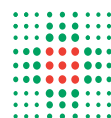


20

Bilancio di Missione 2005

05



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

20

Bilancio di Missione 2005

05

Allegato alla delibera n. 196 del 28 aprile 2006

La pubblicazione é stata realizzata con il contributo di



1

Contesto di riferimento

Territorio	13
Collocazione geografica	
Distribuzione territoriale della popolazione residente	
Ambiente	14
Inquinamento atmosferico	
Acque	
Popolazione	14
Struttura demografica della popolazione residente	
Indice di invecchiamento	
Percentuale di anziani e grandi anziani	
Famiglie unipersonali	
Presenza di stranieri	
Speranza di vita	
Natalità	
Condizioni socio-economiche	17
Livello di istruzione	
Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	
Tenore di vita	
Osservazioni epidemiologiche	19
Mortalità	
Morbosità	
Stili di vita	22
Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute	
Altri comportamenti rilevanti	
Dipendenze patologiche	
Sicurezza	24
Infortuni stradali	
Infortuni sul lavoro	
Infortuni domestici	

2

Profilo aziendale

Sostenibilità economica	31
Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale	
Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica	
Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema	
Trend della performance e della gestione caratteristica	
Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori	
Struttura dei costi aziendali	
Grado di attrazione delle strutture aziendali	
Sostenibilità finanziaria	34
Dinamica dei flussi monetari	
Durata media dell'esposizione verso fornitori	
Sostenibilità patrimoniale	34
Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale	
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	
Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio	
Grado di rinnovo del patrimonio aziendale	
Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale	
Impatto sul contesto territoriale	36
Impatto economico	
Impatto sociale	
Impatto culturale	
Livelli essenziali di assistenza	38
Costi e finanziamento	
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	

2

Profilo aziendale

Assistenza distrettuale

44

Assetto organizzativo
Assistenza residenziale e semiresidenziale
Rete delle cure palliative ADI e Hospice
Le strutture ad alta valenza sanitaria
Salute mentale
Dipendenze patologiche
Assistenza farmaceutica
Assistenza specialistica ambulatoriale
Consumi
Tempi di attesa
Assistenza ospedaliera
Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense
Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro

Qualità dell'assistenza

58

Basso peso alla nascita
Ricoveri per Polmoniti ed Influenza negli Anziani
Diabete, complicanze a breve termine
Diabete, complicanze a lungo termine
Parto cesareo
Modalità intraospedaliera a seguito d'interventi chirurgici in elezione e a basso rischio
Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto
Tasso di ospedalizzazione evitabile

3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali.

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

64

I Comitati Consultivi Misti
Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale
Al via L'Audit Civico
Protocollo d'intesa con le Organizzazioni Sindacali in materia di Anziani
La sicurezza nei luoghi di lavoro
Il Percorso di lavoro con le associazioni dei produttori per la sicurezza alimentare
Lo Sportello Unico per le imprese
Le relazioni con le organizzazioni degli immigrati
Incontri e collaborazioni con le Associazioni
Lo sviluppo dell'assistenza oncologica e la continuità assistenziale
L'Associazione emigranti all'estero "Val Taro"
Incontri con le Associazioni dei pazienti diabetici
Il percorso nascita
L'"Associazioni dei bambini e autismo"
Associazioni dei pazienti affetti da sclerosi multipla
Incontri con pazienti stomizzati per la definizione di gare e acquisti

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

67

La Conferenza Sociale Territoriale e Sanitaria e il Piano Attuativo Locale
Le modalità assistenziali domiciliari
Le progettualità nei Comitati di Distretto
I Comitati di Distretto e le Lauree in Infermieristica
Percorsi di qualificazione nell'ambito delle strutture protette
L'apporto dei Comuni all'attività di Screening del Colon Retto
Il "Laboratorio Anziani" della Provincia

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali.

I Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso un approccio comunitario ponendo al centro la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini	
Universalità ed equità di accesso in ordine ai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti	71
L'assistenza ospedaliera	
Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo	
Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro	
Accordi interaziendali	
Percorsi per l'Accreditamento e la Qualità	
Il Dipartimento per l'Accreditamento e la Qualità	
La prevenzione individuale	
La prevenzione collettiva	
Attività distrettuale	
La prevenzione individuale	
La prevenzione collettiva	
L'attività distrettuale	
Area socio sanitaria	
Accesso ai servizi	
Il piano sangue: iniziative per l'appropriatezza dei consumi	
Le reti cliniche	
Le problematiche emergenti	
Le azioni di supporto finalizzate a garantire la qualità dell'assistenza	82
Il sistema informativo	
L'Area Vasta e la politica degli acquisti	
Il sistema Assicurativo e la riduzione dei conflitti	
Le integrazioni e le sinergie con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	
La politica del personale e lo sviluppo organizzativo	
I Dipartimenti intraospedalieri	
Le Organizzazioni Sindacali Confederali	
La Contrattazione integrativa	
La formazione come progetto di innovazione	
Un nido Aziendale	

4

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

Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	89
Gestione del rischio e della sicurezza	90
Gestione delle Emergenze	
Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	92
Aree e progetti a direzione Infermieristica-Ostetrica	
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	93
Incentivazione e Risultato	
Progressioni verticali ed orizzontali	
Formazione	95
Sistema informativo del personale	96
Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze	97

5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione per l'accesso ai servizi	101
La formazione degli operatori deputati alla comunicazione	
Gli strumenti classici per l'accesso ai servizi: le pubblicazioni, le guide informative, i pieghevoli e le brochure	
Carta dei servizi	
Il coordinamento degli URP e dei Comitati Consultivi Misti	
Numero Verde 800 033 033	
Sportello per la prevenzione	
Sportello Unico Distrettuale	
Siti web interattivi	
Il portale regionale www.saluter.it	
La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza	104
L'informazione al momento dell'accesso	
Il Progetto Sole (Sanità On Line)	
La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	105
Collaborazioni con la Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria	
Il Piano Attuativo Locale	
I Piani per la Salute	
La comunicazione per gli screening	
Screening Colon Retto	
Screening mammografico e pap test	
I rapporti con la stampa	
I comunicati e le note stampa	
Le conferenze stampa	
Pagina informativa	
Lo spazio sull'emittente locale TV PARMA	
Le trasmissioni sull'emittente televisiva locale Teleducato	
Le trasmissioni sull'emittente televisiva RTA - Video Taro	
Logo Unico del Servizio Sanitario Regionale	
La comunicazione interna aziendale	108
La newsletter "Flash d'Azienda"	
I rapporti con la stampa	
I comunicati e le note stampa	
Le conferenze stampa	
Pagina informativa	
La rassegna stampa giornaliera on line	
La rete Intranet aziendale	

6

Ricerca e innovazione

Obiettivi Specifici	113
Progetti di modernizzazione	113
La telemedicina	113
Altri ambiti di ricerca e modernizzazione	113
Area Socio-sanitaria	
Area Clinica e Organizzazione di servizi sanitari	
Alta Tecnologia	
Innovazione tecnologica	
Area della Prevenzione	
Area del disagio giovanile	
Attività del Comitato Etico	

7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La popolazione anziana

117

La rete dei servizi

L'assegno di cura

L'assistenza domiciliare - oneri a rilievo sanitario

I Centri Diurni

Le strutture residenziali

La programmazione e le azioni nell'anno 2005

Azioni di supporto ed accompagnamento dei soggetti della rete socio-sanitaria

Azioni di consolidamento, sviluppo della rete e qualificazione dei processi di assistenza integrati

Il Progetto demenze

Attività dei Consultori

Rapporti con gli Ospedali

Rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale

Rapporti con i Servizi della rete socio-sanitaria

La sicurezza alimentare

123

I percorsi formativi per gli operatori

Lavorare per procedure e istruzioni operative

Informazione all'interno

PPS - piano per la salute: Sicurezza Alimentare

Informatizzazione attività

Progetto AUSL di Parma - Regione Emilia Romagna

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 1/1/2005 di 413.182 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 in particolare il tratto che collega Milano a Bologna, dal tratto Autostradale della Cisa che collega la parte montana, dalla Via Emilia, dalla linea ferroviaria Milano Bologna e Pontremolese. In fase di realizzazione la TAV.

Distribuzione territoriale della popolazione residente

Distribuzione della popolazione per zone altimetriche

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

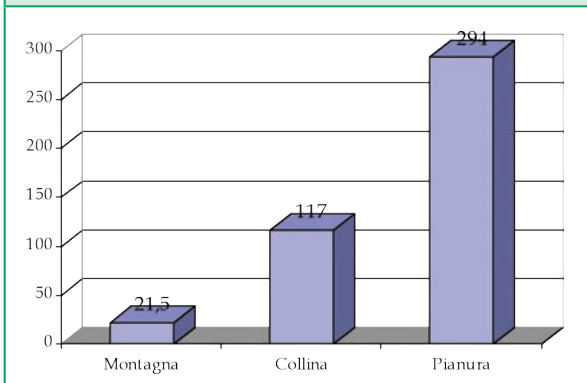
Tab.1 Distribuzione della popolazione residente per Distretto e zona altimetrica

Zona altimetrica	Montagna	Collina	Pianura	Totale
Distretto Parma	-	-	100,0	100,0
Distretto Fidenza	-	56,3	43,7	100,0
Distretto Valli Taro e Ceno	55,1	44,9	-	100,0
Distretto Sud-Est	14,1	75,9	10,0	100,0
Totale	7,9	30,8	61,3	100,0

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

La densità abitativa, che nel complesso è di 119,8 ab/km quadrati, rispecchia questa disomogeneità:

Fig.2 Densità abitativa del territorio (ab/km quadrati)



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Ovviamente il dato relativo alla pianura risente della presenza della città capoluogo di provincia che, con i suoi 174.471 abitanti e una densità di 669,1 ab/km quadrato, influenza in maniera decisiva il risultato.

Tab.2 Densità abitativa per Distretto

Distretto	Min	Max	Totale
Parma	106,6	669,1	486,8
Fidenza	59,0	251,8	147,3
Valli Taro e Ceno	10,0	108,5	31,1
Sud-Est	13,4	209,4	76,2

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Ambiente

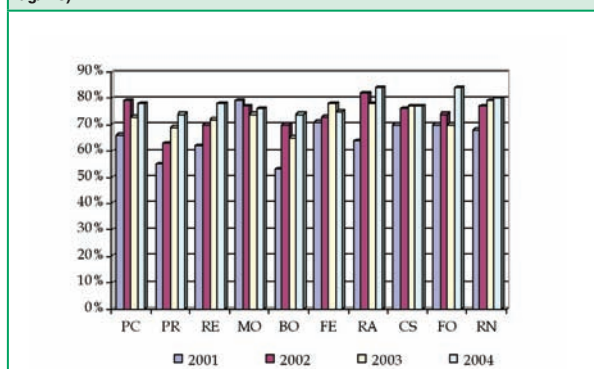
Inquinamento atmosferico

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/metro³ 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%

Nelle tabelle seguenti si può notare come nel corso degli ultimi anni il numero di superamenti annuali oltre i 50 microgrammi/m³ sia in diminuzione, dato confermato anche nel 2004, in cui si sono avuti 96 superamenti.

