato la funzione di ricerca e innovazione nel corso del 2005 individuando un dirigente medico referente. 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. Nel corso del 2006 è proseguita 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. Tali attività hanno favorito un nuovo e più maturo approccio alla Ricerca e Innovazione facendo prendere coscienza, anche attraverso il confronto con le altre aziende, della esigenza di migliorare e qualificare sempre di più le attività connesse a Ricerca e Innovazione attraverso la sistematicità di analisi e valutazione delle iniziative e loro coerenza e compatibilità con gli obiettivi strategici aziendali, di articolazione, dipartimento, servizio ed unità operativa. 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.

Nel corso del 2006 si è inteso migliorare l'approccio alle attività di ricerca e innovazione anche attraverso la creazione di una infrastruttura aziendale operante attraverso il PROGETTO PONTE: un progetto di integrazione aziendale. Il progetto è un contenitore metodologico applicabile alle strategie della gestione per processi. Si è creata una infrastruttura professionale che attraverso la Formazione (aggiornamento-tutoraggio-formazione personale), la Ricerca (ricerca biomedica sanitaria e ricerca nel campo delle organizzazione della operatività), l'Accreditamento (applicazione e verifica dei requisiti per l'accreditamento-avvio di progetti di miglioramento) e l'Assistenza (governo clinico-assistenziale) 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.

Nel corso del 2006 il Centro di Coordinamento composto dai referenti aziendali delle varie aree tematiche e individuati dal Collegio di Direzione, ha provveduto alla stesura ed avvio dei seguenti progetti strategici:

Accoglienza:

- 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 (Gestione integrata delle patologie allergiche e Gestione del 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. Sono stati riprogettati processi esistenti attraverso la ricerca, la conseguente rielaborazione e la formazione del personale. È stato previsto l'avvio di progetti sperimentali.

## Progetti di modernizzazione

Si ricordano:

- "La sperimentazione della Formazione a distanza (FAD) nel piano di formazione annuale". Nel corso del 2006 è 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 a aziendali e tecnici informatici consulenti. L'esperienza ha consentito di assicurare una formazione di qualità fruibile dagli ambulatori dei singoli discenti, con ovvi vantaggi;
- "Day Service Ambulatoriale (DSA) integrazione e sviluppo di un nuovo modello organizzativo provinciale". Il 2006 ha rappresentato l'anno di sperimentazione del percorso DSA 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 Lan-

ghirano 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 consultori Demenze senili per l'appropriatezza dei percorsi terapeutico-assistenziali dei soggetti affetti da demenza.

Questi progetti hanno visto come partner principali altre Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali e la Regione Emilia Romagna.

## 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 valligiano 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 tralasciate 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" Distretto Sud Est. Si tratta della prosecuzione del progetto attivato nel 2005 che vede la partecipazione attiva 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, nel corso del 2006, 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 hospice territoriali" Distretto di Borgotaro e Fidenza;
- "Progetto di miglioramento per una più efficace ed efficiente assistenza in struttura protetta" Programma di Geriatria Territoriale. Nel 2006 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. L'Azienda USL attraverso il Programma di Geriatria Territoriale 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 RE. Tale progetto ha visto il suo completamento nel corso del 2006;
- "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 dell' sistema dell'accreditamento e della raccolta delle buone pratiche, in materia, sperimentate in diverse realtà territoriali. In particolare è stato effettuato un intervento di ricognizione sui dati di costo e di attività di tutte le strutture residenziali per disabili gravi, gestite dall'Azienda USL o esternalizzate a compagini sociali. È stato predisposto un pacchetto di valutazione del carico assistenziale, dell'assorbimento di risorse assistenziali, delle caratteristiche logistiche, organizzative e gestionali delle strutture al fine di pervenire nel corso del 2007, ad una proposta metodologica per la definizione delle tariffe.

### 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". Entrambi questi 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

- È proseguita nel corso del 2006 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 coin-

volgimento 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 nel corso del 2004 e 2005 allo sviluppo di alcuni temi che il territorio provinciale aveva indicato come prioritari e cioè sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro e sicurezza stradale. Il 2006 ha rappresentato l'occasione di rilancio di progettualità riferite in particolar modo agli ambiti degli Stili di Vita Sani e il Disagio Giovanile per i quali si prevede un puntuale sviluppo nel corso del 2007. 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 "Utente".

### Area della Salute Mentale e del Disagio Giovanile

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 (Qualità 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 svolta attraverso l'uso di questionari si è svolta nel periodo novembre-dicembre 2006 ed ha coinvolto oltre ai pazienti anche i familiari. L'esperienza si è completata con la realizzazione di tre Focus Group che hanno visto anche la partecipazione del personale di assistenza e cura. La ricerca è stata completata ed i risultati saranno presentati nel 2007. 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, di cui due realizzati lo scorso anno, 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 riproporrà il prossimo anno.

Nel 2006 il Servizio Tossicodipendenze ha realizzato l'apertura di un Settore dedicato alla fascia d'età 15-20 anni. Tale decisione è maturata dalla necessità di facilitare l'accesso ai giovani, che manifestano il proprio disagio attraverso l'uso di sostanze stupefacenti. L'equipe dedicata offre prestazioni rispetto alla prevenzione, la diagnosi e la cura degli adolescenti con particolare attenzione alla consulenza alle famiglie.

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. Nel 2006 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 la tollerabilità del trattamento farmacologico con aripiprazolo e aloperidolo nel potenziamento della clozapina in soggetti con schizofrenia.

### Attività del Comitato Etico

L'attività e le prospettive del Comitato Etico, nel corso del 2006, sono state oggetto di approfondita analisi da parte del Collegio di Direzione dell'Azienda USL di Parma, che ha avviato un percorso di 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, interagendo con le altre due istituzioni interessate.

Questo percorso ha avuto un ulteriore impulso anche a seguito dell'approvazione dell'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che ha previsto l'unificazione di tali organismi.

Il Comitato Etico, oltre a garantire lo svolgimento dell'attività ordinaria, ha affrontato, in corso d'anno, il tema della Nutrizione Artificiale, nell'ottica di promuovere ed organizzare un convegno sulle problematiche etiche e tecnico-professionali ad essa connesse. L'iniziativa sarà portata a termine dal nuovo organismo unificato provinciale. La presenza di esperti qualificati provenienti da istituzioni esterne all'AUSL (Ce.V.E.A.S. e Cittadinanza Attiva), all'interno del Comitato Etico dell'Azienda USL di Parma, ha inoltre permesso di avviare un percorso di approfondimento di alcuni degli aspetti metodologici di disegno dei trials clinici, visti non solo dal punto di vista scientifico, ma anche da quello delle garanzie, permettendo in tal modo di qualificare ulteriormente la fase valutativa degli stessi.