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



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

Gli acquedotti della provincia di Parma presentano caratteristiche eterogenee e livelli di complessità gestionale molto diversi: la fascia collinare e la pianura vengono servite da impianti di grande estensione che servono decine di migliaia di persone mentre la zona montana è caratterizzata da una miriade di piccoli impianti, spesso di vecchia costruzione, che servono anche poche case. Gli acquedotti con utenza inferiore a 500 abitanti, prevalentemente montani, nonostante la buona qualità delle acque sotto il profilo organolettico e chimico-fisico, presentano il problema della presenza di indicatori di inquinamento microbiologico dovuto principalmente all'apporto sul suolo di deiezioni animali e all'insufficiente protezione delle opere di captazione. Gli acquedotti con utenza superiore a 5000 abitanti, pur essendo serviti da fonti di approvvigionamento profonde e quindi più protette sotto il profilo batteriologico, presentano però problematiche di tipo chimico. Infatti oltre alla presenza di nitrati, la cui concentrazione non pare tendere alla diminuzione, si rileva in alcune zone la presenza di inquinamenti da solventi clorurati di origine sicuramente industriale (Tetracloroetilene): è il caso del Comune di Sala Baganza e di Traversetolo. In questi casi sono state avviate le procedure per la caratterizzazione dei siti contaminati mentre la situazione nelle rispettive reti acquedottistiche è regolare e costantemente monitorata.

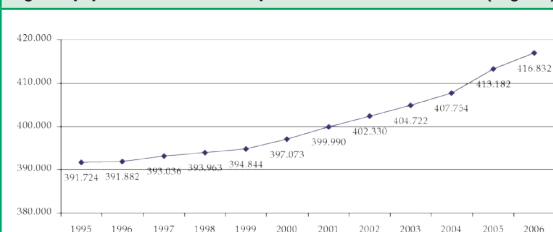
Popolazione

Struttura demografica della popolazione residente

Variatione 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 416.832 all'1/1/2006(+6.4%), con un aumento solamente nell'ultimo biennio di 9.078 unità.

Fig.4 La popolazione residente in provincia di Parma 1995-2006 (migliaia)



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

I fattori che hanno determinato tale incremento sono tra loro correlati:

Contesto di riferimento

- 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.

I comuni in cui tale tendenza appare più rilevante sono quelli della fascia attorno alla città, Torrile (PR) + 5,0%, Lesignano (SE) + 4,0%. Complessivamente, presentano un saldo nullo o positivo 32 comuni su 47: dei 14 comuni con saldo negativo, 11 sono montani o collinari, Varsi (BT) - 3,1%, Monchio (SE) -2,6%, ma è presente un cluster tra i comuni della Bassa Parmense, Busseto, Polesine e Zibello (Fid).

Tab.3 Popolazione residente per Distretto all'1/1/2005

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Parma	96.595	105.405	202.000
Fidenza	47.344	49.431	96.775
Valli Taro e Ceno	22.879	23.257	46.136
Sud-Est	33.793	34.478	68.271
Totale	200.611	212.571	413.182

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Indice di invecchiamento

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.

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)	787,9	Torrile (Parma)	90,9
Monchio (Sud Est)	756,7	Lesignano (Sud Est)	128,5
Varsi (Valli Taro Ceno)	669,0	Fontevivo (Fidenza)	135,5
Corniglio (Sud Est)	614,4	Colorno (Parma)	136,1
Valmazzola (Valli Taro Ceno)	534,7	Sorbolo (Parma)	141,3

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

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 194,1, con un ran-

ge che va dal 256,1 del Distretto Valli Taro e Ceno al 184,1 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 787,8 di Bore (BT) al 90,9 di Torrile (PR), unico comune con indice sotto i 100 di tutta la provincia. Valutando poi la situazione per zone altimetriche, è la collina a riscontrare l'indice più basso (181,3) 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	11,8	66,2	11,1	10,9	100,0
Fidenza	12,3	64,3	11,5	11,9	100,0
Valli Taro e Ceno	10,8	61,45	13,0	14,7	100,0
Sud-Est	12,3	64,9	11,2	11,6	100,0
Totale	11,9	65,0	11,4	11,7	100,0

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Percentuale di anziani e grandi anziani

Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 23,1% del totale della popolazione residente, ma risulta sempre più importante il peso dei cosiddetti "grandi anziani": infatti l'8,8% ha tra 75 e 84 anni e il 2,9% più di 85 anni e i centenari sono 86, 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	1/1/2001	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	Var.% 2005/2001
Parma	91.778	92.429	93.278	94.321	95.478	4,0
Regione	888.016	897.465	908.616	921.812	937.390	5,6

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	1/1/2001	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	1/1/2005	Var.% 2005/2001
Parma	45.122	46.127	46.969	47.472	48.219	6,7
Regione	422.056	433.078	443.430	451.253	461.202	9,3

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	1/1/2000	1/1/2001	1/1/2002	1/1/2003	1/1/2004	Var.% 2004/2001
Parma	13.024	13.428	12.717	12.044	11.958	-10,9
Regione	116.219	120.387	115.162	109.440	110.122	-8,5

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

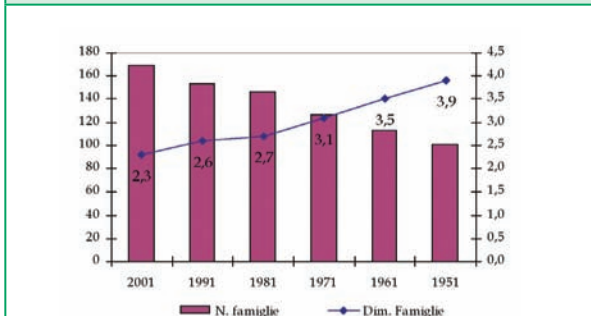
Tab.9 Popolazione ultra 65enne per Distretto all'1/1/2005

	65/74		75/84		Oltre 85		Totale	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Parma	22.449	11,1	16.757	8,3	5.242	2,6	44.448	22,0
Fidenza	11.173	11,5	8.701	9,0	2.848	2,9	22.722	23,4
Valli Taro e Ceno	6.015	13,0	4.942	10,7	1.835	4,0	12.792	27,7
Sud-Est	7.622	11,2	5.881	8,6	2.033	3,0	15.516	22,8
Regione	47.259	11,4	36.261	8,8	11.958	2,9	95.478	23,1

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

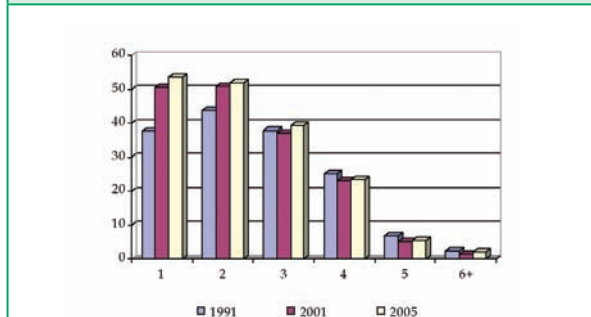
Famiglie unipersonali

Fig.5 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'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2006 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma.

Fig.6 Numero famiglie residenti per numero di componenti e totale componenti (variazione 1991/2005)



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma, elaborazione interna.

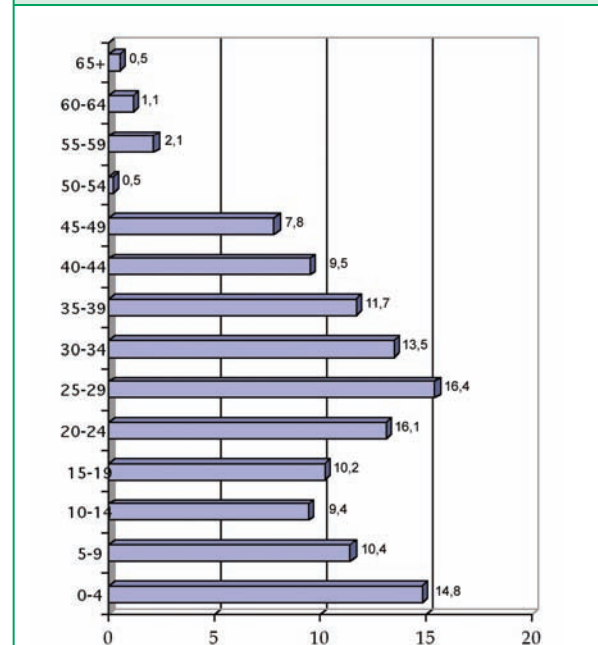
Il numero delle famiglie cresce ad un ritmo superiore a quello della popolazione complessiva, essendo aumen-

tate dal 1997 al 2005 di 20000 nuclei: 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: ciò determina e lo farà ancora di più nei prossimi anni, notevoli implicazioni nella scelta delle politiche abitative provinciali.

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.7 Percentuale di stranieri su popolazione totale all'1/1/2006 per fascia 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.

Una caratteristica recente è rappresentata dalla quota di donne, che ormai raggiunge il 47%, 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 abi-

Contesto di riferimento

tazioni è più basso. Per quanto riguarda la provenienza, la nazionalità più rappresentata è quella albanese, che costituisce il 13,3% del totale, seguita da marocchini e tunisini, che insieme raggiungono il 22,8%: al quarto posto i moldavi, che contano 1649 presenze, in massima parte donne. Si tratta della nazione che ha visto l'incremento più importante, addirittura del 14890,9% dal 2000. 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 due trienni considerati, essa cresce, alla nascita, di 1,17 anni per i maschi e di 0,81 per le femmine, mentre a 65 anni l'aumento è di 0,27 per i maschi e di 0,50 per le femmine.

Tab.10 Speranza di vita alla nascita su base triennale

	1997/1999		2000/2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	76,1	82,8	77,3	83,6
Regione	76,7	82,9	77,8	83,8

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM) - Anni 1997 - 2002

Tab.11 Speranza di vita a 65 anni su base triennale per provincia di residenza

	1997/1999		2000/2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	16,3	20,8	17,0	21,3
Regione	16,6	20,9	17,3	21,5

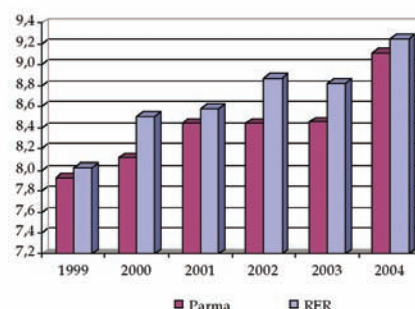
Fonte: Registro di mortalità regionale (REM) - Anni 1997 - 2002

Natalità

Nell'ultimo anno sono nati 3.535 bambini rispetto ai 3.280 dell'anno precedente, confermando l'incremento che dal 1999 al 2004 ha visto il tasso grezzo di natalità passare da 7,92 a 8,45, ed ha raggiunto nel 2005 la quota di 8,55, pur mantenendosi lievemente al di sotto della media regionale. E' da sottolineare che i bambini di cittadinanza straniera sono 528, pari al 14,9%, distribuiti in maniera abbastanza omogenea nei 4 Distretti. 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. 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.