# 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.

## Giovani e benessere

I servizi per il benessere giovanile non possono prescindere dal modello di comprensione del disagio giovanile che i soggetti istituzionali e sociali condividono e adottano. Oggi vi è ampia convergenza su alcune analisi di fondo che stanno alla base di questo disagio. Fenomeni come il calo della natalità autoctona, la riduzione quantitativa del numero di componenti dei nuclei familiari, l'insediamento e la riunificazione di nuove famiglie migranti, la percezione di profondi mutamenti nella struttura del welfare, si accompagnano a sensibili modifiche negli stili di vita e di consumo giovanili, a una impennata della dispersione scolastica e a condizioni di precariato nell'accesso al mondo del lavoro sempre più accentuate. L'evoluzione del tessuto demografico e socio-economico ha prodotto la modificazione delle forme classiche del disagio emozionale (storicamente interpretato come appartenente alla specifica fase del ciclo di vita) creando rilevanti fenomeni di disadattamento e disagio, che non possono trovare risposte esaustive solo negli interventi sanitari e sociali convenzionali così come si sono consolidati. Tale modificazione non si riferisce semplicemente ad elementi di vulnerabilità individuale, che rimangono sostanzialmente costanti nel tempo, ma al mondo "interpersonale" e "relazionale" dei giovani e al suo impatto con i processi sociali e produttivi. La relativa "debolezza" e il limitato peso sociale della dimensione giovanile del "gruppo" ne rende infine problematico anche il ruolo, in passato rilevante, di mediazione e inclusione in senso evolutivo e/o di trasformazione e innovazione dei processi sociali. Il gruppo amicale giovanile come luogo di "autopromozione", "auto-aiuto", "auto-cura" ha perso in modo significativo questa funzione ed è a sua volta connotato da una nuova vulnerabilità, esposto, com'è, a una alternativa rigida, socialmente poco "negoziabile", fra "adattamento" e "marginalizzazione".

Contemporaneamente si assiste all'allargamento e alla precocità dei fenomeni di disagio scolastico, del contatto con sostanze psicoattive, ad un aumento delle difficoltà nell'integrazione al lavoro e dell'esclusione sociale, alla diffusione e cronicizzazione di disturbi psicogeni nell'età giovanile.

Tutto questo determina, in parallelo, condizioni molto complesse nell'accesso ai Servizi Socio-Sanitari. Oggi "accedono" alle prestazioni socio-sanitarie fasce di popolazione in prevalenza già "incluse", mentre le cosiddette "fasce a rischio" giungono ai servizi di solito in condizioni di grave scompenso, in genere attraverso i percorsi dell'emergenza-urgenza, vale a dire quando i problemi hanno già raggiunto gradi elevati di severità.

### Prove di volo

Il progetto Prove di Volo è nato per rispondere in modo adeguato a questo cambiamento, con la consapevolezza che oggi è necessario affrontare l'universo giovanile con

un approccio più integrato e completo che consenta in primo luogo di creare condizioni di prossimità, di uscire dai contesti tradizionali di lavoro (dei servizi) e organizzare l'attività non più solo per i giovani, ma con i giovani.

### Cos'è

Il progetto Prove di Volo è nato, su iniziativa dell'Ausi di Parma, per offrire risposte efficaci e innovative alle diverse forme di disagio che interessano la popolazione giovanile di Parma e provincia e promuoverne il benessere con strumenti più incisivi e dedicati. Il progetto comprende una serie di interventi educativi, psicologici e riabilitativi in ambito adolescenziale e giovanile, che costituiscono una vera e propria rete integrata di servizi in grado di comprendere, prevenire e affrontare il disagio in tutte le sue forme, a partire dall'ascolto e dalla presenza attiva nei luoghi di aggregazione fino agli interventi multiprofessionali per situazioni di elevata complessità. "Prove di volo" punta ad un forte coordinamento degli interventi socio-sanitari a livello provinciale, e alla fattiva collaborazione tra Servizi sanitari, Servizi sociali comunali, Istituzioni educative e Terzo settore, per rinforzare la rete di servizi, già oggi ampia e articolata. Un alto grado di integrazione, infatti, consente a tutti i soggetti coinvolti di scambiarsi informazioni, confrontarsi e studiare percorsi più mirati a seconda dei problemi e dei casi affrontati. I prototipi di intervento finora realizzati sono volti a prevenire e contrastare il disagio scolastico, le tossicodipendenze, i disturbi alimentari, comportamentali e della personalità, l'esclusione sociale e lavorativa per fasce giovanili deboli. A fronte di un contesto sociale in continua evoluzione ne sono stati avviati altri con particolare riguardo alle fasce precoci e alle problematiche specifiche legate all'integrazione dei bambini appartenenti a nuclei di famiglie migranti per i quali è in corso un progetto specifico in collaborazione con il CNR.

### Criteri trasversali agli interventi attuati

Le linee di sviluppo degli interventi dedicati al mondo giovanile, e in particolare alle situazioni severe, multiproblematiche e complesse, cui il progetto Prove di Volo si è rivolto, rispondono alle seguenti esigenze:

1. Evitare il rischio di frammentazione organizzativa. L'organizzazione a rete integrata assicura una maggiore visibilità ai servizi e quindi un accesso più immediato, garantisce modalità di presa in carico più certe, consente interventi multiprofessionali strutturati sul caso specifico.
2. Prevedere una "regia" unica che governi, attribuisca competenze, ruoli e responsabilità. Il progetto Prove di Volo si muove in un'ottica d'insieme per riunire le competenze, le professionalità e le progettualità presenti sul territorio, in modo da mostrare, rendere trasparente e facilmente accessibile tutto ciò che i servizi offrono alla popolazione giovanile.
3. Potenziare il coordinamento di percorsi educativi e clinici nel rispetto dei bisogni evolutivi.

L'integrazione consente di creare maggiore sinergia tra tutti coloro che a vario titolo, educativo o clinico, si occupano di giovani, offrendo occasioni di confronto e di arricchimento reciproco. Lavorando insieme e in modo coordinato ci sono più possibilità di prevenire o risolvere precocemente situazioni di disagio che altrimenti rischierebbero di cronicizzarsi e tradursi in patologia.

4. Applicare un nuovo modello scientifico e culturale di intervento.

Il modello di intervento che si vuole sperimentare per contrastare il disagio giovanile unisce al rispetto delle specificità territoriali l'omogeneità di servizi, percorsi e trattamenti in tutte le zone sociali e sanitarie distrettuali. Questo nuovo modello, da costruire insieme ai vari professionisti provenienti da tutti i distretti, permetterà, infatti, di superare la frammentazione organizzativa e le differenze nell'approccio e nelle soluzioni ai problemi.

5. Offrire un'assistenza integrata e personalizzata.

La collaborazione tra i diversi soggetti permette di ampliare le progettualità riabilitative individualizzate per persone con disagi multipli appartenenti alle fasce di età adolescenziali giovanili, con particolare riferimento alla formazione e all'integrazione al lavoro, allo sviluppo della socialità e delle capacità relazionali ed espressive.

#### Destinatari

I prototipi di interventi progettati da **Prove di Volo** si rivolgono in prevalenza a giovani di età tra **i 14 e i 30 anni**, italiani e stranieri, ma gli interventi di 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;
- **comorbidità** 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.

I numerosi programmi sono inseriti nelle seguenti aree:

- Prevenzione
- Disagio scolastico
- Disturbi alimentari
- Dipendenze

- Salute mentale
- Integrazione al lavoro
- Integrazione socio-culturale

#### Alcune tipologie di interventi e di ricerche-azioni

Distinguiamo fra progetti rivolti al mondo infantile come:

1) Progetto "Tra casa e scuola: più lingue per crescere".

È un progetto sperimentale in collaborazione con il Centro per la ricerca sui disturbi neurocognitivi del bambino dell'Università degli Studi di Parma, rivolto ai bambini stranieri da 0 a 3 anni che ha lo scopo di prevenire precocemente eventuali disturbi di linguaggio e apprendimento che in seguito potrebbero dare luogo a forme di disagio scolastico.

2) Progetto "Individuazione precoce del disagio scolastico scuola dell'obbligo".

L'intento è di promuovere il benessere del bambino e dell'adolescente nell'ambiente scolastico, e in particolare nelle classi del primo ciclo e primo livello del secondo ciclo, attraverso la consulenza e il supporto agli insegnanti, in specifici progetti di intervento sul singolo bambino o sul gruppo classe.

Gli psicologi offrono consulenza agli insegnanti, attraverso una rilevazione del disagio da essi percepito, in funzione dei fattori contestuali attivanti, con l'obiettivo di promuovere il benessere all'interno del contesto scuola. Gli interventi non riguardano specifiche condizioni di patologia bensì, a un livello più generale, il disagio che può generarsi all'interno di una classe (e/o della scuola), inteso come "rumore". Negli anni scolastici 2004-2005 e 2005-2006, gli psicologi sono intervenuti nelle scuole elementari e medie di cinque istituti comprensivi del comune di Parma.

Quelli invece rivolti al mondo adolescenziale con particolare attenzione a percorsi di prevenzione e di cura:

3) Progetto "Sguardi diversi sul mondo".

Realizzato dallo Spazio Giovani e dallo Spazio Salute Immigrati si rivolge ai genitori di adolescenti e giovani migranti. Attraverso incontri periodici (in gruppi più o meno estesi) i partecipanti intraprendono un percorso di riflessione e condivisione sul ruolo di genitore di adolescenti migranti per favorire il confronto e l'elaborazione comune delle culture educative presenti sul territorio.

4) Progetto "Cibo Corpo e Media".

I destinatari del progetto sono gli Istituti secondari di 1° e 2° grado della provincia, con il coinvolgimento di studenti, insegnanti, genitori.

L'obiettivo del progetto è quello di favorire lo sviluppo di una maggiore consapevolezza rispetto al rapporto con il proprio corpo e rispetto ai messaggi dei media e della pubblicità relativi all'alimentazione e favorire il consumo di prodotti nutrizionalmente validi.

5) SITO WEB dello Spazio Giovani.

L'attivazione di un sito web dedicato ai giovani offre la possibilità dell'utilizzo di uno spazio di incontro e confronto che favorisca la fruizione di informazioni in

modo attivo. Il sito è costruito dall'equipe dello Spazio Giovani attraverso la condivisione degli obiettivi e della metodologia di intervento e di linguaggio, con il coordinamento degli interventi in rete per garantire l'omogeneità del linguaggio, i tempi dell'intervento, la verifica del rapporto utente - professionista anche con appositi indicatori.

6) Progetto Running Help.

Il progetto, svolto in collaborazione con l'Unità di Strada del Programma Dipendenze Patologiche AUSL, vede come destinatari i giovani che utilizzano "sostanze" soprattutto nei fine settimana e che quindi non si considerano problematici, sottostimando le condizioni di rischio che incontrano. Attraverso la creazione di nuove strategie operative, l'obiettivo è quello della maggiore possibilità di fruibilità, proprio da parte di questi nuovi consumatori, di un servizio "di prossimità", anche mediante counseling telefonico diurno/notturno, connotato da un buon livello di flessibilità e in grado di avviare una presa in carico veloce e a tempo determinato, al di fuori dei consueti canali di accesso per le situazioni di abuso e di dipendenza "tradizionali".

7) Ricerca "Sì... ma a me non succede".

La ricerca-intervento "Sì... ma a me non succede" ha lo scopo di conoscere più a fondo il mondo giovanile, sensibilizzare i giovani rispetto ai rischi connessi alla guida e mettere in atto strategie di prevenzione. Promossa dall'AUSL in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma, riguarda 500 giovani delle scuole superiori e prevede la somministrazione di questionari e l'utilizzo di programmi informatici.

8) Ricerca "Per non Farsi male".

I destinatari sono giovani fra i 14 e i 24 anni che giungono al Pronto Soccorso di Parma per eventi traumatici di qualsiasi entità o natura. Si tratta di una ricerca - intervento che parte dalla consapevolezza che, nonostante l'informazione e la disponibilità dei mezzi di sicurezza, per questa fascia d'età l'incidente è la prima causa di morte. Si vogliono perciò ricercare le componenti soggettive che hanno maggiore rilevanza nel determinare i comportamenti con esiti auto ed eterolesionisti nell'adolescenza. Con questa ricerca si vogliono offrire opportunità autoriflessive, di responsabilizzazione e di individuazione di senso rispetto ad atti e fatti nei quali l'adolescente è partecipe e che hanno o potrebbero avere esiti significativi per la sua salute. Si vuole altresì acquisire dati conoscitivi importanti per costruire un modello di comprensione del disagio giovanile nelle sue manifestazioni acute.