Fig.8 Tasso grezzo di natalità



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma, elaborazione interna

Tab.13 Nuovi nati per Distretto all'1/1/2005

Distretto	Totale	Stranieri	% Stranieri
Parma	1.795	278	15,5
Fidenza	843	123	14,5
Valli Taro e Ceno	311	46	14,8
Sud-Est	586	81	13,8
Totale	3.535	528	14,9

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma.

Tab.14 Crescita coorti di età scolare

Scuola	Classe di età	Incremento	Incr. %
Scuola dell'Infanzia	3-5 anni 1° anno	+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'1.1.2005. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2005 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma.

Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione

Riportiamo, di seguito, il numero degli studenti iscritti per l'anno scolastico 2003/2004 per tipologia di scuola, dove si può apprezzare il peso preponderante degli istituti non statali nella scuola dell'infanzia. All'interno di questa popolazione, il fenomeno dell'insuccesso sco-

lastico, la ripetenza, è in linea con la media regionale, 5,48% a Parma contro il 5,64 della Regione. La percentuale di soggetti con diploma di scuola media superiore è al di sopra della media regionale, collocandosi al terzo posto dopo Bologna e Rimini: per quanto riguarda invece il non conseguimento della scuola dell'obbligo, pur mantenendosi lievemente al di sotto della media, Parma si attesta al quinto posto tra le province emiliano romagnole.

Tab.15 Studenti a Parma - anno scolastico 2003/2004

Tipo di istituto	Statale	Non statale	Totale
Scuola dell'infanzia	3.747	5.590	9.337
Scuola primaria	14.493	1.136	15.629
Scuola sec.di primo grado	9.388	680	10.068
Scuola sec.di secondo grado	15.436	506	15.942
Totale	43.064	7.912	50.976

Fonte: "Essere studenti in Emilia - Romagna" rapporto 2003/2004 sull'educazione in Emilia - Romagna. Edito da Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia Romagna - Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca - marzo 2004.

Tab.16 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%	34,00%
Regione	34,0%	31,9%	32,9%

Fonte: Censimento ISTAT 2001

Tab.17 Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni) per genere e provincia di residenza

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Parma	7,29%	7,41%	7,30%
Regione	7,5%	8,31%	7,31%

Fonte: Censimento ISTAT 2001

Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

Tasso di attività

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.

Tab.18 Tasso di attività per sesso

	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	
Anno	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

NOTA: I dati relativi al 2004 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 In-formativo Sanità e Politiche Sociali, elaborazione interna.

Tasso di occupazione

Tab.19 Tasso di occupazione

	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	
Anno	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

NOTA: I dati relativi al 2004 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.20 Tasso di disoccupazione

	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

NOTA: I dati relativi al 2004 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 In-formativo Sanità e Politiche Sociali, elaborazione interna.

Distribuzione attività economiche per settore

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, 2.351 imprese di produzione metallo e macchinari, mentre le aziende alimentari sono 1.414.

Tab.21 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, magazzinaggio e comunicazione	1.405	1.409	1.391
Intermediazione monetaria e finanziaria	761	873	882
Attiv. immob., noleggio informat., 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
Totale	40.075	40.375	40.671

Fonte: Atlante socio economico dei comuni parmensi anno 2003.

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

Tab.22 Lavoratori assunti con contratto temporaneo anni 2001-2003

Provincia	2001	2002	2003	2004	Incremento
Parma	3.768	5.002	5.769	5.493	45,81%
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

Lavoratori stranieri per settore di attività

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). Anche per questo indicatore, si nota un aumento della percentuale di donne, che passano dal 29% del 2001 al 37% del 2003.

Tenore di vita

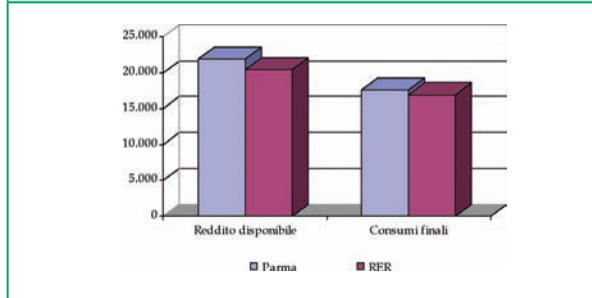
Tab.23 Lavoratori assunti con contratto temporaneo anni 2001-2003

Provincia	2001	2002	2003	Incremento
Parma	5.328	7.794	8.326	36,0%
Regione	59.032	77.386	88.609	33,4%

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

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.9 Reddito medio pro-capite e consumo familiare - 2004



Fonte: Agenzia Emilia-Romagna Lavoro

Osservazioni epidemiologiche

Mortalità

Tab.24 Mortalità per tutte le cause - anni 2002/2003/2004

Anno	Provincia di Parma			Regione Emilia-Romagna		
	M	F	Totale	M	F	Totale
2002	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

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

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

Fig.10 Tasso mortalità standardizzato (tutte le cause)

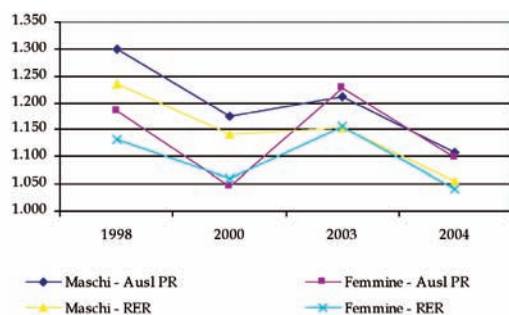


Fig.13 Tasso standardizzato mortalità (tumore maligno collo dell'utero e mammella)

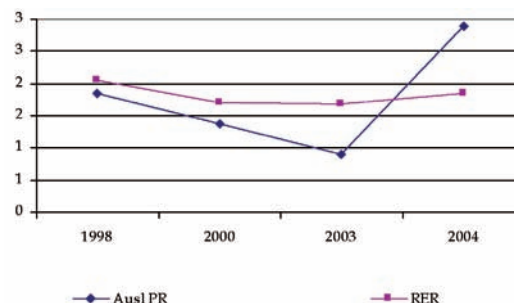


Fig.11 Tasso standardizzato mortalità (tumori)

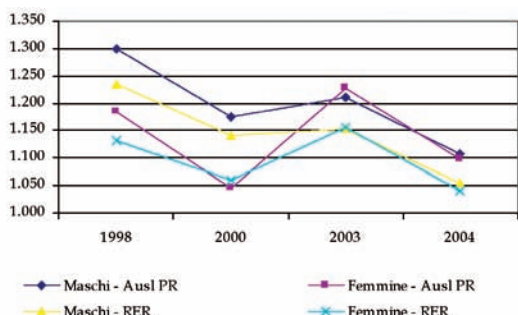


Fig.14 Tasso standardizzato mortalità (tumore maligno colon retto)

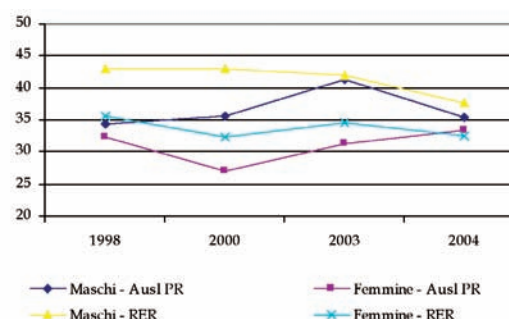


Fig.12 Tasso standardizzato mortalità (tumore maligno alla mammella)

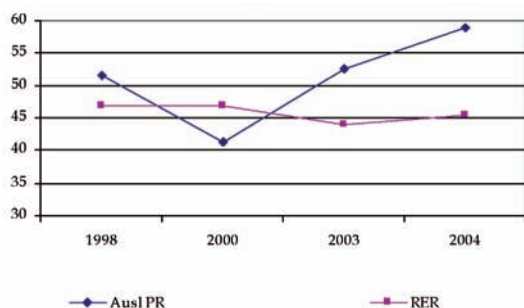


Fig.15 Tasso standardizzato mortalità (malattie del sistema circolatorio)

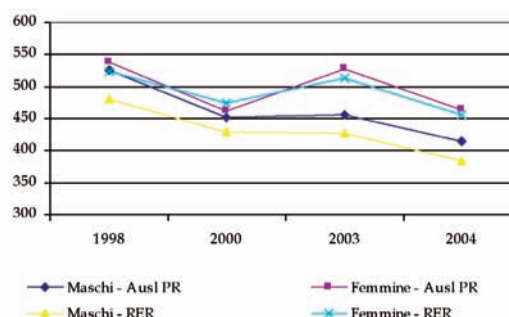
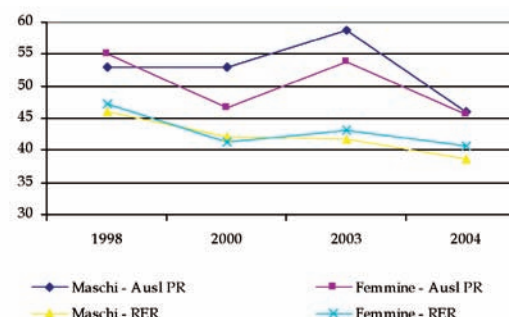


Fig.16 Tasso standardizzato mortalità (malattie dell'apparato digerente)



decessi/anno a Parma si mantiene stabilmente attorno ai 5000, con una lieve prevalenza del sesso femminile. 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 nel 1998. 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.

* Fig. 10-18 * Fonte - Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

I tassi per tumore risultano negli ultimi anni più alti dei dati regionali, in entrambi i sessi. 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. 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. 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.17 Tasso standardizzato mortalità (malattie dell'apparato respiratorio)

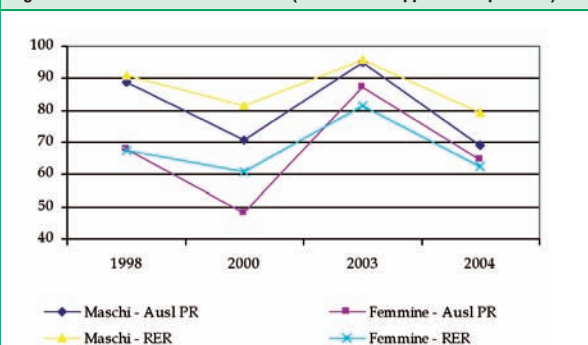
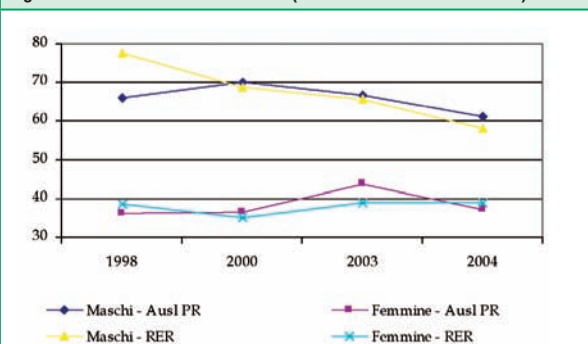


Fig.18 Tasso standardizzato mortalità (traumatismi ed avvelenamenti)

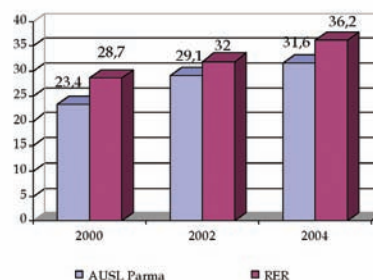


Le malattie dell'apparato respiratorio sono ancora oggi la terza causa di morte tra i grandi gruppi: sono costantemente più frequenti tra i maschi e tendono ad aumentare parallelamente all'età anagrafica. I traumatismi causano il 6% della mortalità tra i maschi e il 4% tra le femmine: sono però la prima 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

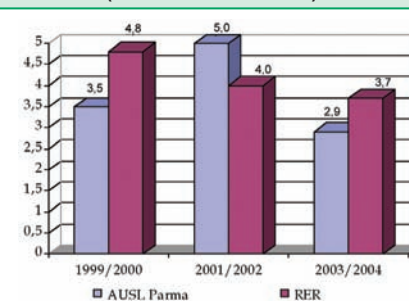
Fig.19 AIDS prevalenza (numero di soggetti malati)



Nota: il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente ad inizio dell'anno considerato. Fonte: Assessorato alla Sanità Regione Emilia – Romagna.