Ed infine quelli rivolti all'inserimento nel mondo del lavoro:

9) Progetto "Domiciliarità"

Il "Progetto domiciliarità" è stato attivato dal Dipartimento di Salute Mentale in collaborazione con la Cooperativa Biricca. Si rivolge a utenti del Dipartimento ospitati in appartamenti di proprietà dell'AUSL e a soci svantaggiati già assunti o inseriti in progetti riabilitativi a bassa e media intensità. L'obiettivo è quello di favorire la permanenza a domicilio di uten-

ti dei servizi psichiatrici fornendo sostegno e aiuto tramite il coinvolgimento di altri utenti con migliori autonomie personali e lavorative, impiegati in servizi di pulizia e manutenzione.

10) Progetto "Fattorie: Farsi un orto.... e per tutto l'anno"

Il progetto ha come destinatari gli ospiti del C.S.M. di S. Polo di Torrile e si pone come obiettivo l'acquisizione e/o il riappropriarsi di abilità operative e cognitive, la continuità nello svolgimento delle attività, la motivazione e l'attenzione all'ambiente, al sé e al gruppo. Le attività previste sono rivolte all'acquisizione delle conoscenze teoriche e tecniche delle coltivazioni di alcuni prodotti agricoli (fragole, vite, ortodnamico) con l'affiancamento di consulenti esperti.

11) Progetto "L'Albero del Sogno"

Il progetto è realizzato in collaborazione con la Cooperativa di Solidarietà Sociale "Sirio" e vede coinvolti i servizi del SERT, del Dipartimento di Salute Mentale il Servizio Sociale del Comune di Parma e il Carcere. È destinato a persone detenute o in regime di misure alternative alla detenzione. Si tratta di soggetti provenienti da esperienze fortemente invalidanti sia sul piano fisico che psichico con forti limitazioni sul piano dell'attenzione e della continuità. Si cerca la valorizzazione di attitudini e abilità residue trasformandole in opportunità di lavoro, attraverso la rivalutazione del potenziale creativo e della manualità di questi soggetti. Si tratta di un percorso virtuoso fra la raccolta di materiali vari e al loro recupero tramite il restauro, la decorazione e la trasformazione fino alla loro commercializzazione attraverso la Cooperativa. Questo per favorire la consapevolezza che attraverso i "piccoli passi" con pazienza, rispetto dei tempi e una fatica finalizzata, si riesce a vedere realizzato il proprio progetto personale.

#### Formazione

Parallelamente alla realizzazione dei prototipi di interventi si è programmato e svolto un progetto di ricerca-formazione che ha avuto la peculiarità di mettere a fuoco le rappresentazioni dei dirigenti e di alcuni operatori dell'Ausl di Parma che operano nell'area socio-sanitaria, su alcuni aspetti chiave riguardanti l'organizzazione dei servizi rivolti soprattutto alla fascia adolescenziale.

#### Idee guida

- Il continuum del disagio. Si parla di continuum perché il disagio giovanile va da quello connesso alle fasi critiche legate alla transizione evolutiva, a quello connesso a dinamiche e processi psicopatologici. Oggi il disagio ha espressioni nuove: non più connesse al dolore o alla sofferenza o alla crisi o alla chiusura, ma al vuoto (di significato e di valore).
- Il contesto socio istituzionale come risorsa. L'efficacia degli interventi di operatori e servizi non è soltanto legata rispettivamente alla competenza tecnico-professionali degli uni o alla qualità organizzativa degli altri.

Gli interventi vengono realizzati all'interno di contesti socio-istituzionali (rapporti tra servizi e con la comunità) che contribuiscono a potenziare o diminuire la loro efficacia.

- L'efficacia dell'intervento come esito di un processo a più voci, di cui una importante è quella dell'utente che è soggetto del proprio intervento.

L'obiettivo generale del percorso di formazione è stato quello di riflettere sull'organizzazione dei servizi che operano nell'area adolescenziale. A partire dall'esplorazione di una serie di aree tematiche che riguardavano: 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.

### Servizi di Prossimità

Le funzioni di prossimità svolte dall'Unità di Strada del Programma Dipendenze Patologiche rappresentano esperienze consolidate e coerenti per rispondere ai profondi cambiamenti intervenuti negli ultimi anni nell'ambito delle dipendenze, dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcol, dell'infezioni da HIV e MST fra le fasce giovanili. Il mandato affidato all'Unità di Strada si esplica nell'esecuzione del progetto Strada e Dintorni, finalizzato a mettere in campo interventi di prevenzione condotti direttamente nei contesti informali/formali di vita quotidiana: "strada", luoghi del divertimento giovanile (discoteche, pub, sale giochi, centri giovani...) e ad affrontare, inoltre, le problematiche e i bisogni delle fasce di marginalità della tossicodipendenza di strada nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita.

Nel panorama della fenomenologia legata al consumo di sostanze psicoattive, il territorio di Parma e provincia tende a presentare caratteristiche in linea con quanto emerge dai dati epidemiologici del territorio regionale. Anche sul fronte dell'offerta illegale di sostanze psicoattive il nostro territorio sta assumendo connotazioni comuni al resto del territorio regionale e nazionale anche nell'accentuazione di questi ultimi anni ad una significativa diffusione della presenza di sostanze stupefacenti in particolare di cocaina. I dati recenti dei sequestri da parte delle forze dell'ordine ne tratteggiano un mercato illegale più strutturato e articolato rispetto al passato.

### Ambiti di intervento

#### Strada

Ambito che intende rappresentare i luoghi di ritrovo e di aggregazione informale (strada, piazza, giardini...) ove contattare gruppi di TD attivi, consumatori occasionali, compagnie giovanili con comportamenti potenzialmente a rischio.