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 e-spansione in Africa, Asia e dell'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. I dati regionali confermano questa tendenza: il tasso di incidenza è nel biennio 2003/2004 del 3,7 per 100.000 abitanti in regione e del 2,9 a Parma, che si colloca a livelli medio-bassi in Regione.

Fig.20 AIDS incidenza (numero di nuovi casi annui)



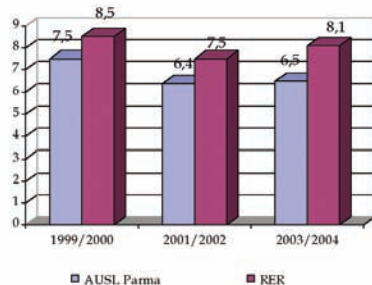
* il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato - Fonte: Assessorato alla Sanità Regione Emilia – Romagna.

Le principali caratteristiche demografiche sono:

- il rapporto tra i sessi è 3 a 1 maschi verso femmine;
- l'età mediana della diagnosi è in aumento, circa 40 anni, contro i 20 degli anni novanta;
- il 15% dei casi nel biennio 2002-2003 è costituito da cittadini stranieri;
- è in costante diminuzione l'incidenza di casi pediatrici, per l'effetto combinato dell'applicazione delle Linee Guida relative al trattamento retrovirale delle donne in gravidanza e dell'effetto della terapia nell'allungamento del tempo di incubazione della malattia.

Tubercolosi

Fig.21 TBC polmonare - incidenza



* il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente a metà del biennio considerato - Fonte: Assessorato alla Sanità Regione Emilia - Romagna.

L'andamento della tubercolosi nell'AUSL di Parma è sovrapponibile al trend registrato a livello regionale. L'incidenza complessiva è stabile intorno a 11,1 casi per 100.000 abitanti, mentre per le forme polmonari si mantiene intorno al 6,5, livelli comunque più bassi della media regionale. Le classi di età più colpite sono dai 25 ai 40 anni con una percentuale di soggetti stranieri in continuo aumento, passata dal 29,4% del 1996 al 58,8% del 2002.

Stili di vita

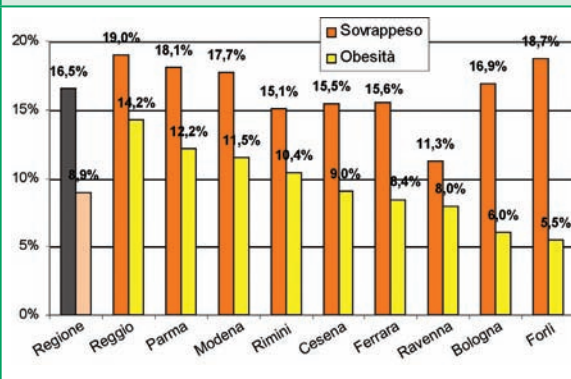
Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute

Obesità dell'infanzia

In Italia, secondo l'indagine multiscopo condotta nel 2000 dall'ISTAT la percentuale di bambini ed adolescenti (6-17 anni) in sovrappeso raggiunge il 20%, mentre la quota di obesi il 4%; il problema interessa soprattutto la fascia di età 6-14 anni in maggioranza maschi. La Regione con la percentuale più alta è la Campania, 36%, quella con minore prevalenza la Valle D'Aosta, 14,3%. La nostra regione con 22,7% si colloca in posizione intermedia. Il tipo di alimentazione, le abitudini alimentari della famiglia e dell'area geografica di appartenenza, l'opportunità e la disponibilità ad esercitare un'attività fisica di tipo continuo. Le ore passate davanti alla TV, il livello socio-economico della famiglia ed il titolo di studio dei genitori, sono elementi che possono influenzare il manifestarsi del sovrappeso. L'obesità ha mostrato nell'ultimo decennio un incremento nell'età adulta. Poiché è dimostrata la correlazione tra l'obesità infantile e le età successive risulta particolarmente delicato e importante mettere in atto delle azioni correttive il più precocemente possibile. La provincia di Parma ha partecipato al progetto "Sorveglianza nutrizionale", indagine compiuta su un campione rappresentativo di bambini in età prescolare. I bambini selezionati, stratificati su tutta la provincia sono stati 238, su un totale regionale di 2631; la valutazione dello stato nutrizionale ha consentito di evidenziare una diversa distribuzione in Emilia Romagna, con

una netta differenza di bambini obesi e in sovrappeso in Emilia.

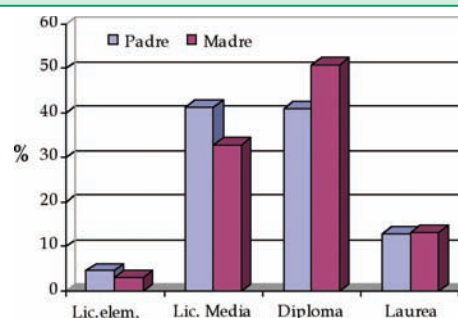
Fig.22 Percentuale di bambini in sovrappeso/obesità



Lo studio evidenzia anche altri aspetti:

- Grado di istruzione e professione dei genitori: nei normopeso sono maggiormente rappresentati genitori laureati o diplomati, insegnanti o dirigenti
- Stato nutrizionale dei genitori: tra i bambini obesi o in sovrappeso la percentuale di obesità della madre è del 21,8% e del padre 52,3%
- Pratica di attività sportiva: più di un terzo dei maschi e quasi la metà delle femmine in sovrappeso non pratica nessuna attività
- Consumo di alimenti: la percentuale di bambini che consuma pesce almeno due volte alla settimana è solamente del 10%, mentre il 47% dei bambini consuma carni bianche
- non si rileva una grande varietà nell'alimentazione; i bambini consumano frutta e verdura in quantità sufficiente, ma la varietà è ancora limitata.

Fig.23 Grado di istruzione dei genitori di bambini normopeso



Al di là del progetto di sorveglianza nutrizionale è attiva una costante collaborazione da parte dell'Azienda USL con Comuni, Provincia e CSA su alcuni temi particolari:

- Stili di vita e alimentazione – si stanno avviando progetti educativi già dall'anno scolastico in corso per i ragazzi di età compresa tra 11 e 12 anni
- Ristorazione scolastica – controllo dei menù scolastici e dei capitolati di appalto e approfondimento dell'aspetto educativo rivolto anche alle famiglie per gli alunni dall'asilo nido alle scuole medie.

Fig.24 Stato nutrizionale dei genitori di bambini normopeso

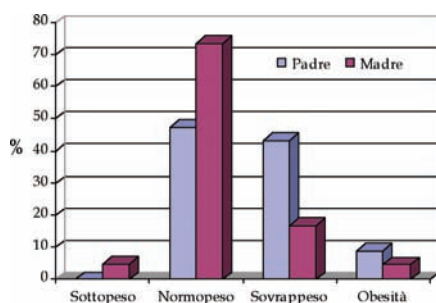
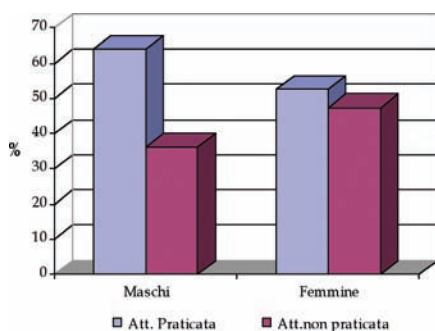


Fig.25 Distribuzione dei bambini sovrappeso rispetto alla pratica di attività sportiva



Altri comportamenti rilevanti

Fumo

Per quello che riguarda la Regione Emilia-Romagna e la nostra provincia in particolare, i dati di riferimento sono quelli dell'indagine multiscopo sulle famiglie del 1996 "La vita quotidiana in Emilia-Romagna", quindi non completamente esaustivi della realtà attuale. In linea con le tendenze nazionali, anche nella nostra regione si è riscontrata negli ultimi anni una diminuzione dei fumatori, che si attestano al 26,3% a fronte di una media nazionale del 26,1%. Tra le province emiliano-romagnole, Parma è al sesto posto per numero di fumatori con il 24,8%, mentre i non fumatori sono il 53,5%, superiori alla media regionale (50,2%). Nella tabella vengono analizzati i dati per numero di sigarette fumate per provincia: come si può notare, a Parma si trova la percentuale maggiore di persone che dichiarano di fumare tra le 6 e le 10 sigarette al giorno: al contrario, il numero di grandi fumatori, oltre le 20 sigarette al giorno, è dell'8,8% a fronte di una percentuale regionale del 9,6%. La maggiore incidenza di fumatori si trova, per entrambi i sessi, nella classe di età 35 – 44 anni; a partire da questa età e fino a 60 anni si ritrova la minore differenza di comportamento tra maschi e femmine. Osservando la tendenza nelle classi di età più giovani, invece, è evidente come i maschi inizino a fumare più precocemente, tanto che a 18-19 anni la differenza è di 3 a 1 rispetto alle femmine. Presentiamo i risultati ottenuti dal centro antifumo di Parma dal dicembre 2000 al marzo 2005 :

- Fumatori afferiti al Servizio
- 549 (maschi 62,11%, femmine 37,89%)
- Età media 48,5 anni

- Numero medio di sigarette fumate 24
- 409 fumatori hanno completato un anno di follow-up
- 140 sono in fase di valutazione.

Tab.25 Percentuale di persone di 14 anni e più della stessa classe di età e sesso per abitudine al fumo di sigarette fumate. Anno 1996.

Province	Non indicato	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	Fum. di sigarette
Parma	-	24,8	21,7	53,5	96,7
Totale	0,4	26,3	23,1	50,2	98,0

Province	Non indicato	Fino a 5	Da 6 a 10	Da 11 a 20	Oltre 20
Parma	0,7	21,8	33,4	35,3	8,8
Totale	0,3	19,9	26,6	43,5	9,6

Fonte: Indagine multiscopo sulle famiglie del 1996 "La vita quotidiana in Emilia-Romagna" Franco Angeli Editore

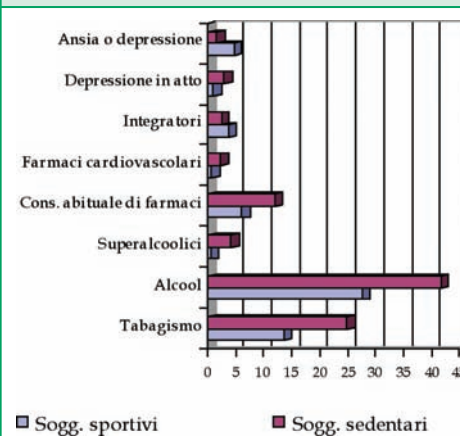
Attività fisica

Nel corso del 2005 il Servizio Medicina Sportiva della Azienda USL ha effettuato un'indagine conoscitiva per valutare la correlazione della pratica di attività sportiva con altri stili di vita; sono stati identificati 2 gruppi omogenei per sesso ed età:

- di età compresa tra i 12 ed i 65 anni il primo gruppo è costituito da persone che fanno sport per più di 3 ore alla settimana: 1260 persone (maschi 65,4% - femmine 34,6%)
- il secondo gruppo da persone sedentarie: 707 persone (maschi 63,7% – femmine 36,3%)

I risultati sono stati i seguenti:

Fig.26 Comportamenti ed abitudini



Fonte: Interna AUSL Parma

Pur se in corso di elaborazione, i dati appaiono significativi per l'effetto protettivo che uno stile di vita sano produce su alcuni comportamenti o abitudini.

Dipendenze patologiche

Tossicodipendenze

In Provincia di Parma, secondo i dati forniti dai SERT, la percentuale di consumatori di cannabis che accedono ai servizi si mantiene stabile, (11,1% nel 2004) è in aumento la quota di assuntori di cocaina, (8,3% nel 2003 e 10% nel 2004), mentre si mantiene attorno al 74% la quota di tossicodipendenti assuntori di eroina. Per quanto riguarda l'età media, i più giovani sono assuntori di cannabinoidi, con un'età media di 28 anni, mentre per le altre sostanze l'età media è superiore ai 30 anni. E' noto che la tossicodipendenza presenta una selettività per il sesso maschile. A livello nazionale si osserva la presenza di sette maschi per ogni femmina presa in carico dai Servizi, mentre a livello regionale il rapporto è pari a 4,7. In provincia di Parma il rapporto maschi/femmine è 5,2, ma scende a 4,4 per i nuovi utenti del 2004. Le stime di prevalenza segnalano in provincia di Parma 3,9 soggetti in trattamento ogni 1.000 abitanti di età compresa tra i 25 e i 64 anni, dato che si colloca nella fascia medio/alta delle stime europee (da 2 a 10 casi per 1.000 abitanti).

Tab.26 Età media per sostanza di abuso primaria per distretto-anno 2004

	Parma	Fidenza	Su-Est	Valli Taro Ceno	Totale
Eroina	33,86	33,60	34,1	32,6	33,7
Cocaina	31,9	30,4	35,7	31,5	32,2
Cannabinoidi	29,0	25,0	29,1	27,2	28,65
Altre sostanze	29,0	31,0	25,0	26,0	31,53

Fonte: Fonte interna AUSL Parma

Alcool

Tab.27 Età media e mediana per distretto-anno 2004

	Parma	Fidenza	Su-Est	Valli Taro Ceno	Totale
Utenti maschi	45,9	48,9	49,5	51,1	47,6
Utenti femmine	46,3	44,9	43,1	45,2	45,6
Totale utenti	46,0	47,7	48,3	50,0	47,1
Età mediana	44	44	48	50	45

Fonte: Fonte interna AUSL Parma

Gli utenti alcool dipendenti in carico presso i Sert, e l'Unità Operativa di Alcoologia dell'Azienda USL di Parma sono per il 2004 329 maschi (76,3%) e 102 femmine (23,7%); il rapporto maschi/femmine è pari a 3,2, superiore al 2,8 osservato nella Regione Emilia Romagna nello stesso periodo. L'età media è elevata, il 16% ha un'età superiore ai 60 anni; questo è imputabile al fatto che le persone si rivolgono ai servizi dopo anni di uso patologico di alcool, con la compromissione dei contesti affettivi, sociali e lavorativi. Le differenze tra distretti,

potrebbero essere imputabili sia differenze negli stili di consumo tra zone territoriali di pianura e montagna, urbane piuttosto che rurali, sia alla diversa struttura per età delle popolazioni residenti. La solitudine sembra costituire un fattore importante; il 46,2% degli utenti è celibe, il 18,6% separato o divorziato, il 3,2% vedova/o. Per quanto riguarda la scolarità, pur trattandosi di dati spesso incompleti, il 59,4% riferisce il conseguimento della licenza elementare o media, solo l'1,4% è laureato. La bevanda alcolica più consumata è il vino, seguito dalla birra e dai super alcolici, con differenze significative tra distretti.

Tab.28 Distribuzione percentuale per tipo di sostanza alcolica prevalente e distretto-anno 2004

	Parma	Fidenza	Su-Est	Valli Taro Ceno	Totale
Superalcolici	9,5	7,7	9,6	1,8	8,4
Aperitivi/amari/digestivi	3,4	2,6	6,8	0	3,5
Vino	58,2	69,2	75,3	82,1	65,2
Birra	28,9	2,6	8,2	16,1	21,3
Altro non indicato	0	17,9	0	0	1,6

Fonte: Fonte interna AUSL Parma

Sicurezza

Infortuni 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 maschi. 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 com-

preso 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: sofferman-doci 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.29 Provincia di Parma/Incidenti stradali (anni 1998/2004)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Incidenti	2.098	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)	2,9	4,5	3,3	3,4	3,1	3,7	2,9
RL % (b)	139,5	136,8	140,9	138,0	140,6	133,3	135,6
RP (c)	2,0	3,20	2,30	2,4	2,1	2,7	2,1

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

Infortuni sul lavoro

Il contrasto degli infortuni sul lavoro è uno degli obiettivi che ha caratterizzato negli ultimi anni le azioni del Dipartimento di Salute Pubblica. E in particolare 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

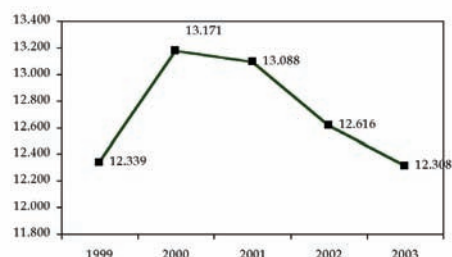
partecipazione di ampi strati del tessuto sociale locale, stimolando il confronto e sviluppando sinergie, attraverso il meccanismo della "concertazione", ritenuta indispensabile per ottenere risultati misurabili su un evento, l'infortunio sul lavoro, che riconosce fattori causali complessi e diversificati. La carta della concertazione è stata giocata su più tavoli:

- quello specifico e più 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 infortuni in provincia di Parma nel periodo 1999-2003

Si riportano i dati infortunistici elaborati dall'Osservatorio Regionale per l'Epidemiologia degli Infortuni sul Lavoro partendo dai Flussi INAIL, fonte di flussi correnti ormai uniformemente adottata per l'analisi del fenomeno in quanto derivanti da una banca dati standardizzata ed omogenea. L'aggiornamento dei dati al 2003 è l'ultimo disponibile. Necessitano, infatti, almeno due anni per avere il quadro completo degli eventi definiti INAIL nell'anno. Nel periodo considerato si assiste ad un trend in progressivo incremento degli occupati in provincia di Parma, che passano da 135.811 del 1999 a 163.101 del 2003 (+ 20,1%); il dato conferma e supera l'andamento registrato su base regionale (+ 17,71%). Mentre gli infortuni denunciati si mantengono sostanzialmente stabili si osserva una tendenza alla diminuzione degli infortuni definiti espressi in termini di indice di incidenza.

Fig.27 Infortuni denunciati



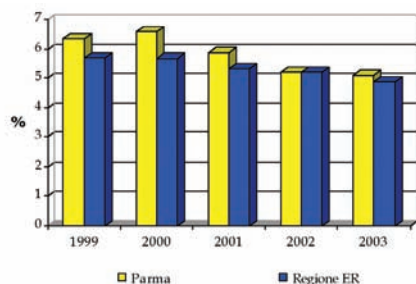
Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

L'indice di incidenza

L'indice di incidenza (numero di infortuni/numero di addetti x 100) degli infortuni complessivi diminuisce a Parma da 6,4 del 1999 a 5,1 del 2003. Parma è la provincia nella quale, dopo Reggio Emilia, si è registrato il calo maggiore dell'indice di incidenza degli infortuni sul lavoro in ambito regionale (- 19,6 %). Particolarmente significativa è la riduzione dell'indice di incidenza degli infortuni che si è registrata in provincia di Parma nei comparti produttivi a maggior rischio, cioè quelli indivi-

duati dalla programmazione regionale e segnatamente nel Gruppo Lavorazioni Agricole e nei Grandi Gruppi Edilizia, Legno e Metalmeccanica.

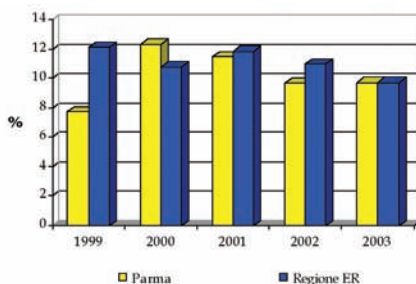
Fig.28 Indice di incidenza infortuni complessivi - Parma e media regionale



Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

Lavorazioni agricole

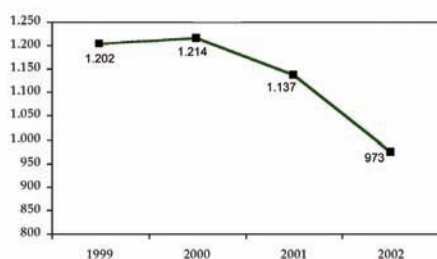
Fig.29 Lavorazioni agricole: indice di incidenza



Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

Il dato di Parma, escludendo il valore puntuale del 1999, di difficile interpretazione, conferma un'elevata frequenza di accadimento degli infortuni nel settore, pur nel contesto di una generale tendenza alla diminuzione (differenza percentuale rispetto al 1999 di -21,2%). E' da segnalare che il dato si riferisce esclusivamente al ramo industria e non comprende le posizioni professionali "autonomi-dipendenti" in quanto per questa categoria in Banca Dati INAIL non sono disponibili gli addetti. Per questa rilevante componente dell'agricoltura è disponibile solo il dato degli eventi denunciati che nel corso degli anni considerati si dimostra in sensibile calo.