Da un punto di vista operativo, è possibile conoscere e

misurare l'evoluzione del fenomeno dell'uso-abuso-dipendenza da sostanze lecite e illecite. Negli interventi di strada l'operatore entra nelle situazioni sommerse della tossicodipendenza, monitorando il fenomeno, stabilendo relazioni per favorire e motivare l'accesso ai Servizi di cura, affrontando l'emergenza con strategie di riduzione del danno. Nei luoghi, formali e informali (Centri Giovani, piazze...), dell'aggregazione giovanile si proporranno momenti di approfondimento su droghe, alcol, HIV/AIDS utilizzando strumenti audiovisivi, attività musicali e culturali, performance di animazione e intrattenimento per aumentare la visibilità degli operatori di strada e per favorire l'aggancio.

#### Drop-in-Center

Struttura aperta di accoglienza e di ascolto che mira a facilitare il contatto in modo non istituzionale con persone tossicodipendenti in condizioni di precarietà sociale, conosciute o meno ai Servizi di cura.

È un luogo di incontro e di aggregazione per attività di prevenzione (corsi sopravvivenza, overdose, sesso sicuro, corretto smaltimento siringa...) animazione, attività espressive, interventi socio-assistenziali (mensa, posti letto, docce, vestiario), consulenze legali, distribuzione materiali di profilassi, informazioni. Le azioni mirano in primo luogo ai bisogni emergenti attraverso i servizi a disposizione. La temporaneità di questi interventi è connessa, per quanto possibile, alla ricerca di soluzioni alternative e personalizzate.

#### Luoghi del divertimento giovanile (pub, discoteche, birrerie, ecc.)

Sono considerati luoghi privilegiati di incontro e di frequentazione della popolazione giovanile dove attuare interventi di informazione e prevenzione che investono il tema dei nuovi stili di consumo di sostanze legali e illegali e dei rischi correlati, dei rischi di infezioni da HIV e dalle MTS, della guida pericolosa. L'intervento prevede l'individuazione dei locali di tendenza e di maggiore attrazione; dopo un accurato monitoraggio su tutto il territorio provinciale, l'aggancio di giovani mediatori per un graduale inserimento in gruppi o luoghi di incontro, la verifica di possibili interventi di prevenzione attraverso la messa a punto di strumenti interattivi e la collaborazione degli stessi gestori dei locali, impegnati formalmente anche con la sottoscrizione di specifici protocolli; la distribuzione di materiali informativi, di profilassi, alcolimetri monouso; test alcolemia all'uscita. In alcune occasioni specifiche (ad esempio giornate mondiali della lotta alla droga e all'AIDS, ecc...), si promuovono e organizzano serate ad hoc con la collaborazione dei gestori dei locali, privato sociale e istituzioni.

#### Sintesi altri interventi

##### Centri Giovani

Nei Centri i giovani sono coinvolti in incontri di gruppo con approfondimenti su droghe e HIV/AIDS, lavori con audio-

visivi, attività musicali con spazi di autogestione a tema come nel caso delle ricorrenze della Giornata Mondiale contro la Droga, della Giornata Mondiale contro l'AIDS; Tali esperienze operative saranno concordate e riproposte nei Centri Giovani esistenti nel territorio provinciale.

#### Sale gioco

Coinvolgimento e positiva collaborazione dei gestori delle sale gioco di Parma che mettono a disposizione spazi dove esporre e distribuire materiali informativi e di profilassi oltre a favorire la presenza degli operatori.

#### Momenti musicali e di evasione

Proficuo coinvolgimento di circoli e associazioni giovanili della provincia di Parma, in un programma d'interventi di informazione e prevenzione verso le fasce giovanili, in occasione di concerti, feste all'aperto, momenti culturali, condotti da operatori dell'Unità di Strada. All'interno di questi momenti è prevista una postazione con distribuzione di materiali informativi e di profilassi e con l'impiego dell'etilometro per i test finalizzati a fornire informazioni sul tasso alcolemico, sui rischi di abuso, sulla guida sicura.

#### Sicurezza stradale (progettualità specifica avviata nel 2006 con il contributo della Provincia)

- Interventi specifici con il coinvolgimento degli Enti Locali attraverso i comandi della Polizia Municipale e della Polizia Provinciale, delle associazioni di settore (ACI, Associazione Motociclisti Incolumi, Motoclub...) e le istituzioni, con la predisposizione e progettazione di eventi particolari sui temi della guida sicura, incidenti stradali, alcol e sostanze
- Informazione sugli effetti di uso-abuso di alcol nelle fasce della popolazione più giovani e in quella generale (prevenzione primaria)
- Informazione sui comportamenti a rischio legati alla guida in stato di ebbrezza e le relative sanzioni del Codice della Strada
- Prevenzione dei comportamenti di guida a rischio legata all'alcol (campagna del guidatore designato)
- Promozione della guida sicura
- Momenti informativi/formativi rivolti ai collaboratori del progetto (Forze di Polizia Locale, volontari, ...) per acquisizione di competenze di base sulle problematiche trattate (uso abuso di alcol/sostanze stupefacenti).

#### Spazio Giovani

Nel 1988, all'interno del Progetto Regionale, è stato istituito a Parma il Consultorio per adolescenti. L'esigenza di attivare uno spazio specifico era sorta dalla constatazione della scarsa affluenza dei ragazzi ai Consultori Familiari. Le ragioni di questo scarso utilizzo dei servizi sono da ricondursi alla necessità di fissare un appuntamento, al timore di incontrare persone adulte conosciute, alla preoccupazione che i genitori possano venire a conoscenza della loro vita sessuale alla paura di professionisti che non conoscono; si evidenziavano quindi

modalità organizzative non adeguate alle problematiche giovanili, a fronte tuttavia di un emergere di tali problematiche e di un dovere istituzionale di favorire la promozione della salute in questa fascia di età. Sono stati così definiti questi servizi rivolti "alla normalità adolescenziale" e sono state individuate, quali tematiche prioritarie, quelle relative alla sessualità, alla contraccezione, e all'area affettivo-relazionale.

Obiettivi primari:

- aumentare e facilitare la conoscenza e l'accesso al servizio;
- garantire interventi per rispondere a tutte le esigenze dei ragazzi nell'ambito delle tematiche consultoriali;
- qualificare l'impegno preventivo nell'ambito dell'educazione sanitaria attraverso progetti che coinvolgano genitori, scuola e aggregazioni giovanili.

Il servizio è gratuito e accessibile senza appuntamento per evitare che lunghi tempi di attesa possano scoraggiare l'accesso. Elemento fondamentale è l'equipe di lavoro: gli operatori determinano l'immagine del servizio e la sua funzionalità.

È stata pertanto svolta una formazione sulle tematiche della relazione e sulle modalità consulenziali. L'equipe è composta da due ginecologhe, 4 psicologi, 3 ostetriche ed 1 pediatra specialista in tematiche dell'alimentazione; i professionisti non lavorano a tempo pieno all'interno dello spazio. La metodologia di lavoro privilegia la dimensione consulenziale rispetto a quella assistenziale. In tal senso la prima accoglienza è sempre effettuata dall'ostetrica che rimane un riferimento costante per i ragazzi: ha il compito di svolgere il primo colloquio per chiarire le richieste, fare emergere eventuali problematiche ed indirizzarlo in caso di necessità ai professionisti presenti. La presenza di tutti i professionisti in alcuni orari facilita una risposta tempestiva ed integrata. Il tipo di attività a carattere prevalentemente informativa ci ha fatto riflettere a lungo sulle modalità più appropriate nel fornire risposte in una prospettiva di crescita, di autonomia e di sviluppo della personalità.

Nel 2006 sono stati 1133 i ragazzi che hanno frequentato lo Spazio per consulenze cliniche; di questi 529 erano nuovi utenti, 111 provenienti da paesi extraeuropei e 50 maschi. Le ragazze sono le principali frequentatrici del consultorio, è molto bassa l'affluenza di adolescenti maschi: questo può derivare dall'idea che lo Spazio Giovani, come il consultorio familiare è un luogo "al femminile". I ragazzi tuttavia, accedono in qualità di accompagnatori e spesso partecipano insieme alle ragazze ai colloqui informativi.

È opportuno riflettere sul fatto che a tutt'oggi il servizio è frequentato prevalentemente da ragazzi scolarizzati: è importante quindi adeguare le strategie di pubblicizzazione del servizio per raggiungere le fasce di adolescenti più a rischio.

#### Perché un sito web per adolescenti

Per promuovere la capacità di fare scelte autonome e responsabili relativamente alla propria salute psico-fisi-

ca e relazionale acquisendo i valori del rispetto di sé e dell'altro; per offrire agli adolescenti uno spazio di incontro e di confronto, affinché possano proseguire la loro autonoma ricerca sapendo che, 'se e quando lo vogliono', ci sono adulti e servizi su cui contare.

I giovani conoscono e frequentano poco i servizi sanitari; emergono problematiche giovanili che segnalano l'esigenza di uno spazio specifico, in cui queste possano essere trattate, caratterizzato da: immediatezza della relazione, alto grado di riservatezza, possibilità di procurarsi informazioni personalizzate e interagire con personale qualificato.

### PROGETTO MEETING GIOVANI - Le mie domande non solo mie

Il Meeting annuale con i giovani: le mie domande non solo mie, è un lavoro di gruppo per la ricerca, lo studio e la creatività; nato nel 1994 è un progetto educativo realizzato, nell'ambito delle attività di promozione della salute e prevenzione del disagio, dallo Spazio Giovani di Parma ed è rivolto agli adolescenti.

Gli obiettivi che il Meeting si pone sono:

#### con gli adolescenti:

- Attivare ricerche su temi che riguardano la salute fisica, psicologica, interpersonale e sociale.
- Promuovere la capacità di lavorare in gruppo con i pari e con gli adulti.
- Coniugare studio e ricerca con esperienze che valorizzino la creatività e le forme espressive tipiche del mondo adolescenziale.
- Condividere gli esiti della ricerca con altri giovani che tale ricerca non hanno svolto o hanno sviluppato in modo diverso.

#### con gli adulti:

- Potenziare le competenze professionali degli insegnanti attraverso il Corso "L'insegnante come facilitatore".
- Proporre il ruolo dell'insegnante, come facilitatore dello spazio di libero movimento - iniziativa, apprendimento, creatività - degli studenti.

#### Descrizione del Progetto

Lo Spazio Giovani e tutto il Comitato Scientifico del Meeting rivolgono la propria attenzione alla fascia adolescenziale per promuoverne il benessere.

Il Meeting si svolge in due fasi: la ricerca e l'esito finale.

#### Adesioni al Progetto

Alla XII edizione del Meeting Giovani che si è tenuta nell'Aprile 2007 hanno partecipato dalla città di Parma: 14 Scuole e 2 Centri Giovani, dal territorio provinciale: 4 scuole e 2 Centri Giovani. Il modello del Meeting Giovani è stato inoltre esportato fuori Regione, si è svolta infatti a Pordenone la V edizione del Meeting Giovani frutto di una collaborazione nata nel 2002 fra l'Azienda USL di Parma e le Istituzioni di Pordenone.

#### Verifica e monitoraggio

Durante il percorso annuale vengono effettuati incontri di monitoraggio a cadenza mensile con gli insegnanti, gli educatori ed i creativi che stanno svolgendo le attività con i ragazzi. Qualche giorno dopo il termine della manifestazione viene organizzato un Seminario post-Meeting con la finalità di condurre una riflessione adulta sui contributi emersi dai ragazzi: l'intervento di esperti esterni, in questa sede, consente d'introdurre uno sguardo metariflessivo a vantaggio dei partecipanti.

#### Altri progetti

##### Giocare a crescere

È un corso di formazione rivolto ad allenatori e dirigenti sportivi di ragazzi tra i 12 e i 18 anni, svolto nel triennio 2004-2006. Obiettivo del corso è quello di sensibilizzare allenatori e dirigenti sportivi ad avere una chiara rappresentazione di chi sono gli adolescenti che hanno di fronte e delle modalità di relazione educativa che è più opportuno adottare con loro. Intento del corso è inoltre quello di far conoscere i servizi territoriali, i loro scopi ed il loro funzionamento, affinché anche gli allenatori, i dirigenti, i genitori, ed infine i ragazzi stessi sappiano trovare gli interlocutori giusti nel momento del bisogno. I corsi si sono svolti presso le sedi delle società sportive della provincia in orari serali perché più compatibili con le esigenze dei partecipanti.

I nuclei tematici degli incontri sono stati:

- sviluppo armonico tra mente e corpo,
- comunicazione e relazione,
- il ruolo dell'allenatore: competenze educative,
- la gestione del gruppo-squadra.

Il corso è stato effettuato in collaborazione con le Federazioni pallavolo, calcio, rugby e pallacanestro, quelle più rappresentative sul piano numerico nel nostro territorio ed ha coinvolto 328 allenatori dei 4 sport indicati, interessando in tal modo 2532 preadolescenti e adolescenti dell'intera provincia.