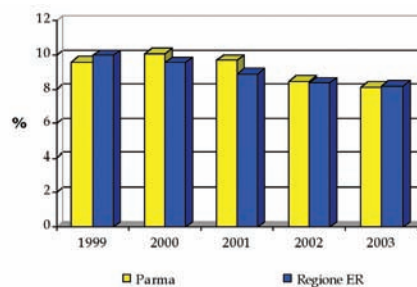
Fig.30 Eventi denunciati ramo agricoltura "autonomi - dipendenti"



Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

Edilizia

Fig.31 Edilizia. Indice di incidenza

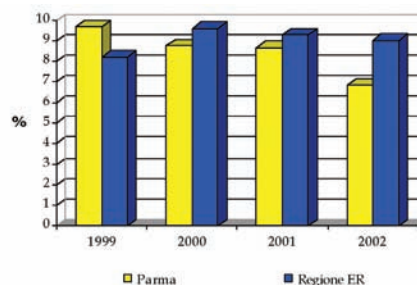


Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

L'edilizia, tradizionalmente considerato settore ad alto rischio infortunistico, registra un trend in diminuzione, con significativo decremento (- 15,2%) dell'indice di incidenza nel 2003 rispetto al dato del 1999. L'indice di incidenza del settore si attesta a livelli inferiori rispetto alla media regionale. La diminuzione dell'indice infortunistico risulta ancora più consistente nel sottogruppo Costruzioni Edili, riguardante l'edilizia civile tradizionale, che nel periodo 1999-2003 evidenzia un decremento del 31,1%.

Legno

Fig.32 Legno: indice di incidenza

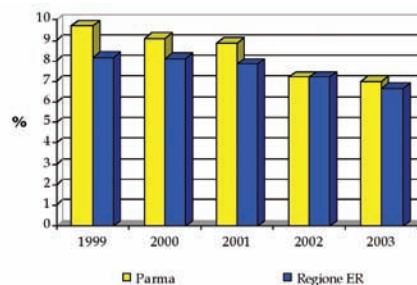


Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

E' confermato l'andamento in diminuzione dell'indice di incidenza (- 25,6% rispetto al dato del 1999). In questo settore produttivo l'indicatore si è mantenuto dal 2000 sempre inferiore all'indice medio regionale.

Metallurgica - Metalmeccanica

Fig.33 Metallurgica - Metalmeccanica: indice di incidenza

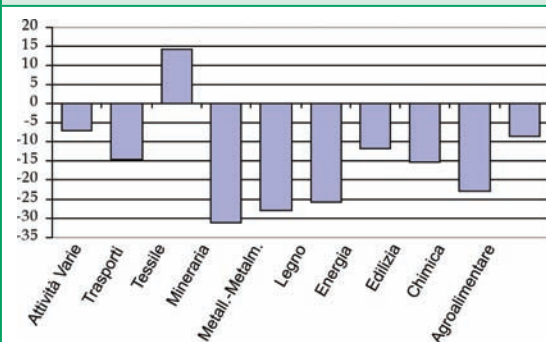


Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

E' gruppo nel quale si è concretizzato a Parma la diminuzione più significativa (- 27,8%) dell'indice infortunistico e si riflette anche nei due sottogruppi più significativi:

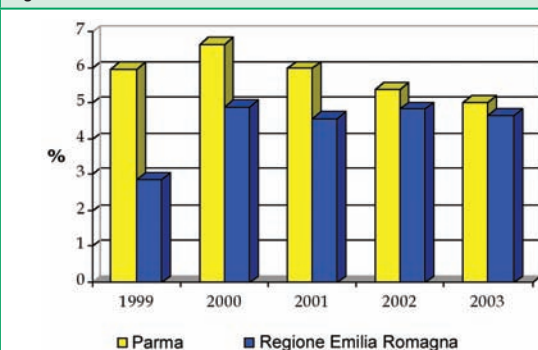
- Metallmeccanica (-27,9% al 2003 rispetto al 1999);
- Macchine (- 34,3% al 2003 rispetto al 1999)

Fig.34 Variazione percentuale dell'indice di incidenza nei Grandi Gruppi nel periodo 1999-2003



Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

Fig.35 Servizi sanitari: indice di incidenza

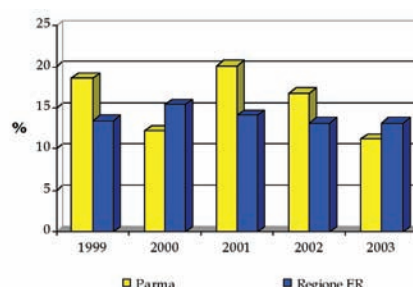


Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

In buona sostanza, la tendenza in diminuzione dell'indice di incidenza si registra uniformemente in tutti i Grandi Gruppi di codifica INAIL, con l'esclusione del settore tessile che, pur evidenziando indici infortunistici più bassi rispetto ad altri settori, presenta un andamento in controtendenza (+ 14,9 %). E' comunque necessario segnalare la particolarità del Grande 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 (range nel periodo compreso tra 3,5 del 2000 e 2,8 nel 2003), ma l'andamento infortunistico nei sottogruppi dei Servizi Sanitari e in particolare dei Servizi di Pulitura conferma negli anni dati preoccupanti, sia in ambito regionale che locale. Nel Gruppo Servizi Sanitari, ad un andamento sostanzialmente stabile in ambito regionale, ma in aumento rispetto al 1999, si contrappone una tendenza al decremento a Parma (- 15,6 %), ma partendo da valori decisamente superiori e che si mantengono nel periodo di osservazione. Particolarmente critico, soprattutto in ambito locale, sembra qualificarsi il

fenomeno nel sottogruppo dei Servizi di Pulizia, settore che, in provincia di Parma, presenta una frequenza di accadimento tra le più alte fra tutte le lavorazioni codificate INAIL. Il dato, in particolare per quanto riguarda Parma, risulta ad esempio decisamente superiore a quello di un comparto ad alto rischio come l'edilizia. Va in ogni caso rilevato che le variazioni in questi due settori non sono da ritenersi certi e richiedono ulteriori conferme in quanto sono probabilmente da attribuire ad una redistribuzione degli addetti all'interno del Grande Gruppo Attività Varie intervenuta a seguito di modifica della codifica INAIL.

Fig.36 Servizi di pulizia: indice di incidenza



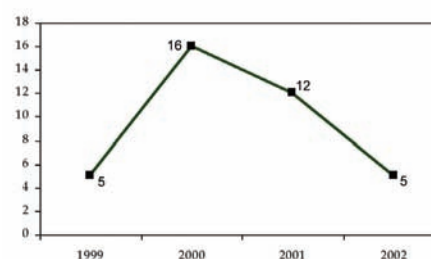
Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

La gravità degli infortuni

Ricorrendo ad un parametro semplificato, la gravità degli eventi può essere rappresentata dal rapporto tra la prevalenza di infortuni con danni permanenti rispetto al totale degli infortuni. A fronte di una diminuzione di frequenza di accadimento, le forme di lesioni permanenti degli infortuni nel loro complesso risultano a Parma sostanzialmente stabili negli anni con percentuali comprese tra 3,2 % del 2001 e il 3,7% del 2002.

Gli infortuni mortali

Fig.37 Eventi mortali distribuiti per anno di accadimento (dati SPSAL)



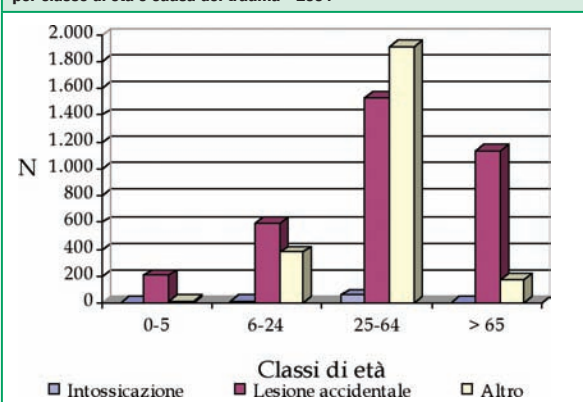
Fonte: OREIL - Osservatorio Regionale Epidemiologico Infortuni sul Lavoro - c/o AUSL Reggio Emilia.

La Banca dati INAIL fornisce il dato di 82 infortuni mortali occorsi a Parma nel periodo 1999-2003, 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 carenze nella prevenzione, quali appunto gli incidenti stradali e quelli in itinere. Pare più utile rappresentare il fenomeno considerando gli eventi mortali rispetto ai quali i Servizi Psal 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. Sono registrati, nel periodo di osservazione, 47 infortuni mortali, con picchi nel 2000 e 2003 rispettivamente di 16 e 12 eventi.

Infortuni domestici

Fig.38 Distribuzione degli accessi per incidente domestico al PS di Fidenza per classe di età e causa del trauma - 2004

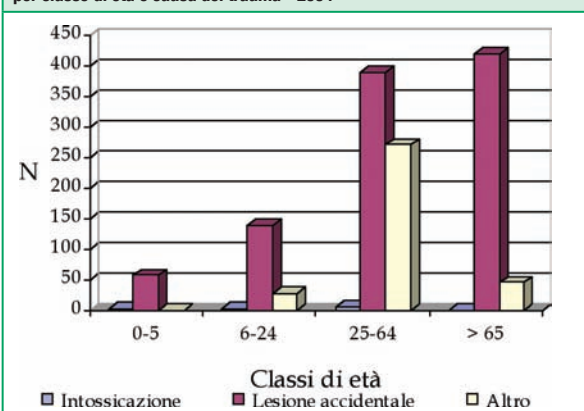


Fonte: Interna AUSL Parma

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 sistema nazionale di sorveglianza (SINIACA), che fa capo all'Istituto Superiore di Sanità, è attualmente utilizzato in via sperimentale in alcune realtà; è affiancato da iniziative locali o nazionali, come l'indagine multiscopo dell'ISTAT. Dall'analisi dei dati è emersa l'importanza di poter disporre di una definizione univoca dell'evento da sorvegliare, mentre con la Legge 443 del 1999 è stato chiaramente definito l'ambi-

to dell'accadimento (domestico). Inoltre, la maggior parte degli studi ha dimostrato che solo al Pronto Soccorso è possibile raccogliere al meglio, almeno per quelli più significativi, le informazioni sulla modalità di svolgimento degli eventi, elemento indispensabile per attivare anche eventuali interventi di prevenzione. A livello locale, l'attuale sistema di registrazione al Pronto Soccorso dei presidi dell'Azienda USL non consente tale dettaglio di informazioni; è possibile selezionare gli accessi, per le diverse "causali" relativamente al luogo di accadimento "abitazione". Si riportano i dati relativi al 2004, distinti per i due Presidi di Fidenza e Borgo Val di Taro.

Fig.39 Distribuzione degli accessi per incidente domestico al PS di Borgotaro per classe di età e causa del trauma - 2004



Fonte: Interna AUSL Parma

I dati di letteratura evidenziano come gli interventi più efficaci sono quelli che affiancano alle iniziative di carattere legislativo azioni volte ad eliminare i fattori di rischio legati all'ambiente domestico, mentre sono ritenuti scarsamente efficaci le iniziative di carattere puramente informativo-educativo. Per gli anziani, per i quali l'evento più frequente e grave è rappresentato dalle cadute, oltre ad interventi per modificare l'ambiente domestico (tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione di corrimano, maniglie da vasca da bagno), esiste un'evidenza sull'efficacia degli interventi basati sull'attività fisica volta a migliorare il tono muscolare ed il senso dell'equilibrio.