##### Disturbi del Comportamento Alimentare

Il Programma Psicopatologico Integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare si pone questi obiettivi:

- Realizzare strategie efficaci di prevenzione.
- Avviare procedure specifiche di presa in cura al fine di ottenere i migliori risultati nelle specifiche evenienze patologiche.
- Sviluppare interventi riabilitativi personalizzati di presa in cura completa e continua della persona, nel quadro della rete articolata dei Servizi.
- Perfezionare i sistemi di rilevazione epidemiologica sull'andamento della patologia nella popolazione generale.
- Valutare i risultati degli interventi terapeutici.

Tra le molte attività, ricordiamo che da qualche anno è attivo un ambulatorio per consulenze, nuove prese in

cura e per la psicoterapia di gruppo. L'attuale protocollo terapeutico prevede un lavoro integrato psicologico-medico-dietologico. Nel corso del primo colloquio viene decisa l'eventuale presa in cura, quindi il nuovo utente è inviato ad una valutazione endocrinologica e dietologica perché sia seguito contestualmente da questi diversi ambiti specialistici. Per i trattamenti farmacologici e di sostegno familiare vengono invece coinvolti i medici dei CSM di competenza territoriale, e/o i medici di base. Aderendo al progetto "IN VOLO" della Regione Emilia-Romagna, è stata avviata a Parma il servizio telefonico "Filo Diretto A.B." (Anoressia/Bulimia), in collaborazione con l'Associazione di auto-aiuto e di volontariato "Sulle ALI delle MENTI". È un importante esempio di collaborazione e d'integrazione secondo un programma comune, tra il Dipartimento di Salute Mentale e un'associazione di volontariato. Filo Diretto A.B.: è la linea telefonica di informazione, ascolto e conforto per le persone che soffrono di disturbi alimentari, per i loro familiari e amici. Chi telefona può scegliersi uno pseudonimo, facilitando con l'anonimato una reale disponibilità ad aprirsi: tutti coloro che hanno dubbi o vogliono saperne di più possono così ricevere risposte adeguate. Sempre in riferimento alla presa in carico per la cura e la riabilitazione, l'Azienda USL di Parma ha stabilito inoltre una convenzione specifica con la Casa di Cura "Villa M. Luigia" per il trattamento dei Disturbi Alimentari con interventi in regime di ricovero e di semiresidenzialità. Sono attivate poi, collaborazioni continuative con il Centro Dietetico dell'Azienda Ospedaliera di Parma e con il Centro Auxologico del Reparto di Pediatria. Infine, il Programma DCA è impegnato nei piani di formazione del personale sanitario, nella promozione di momenti di confronto tra gli operatori, nella messa a punto di strumenti per la verifica delle attività terapeutiche e dei risultati ottenuti, nell'individuazione di mezzi innovativi per la comunicazione e l'informazione delle problematiche legate ai DCA, rivolte in particolare alla sensibilizzazione dell'utenza e degli ambiti della comunità a maggiore rischio (scuola, società sportive, etc.).

##### Filo diretto anoressia bulimia

"Filo diretto A.B. (anoressia/bulimia)" è un servizio che il Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl di Parma ha attivato in collaborazione con l'associazione di volontariato "Sulle ALI delle MENTI".



## La sicurezza alimentare

Dall'anno 2002 con l'emanazione del regolamento 178 «istitutivo dei principi e dei requisiti generali della legislazione alimentare, che istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare» e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare ha preso il via la "rivoluzione" della impostazione Europea sulla legislazione alimentare, al fine di garantire un livello elevato di tutela della vita e della salute umana dei consumatori e la libera circolazione degli alimenti e dei mangimi all'interno della Comunità.

Per realizzare ciò il legislatore comunitario ha ritenuto necessario far sì "che i consumatori, gli altri soggetti interessati e le controparti commerciali abbiano fiducia nei processi decisionali alla base della legislazione alimentare, nel suo fondamento scientifico e nella struttura e nell'indipendenza delle istituzioni che tutelano la salute e altri interessi". Questo nuovo modello di sicurezza alimentare, che è entrato in vigore dal 1/01/2006, si basa sulla analisi del rischio, e l'UE ha previsto che il ruolo del controllo ufficiale, nel settore alimentare, sia svolto "dal campo alla tavola", essendo l'obiettivo della sicurezza per il consumatore il risultato della azione degli attori della filiera agro industriale.

Lo specifico tema della sicurezza alimentare caratterizza particolarmente la nostra provincia data la particolare vocazione agro-zootecnica-industriale del territorio.

- Allevamenti bovini: **2.200** per **165.000** bovini
- Macellazione animale con oltre **1.000.000** di suini macellati/anno (circa il 11% del nazionale)
- Trasformazione prodotti a base di carne e latte: 737 industrie che pongono la provincia ai vertici del sistema agro industriale Italiano (per un totale di **1.402.000** tonnellate di materie prime lavorate)
- Impianti di trasformazione di prodotti vegetali n° **350**
- Coinvolgimento di circa **20.000** occupati

In questo contesto il DSP ha continuato ad operare un forte impegno al fine di assicurare la migliore qualità possibile da parte del controllo ufficiale, perché ciò ingenera "fiducia" da parte dei consumatori, anche nei confronti delle Autorità sanitarie dei paesi esteri verso cui il sistema produttivo parmense esporta.

Al contempo un efficace controllo ufficiale induce all'attivazione di un corretto sistema d'autocontrollo da parte dei produttori alimentari, che in ultima analisi determinerà il livello della sicurezza alimentare della filiera produttiva stessa.

Il tema della qualità è puntualizzato nel regolamento UE 882/2004, relativo alle modalità del controllo ufficiale, ove viene sancito l'obbligo per le autorità del controllo ufficiale di operare in trasparenza, evidenza scientifica ed essere dotate di un sistema di verifica e promozione della qualità (sistema di controllo basato su procedure, attività di auditing interno, coordinamento a livello nazionale, regionale e locale, formazione specialistica del personale ecc.).

Nel 2006 sono proseguiti percorsi formativi degli operatori, al fine di lavorare per procedure e istruzioni ope-

rative, informazione all'interno e all'esterno, Piani per la Salute in tema di sicurezza alimentare, informazione circa l'attività, progetto AUSL Parma - Regione Emilia Romagna.