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

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:

Tab.1 Risultato d'esercizio

2002	2003	2004	2005
- 11.041	- 2.263	- 29.112	- 5.721

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:

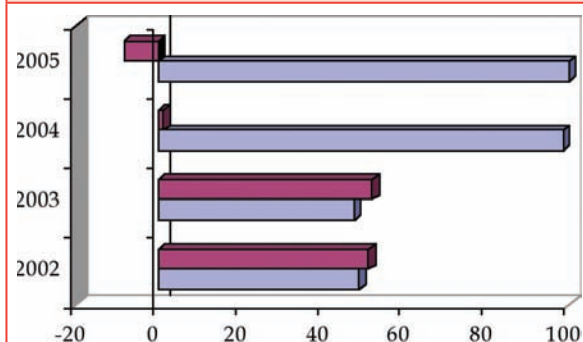
Tab.2 Risultato operativo caratteristico

2002	2003	2004	2005
- 5.396	- 1.082	- 28.744	- 6.200

Valori espressi in migliaia di euro - Fonti: anni 2002-2004 - Regione Emilia Romagna; 2005 -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:

Fig.1 Incidenza sulla gestione della caratteristica sul risultato aziendale



Fonti: anni 2002-2004 Regione Emilia Romagna; 2005 - elaborazione aziendale

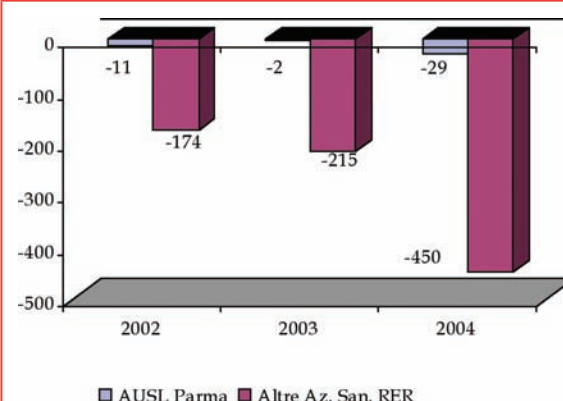
Negli anni 2002 e 2003 le due gestioni concorrevano sostanzialmente in maniera uguale al risultato d'esercizio, mentre nel biennio 2004-2005 la gestione caratteristica

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.

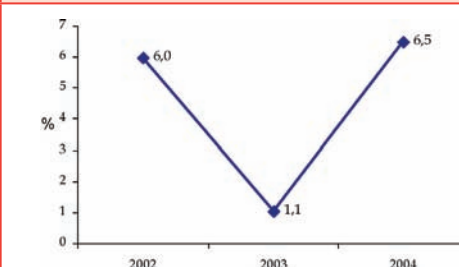
Fig.2 Performance aziendale e regionale (milioni di €)



Fonte: Regione Emilia Romagna

Percentualmente la gestione aziendale ha contribuito alla performance regionale nel seguente modo: Anche questo grafico evidenzia l'alternanza di esercizi con performance positive a quelli con performance negative, con ricaduta sul risultato complessivo regionale.

Fig.3 Risultato netto di esercizio/risultato complessivo regionale

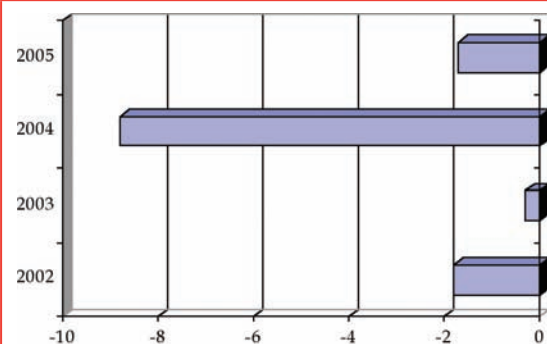


Trend della performance e della gestione caratteristica

E' 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 -2004 Regione Emilia Romagna; 2005 - elaborazione aziendale

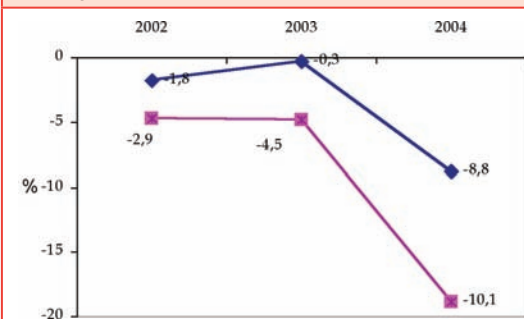
Nel periodo di riferimento, soprattutto nell'anno 2004, la gestione caratteristica ha assorbito tutte le risorse determinando inoltre già un risultato operativo negativo. Questi dati possono essere confrontati con i valori medi regionali, considerando però solo le Aziende del medesimo gruppo, vale a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

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

	2002	2003	2004
AUSL Parma	-1,8%	-0,3%	-8,8%
Media RER	-2,9%	-4,5%	-10,1%

Fonte: Regione Emilia Romagna

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

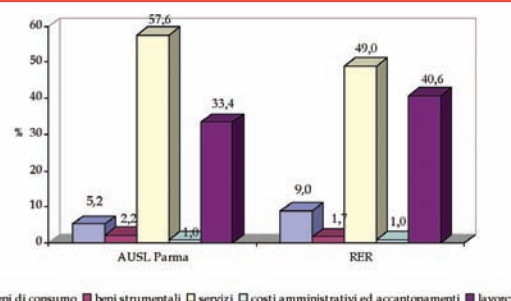


Fonte: Regione Emilia Romagna

Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori

E' 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 triennio disponibile, dal 2001 al 2004, forniti dalla Regione Emilia Romagna.

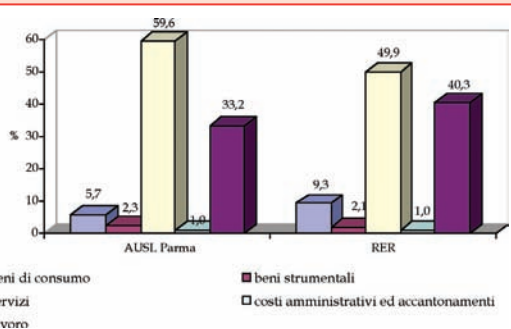
Fig.6 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2001



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.

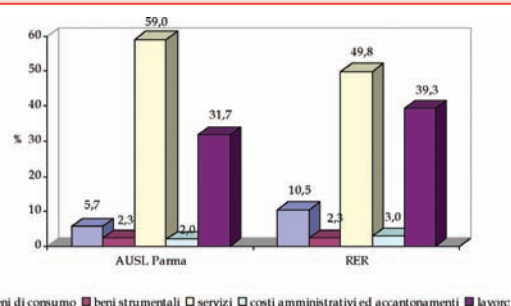
Fig.7 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili anno 2002



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.

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

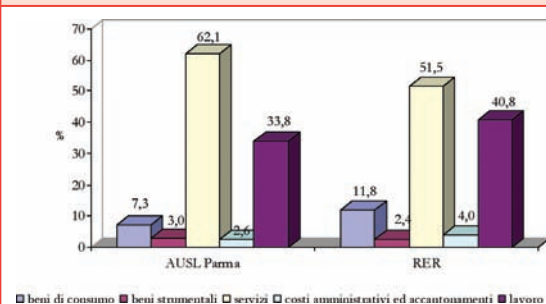


Fonte: Regione Emilia Romagna

Si nota una ulteriore differenza per ciò che attiene al-

l'incidenza del costo per l'acquisto di beni di consumo (- 3,6%). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile. Il confronto tra il peso dei diversi fattori produttivi per l'AUSL di Parma e la media regionale resta sostanzialmente invariato anche nell'anno 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.

Struttura dei costi aziendali

Nel corso del quadriennio di riferimento (2001-2004) la composizione dei costi d'esercizio si è così modificata:

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

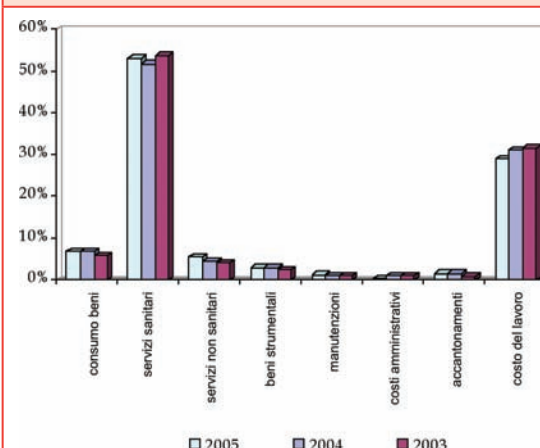
	2001	2002	2003	2004	2005
Consumo beni	5,2%	5,6%	5,7%	6,7%	6,8%
Servizi sanitari	52,4%	53,3%	53,8%	51,7%	53,1%
Servizi non sanitari	4,5%	4,2%	4,1%	4,4%	5,4%
Beni strumentali	2,2%	2,3%	2,3%	2,8%	2,9%
Manutenzioni	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	1,1%
Costi amministrativi	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	0,3%
Accantonamenti	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%	1,4%
Costo del lavoro	33,7%	32,6%	31,6%	31,1%	29,0%

Fonti: anni 2002-2004 Regione Emilia Romagna; 2005: elaborazione aziendale

Sostanzialmente la composizione dei costi è rimasta inalterata nel quadriennio, come anche si può meglio

vedere dalla rappresentazione grafica seguente:

Fig.10 Composizione percentuale dei costi d'esercizio anni 2003, 2004 e 2005



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
Mobilità attiva	22.529.920	25.166.479	28.380.921	30.378.982
Mobilità passiva	185.999.082	194.726.170	205.354.320	215.458.984
Mobilità attiva/ Mobilità passiva x 100	12,1	12,9	13,8	14,1

Fonte: Regione Emilia Romagna; 2005 - elaborazioni aziendali

Il grado di attrazione dell'Azienda USL di Parma è rimasto inalterato nel quadriennio. 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 scorporre dalla totalità della mobilità passiva quella frutto di apposito accordo di fornitura con l'AOSP di Parma.