### I percorsi formativi per gli operatori

Si sono tenute riunioni specifiche sui temi della gestione delle emergenze sanitarie, e della Influenza aviaria nonché sulla gestione delle allerte alimentari; un specifico corso si è tenuto sul tema della pulizia e sanificazione delle industrie, come prima e fondamentale attività nel settore della sicurezza alimentare, e sui nuovi criteri microbiologici di sicurezza degli alimenti.

### Lavorare per procedure e istruzioni operative

Sono state validate nel corso dell'anno 4 procedure attraverso un percorso di coinvolgimento di tutti gli operatori (costruzione dell'atto nei comitati tecnici - trasmissione della bozza alle unità operative per lo studio, discussione e condivisione, per arrivare alla successiva validazione e prova sul campo). In particolare sono state emanate procedure ed organizzata la modalità di risposta della gestione di emergenze ed allerte alimentari.

### Informazione all'interno

Si è proceduto a garantire una diffusione capillare delle informazioni per tutti gli operatori utilizzando il sito intranet aziendale (sono state inserite le normative e le procedure) e la posta elettronica.

### PPS - piano per la salute: Sicurezza Alimentare

È stato presentato il lavoro finale sulle buone prassi agricole e l'autocontrollo di produzione nelle due filiere produttive, dai campi alla tavola, che caratterizzano il sistema agricolo Provinciale:

- a) Pomodoro
- b) Latte per il Parmigiano Reggiano.

### Informatizzazione attività

Sono stati mantenuti i livelli di informatizzazione del Servizio SVET per quanto riguarda:

- a) Data base utenti su cui esercitare attività di controllo;
- b) Data base dei controlli effettuati ed esiti collegati;
- c) Data base dei campioni di alimenti e relativi esiti;
- d) Gestione dati con Banche dati nazionali (bovini, ovini, controlli listeria ecc.)

Il Servizio SIAN ha iniziato l'attività di informatizzazione degli utenti e di registrazione delle attività espletate e relativi esiti.

### Progetto AUSL di Parma - Regione Emilia Romagna

Il Progetto «Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale, secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità, riferiti al modello UNI CEI EN 45004 ("Criteri generali per il funzionamento dei vari tipi di organismi che effettuano attività di ispezione"), è stato avviato nel mese di marzo con la fase di reclutamento del personale che si è conclusa alla fine del mese con il raggiungimento di un numero di partecipanti pari a 74, dei quali 24 appartenenti all'AUSL di Parma, 54 appartenenti ad altre AUSL (4 partecipanti per tutte AUSL diverse da Parma) e 9 al Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti della Regione.

Alla fine di aprile ha avuto inizio la fase della formazione di base. Sono stati realizzati 5 corsi, di seguito elencati e brevemente descritti nei contenuti:

- "Introduzione a i sistemi di gestione qualità". I principali temi trattati sono stati i seguenti: introduzione ai sistemi qualità, il controllo qualità, l'assicurazione qualità, la gestione per la qualità l'evoluzione nell'approccio al concetto di sistema qualità e i suoi riflessi sui sistemi di controllo e di ispezione; la normativa di riferimento per la gestione dei sistemi qualità nelle aziende agroalimentari: ISO 9001, ISO 22000
- "Valutatori sistemi qualità ISO 9000/2000 (40 ore)". Al termine del corso 71 partecipanti hanno sostenuto e superato l'esame finale e risultano abilitati come "valutatori di sistema qualità ISO 9000/2000
- "Requisiti per la progettazione di audit interno e esterno". Nel corso sono state illustrate le diverse fasi della verifica ispettiva
- "Requisiti di un organismo di ispezione UNI CEI EN 45004\_ISO/IEC 17020". Sono stati trattati il ruolo dell'organismo di ispezione e dell'organismo di accreditamento e è stata analizzata nel dettaglio la norma UNI CEI EN 45004\_ISO/IEC 17020
- "Il sistema documentale delle autorità di controllo". Gli argomenti trattati sono stati: il manuale e le procedure della struttura di controllo; l'attività del controllo ufficiale: Verifica, Ispezione, Audit.

Finita la fase di formazione d'aula è iniziata l'attività dei gruppi di lavoro che, dalla fine di settembre, sono impegnati nella stesura delle "procedure tipo" per il controllo ufficiale su operatori della settore alimentare (OSA), degli standard di funzionamento dei Servizi di controllo ufficiale e del manuale dell'organismo di ispezione. I partecipanti sono stati suddivisi nei seguenti gruppi di lavoro, sulla base dell'area disciplinare di appartenenza ed hanno elaborato, al 31.12.2006 le seguenti procedure:

- Allevamenti bovini
- Allevamenti suini
- Mangimifici
- Deposito farmaci
- Macelli e sezionamenti carni rosse
- Trasformazione carne
- Trasformazione latte

- Azienda agricola produzione vegetale
  - Ristorazione collettiva
  - Trasformazione prodotti non di origine animale.
- Per quanto riguarda la definizione degli Standard di funzionamento dei Servizi SIAN e SVET, nonché del manuale dell'Organismo di Ispezione, i gruppi di lavoro termineranno il proprio compito nel marzo del 2007. A questa fase, nel corso dell'anno 2007, succederanno le seguenti ulteriori fasi di:
- "Qualificazione" degli ispettori del controllo presso gli OSA, tramite la partecipazione a 5 audit di controllo presso le tipologie di OSA, per cui sono state scritte le procedure di controllo, guidati da personale già qualificato della Agenzia Sanitaria Regionale e di consulenti privati della qualità. Al termine di questa fase verrà stilato un elenco regionale di ispettori qualificati;
  - "Qualificazione" degli auditors sul funzionamento dei Servizi SIAN e SVET delle AUSL, mediante la partecipazione a 2 audit di verifica presso i servizi SIAN e SVET delle 11 AUSL della regione, guidati da personale già qualificato della Agenzia Sanitaria Regionale e di consulenti privati della qualità. Al termine di questa fase verrà stilato un elenco regionale di auditors qualificati;
  - La riproposizione del corso teorico e del percorso di qualificazione, a tutto il personale dei servizi SIAN e SVET delle AUSL regionali, da parte del personale formato e qualificato;
  - Presentazione, nell'anno 2008 dei risultati raggiunti.



La Direzione Generale dell'Azienda USL di Parma ringrazia tutti coloro  
che hanno collaborato alla realizzazione del Bilancio di Missione.

---

Studio Progettuale e Grafico  
Fotocomposizione e Stampa

Coop. Soc. CABIRIA

20

**Bilancio di Missione 2006**

06