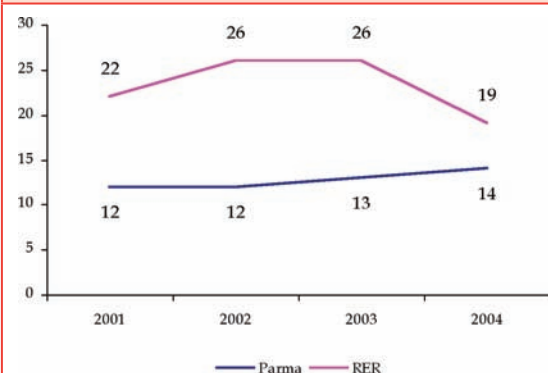
Tab.6 Mobilità passiva verso AOSP Parma e verso altri

	2002	2003	2004	2005
Mobilità attiva totale	185.999.082	194.726.170	205.354.320	215.458.984
Mobilità passiva verso AOSP Parma	153.003.000	159.023.000	165.800.000	176.645.000
Mobilità passiva AOSP Parma/ Mobilità passiva totale x 100	82,3	81,7	80,7	82,0

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

I residenti del territorio che si rivolgono ad altre strutture per la quasi totalità si indirizzano all'Azienda Ospedaliera di Parma (+ 80%). 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.10 Mobilità attiva/passiva AUSL Parma ed altre Aziende USL della RER

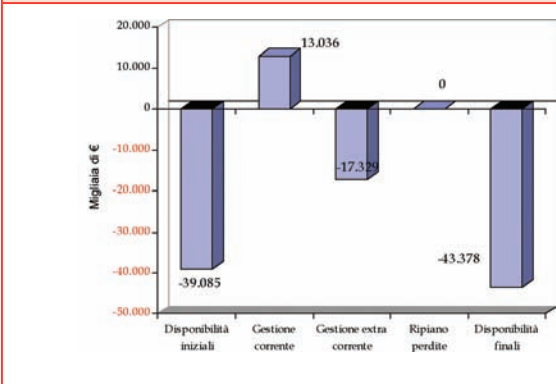


Sostenibilità finanziaria

Dinamica dei flussi monetari

Il 2005 è stato caratterizzato da un maggior indebitamento verso l'Istituto Tesoriere (+ 4.293.155); graficamente il rendiconto finanziario di liquidità è il seguente:

Fig.11 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 2005 è stata di 203 giorni così determinato:

Tab.7 Durata media dell'esposizione verso i fornitori

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
271.680.608	332.013.577	535.713.889

Fonte: Bilancio aziendale anno 2005

Sostenibilità patrimoniale

Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale

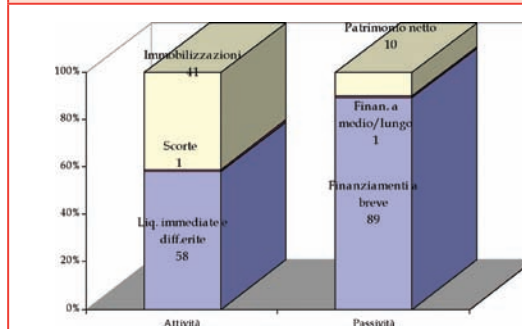
Tab.8 Stato patrimoniale anno 2005

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	58%	89%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	1%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	41%	10%	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2005

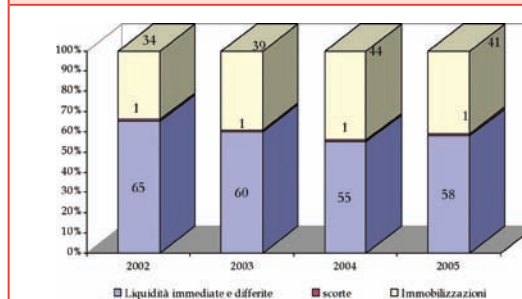
Lo Stato Patrimoniale anno 2005 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

Fig.12 Rappresentazione grafica Stato patrimoniale 2005



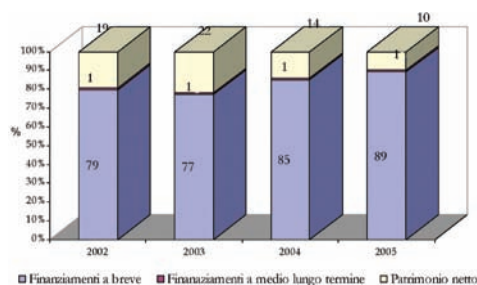
L'evoluzione della composizione dello Stato Patrimoniale può essere così rappresentata:

Fig.13 Stato patrimoniale 2002-2005 attività



L'Azienda è caratterizzata da una composizione dell'attivo focalizzata sulla liquidità. Le scorte nel corso del triennio di riferimento non hanno subito modifiche. L'azienda è caratterizzata da una composizione del passivo focalizzato sui finanziamenti a breve termine. Il Patrimonio netto non raggiunge nemmeno il 15% del passivo.

Fig.14 Stato patrimoniale 2002-2005 passività



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Per ciò che attiene gli investimenti effettuati nel triennio 2002 – 2005 la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale viene così rappresentata:

Tab.9 Investimenti

Investimenti	2002	2003	2004	2005
Terreni	0	187,98	0	0
Fabbricati	5.009.446,43	1.610.054,10	60.278.240,14	16.843.955,41
Impianti e macchinari	29.725,89	0	22.327,65	6.260,99
Attrezzature sanitarie	2.460.874,66	1.746.498,54	8.100.119,31	1.654.220,94
Mobili e arredi	290.233,92	270.382,25	2.003.975,69	404.355,76
Automezzi	178.195,57	99.825,83	60.904,65	261.404,70
Altri beni	769.823,05	497.862,07	1.523.965,48	801.658,21
Totale	8.738.299,52	4.224.810,77	71.989.532,92	19.973.861,01

Fonte: 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 Ospedale di Fidenza 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 Parmense e Fidenza, nonché completati i lavori per il Centro Dialisi e per il Centro Cure Progressive di Langhirano.

Tab.10 Contributi in conto capitale

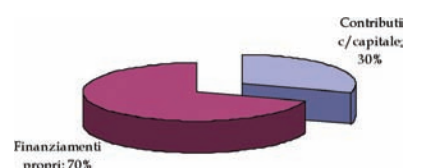
Contributi	2002	2003	2004	2005
Totale	19.465.974,70	3.339.904,60	7.790.899,29	471.880,00

Fonte: Bilanci aziendali

I contributi concessi nell'anno 2002 erano per la maggior parte (15.493.707) destinati alla costruzione del nuovo ospedale aziendale; nell'anno 2003 erano per lo

più destinati all'adeguamento l. 626/94 dell' Ospedale 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 all'Ospedale di Fidenza (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 l'Ospedale di Fidenza. Dal grafico seguente si evince in quale misura il finanziamento degli investimenti materiali è rimasto a carico della gestione aziendale:

Fig.15 Finanziamento immobilizzazioni materiali complessive nel quadriennio



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
Immobilizzazioni immateriali	975.432,50	560.907,38	572.259,31	691.773,17
Fabbricati strumentali	5.009.446,43	1.476.998,66	42.914.694,94	16.799.076,57
Impianti e macchinari	29.725,89	0	22.327,65	6.260,99
Attrezzature sanitarie	2.460.874,66	1.746.498,54	8.100.119,31	1.654.220,94
Mobili e arredi	290.233,92	270.382,25	2.003.975,69	404.355,76
Altri beni	769.823,05	497.862,07	1.523.965,48	801.658,21
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	11.792.428,35	28.044.391,75	0	0
Totale	21.327.964,80	32.597.040,65	55.137.342,38	20.359.350,64

Fonte: Bilanci aziendali

Fig.16 Investimenti dal 2002 al 2004

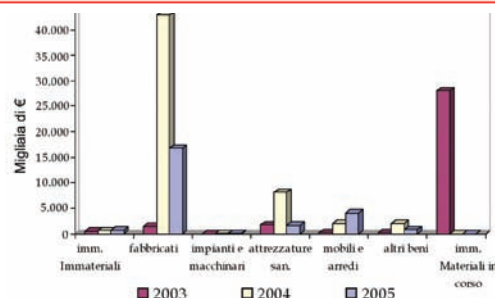
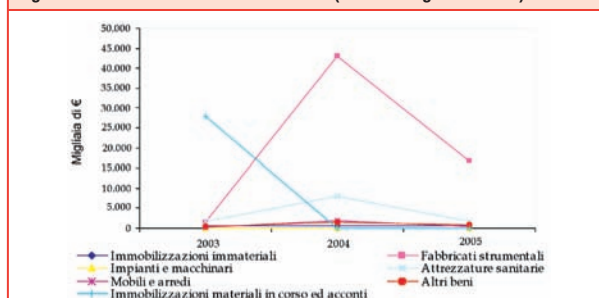


Fig.17 Trend investimenti dal 2002 al 2004 (valori in migliaia di Euro)



Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

I nuovi investimenti nel triennio 2002–2005 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.

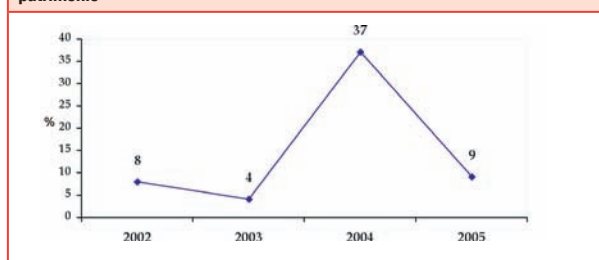
Tab.12 Investimenti e patrimonio

	2002	2003	2004	2005
Investimenti	9.715.734,02	4.787.721,15	72.563.796,23	20.404.229,48
Totale immobilizzazioni	117.106.803,58	121.067.861,32	193.547.214,78	215.576.259,90
Investimenti/totale immobilizzazioni x100	8,3	3,9	37,5	9,5

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso. Il 2004 ha coinciso con il completamento di grandi opere strutturali iniziate in precedenza, come per esempio la messa in funzione del nuovo Ospedale di Fidenza. Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

Fig.18 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.

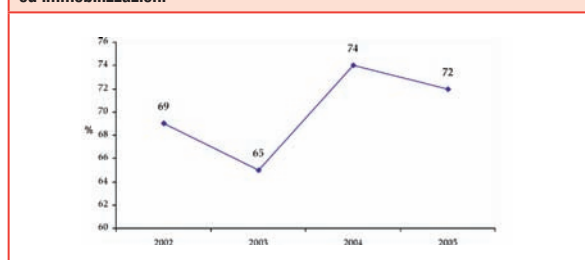
Si può affermare che l'azienda ha globalmente un patrimonio relativamente "giovane" con una vita utile ancora sufficientemente lunga.

Tab.13 Obsolescenza del patrimonio

	2002	2003	2004	2005
Residui da ammortizzare	80.659.958,22	78.311.229,72	144.125.685,33	155.753.055,21
Totale immobilizzazioni	117.106.803,58	121.067.861,32	193.547.214,78	215.576.259,90
Investimenti/totale immobilizzazioni	68,9	64,7	74,5	72,2

Fonte: Bilanci aziendali

Fig.19 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 2.391 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 2.303 del 2001 ai 2.391 del 2005 (+ 3,8%). 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 (73,1%). A questi occorre poi aggiungere 654 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 dipendenti dall'Azienda e di quelli convenzionati con essa porta ad un totale di 1.109 medici, pari a 2,6 medici per 1.000 residenti. All'impatto economico diretto occorre poi aggiungere l'effetto "indiretto" derivante dalla complessa rete di relazioni esterne che l'Azienda intreccia con la realtà economica provinciale al fine di poter erogare i servizi sanitari: rapporti di fornitura di beni sanitari e non sanitari, rapporti per la fornitura di servizi tecnici (manutenzioni, pulizie, ristorazione, ecc.), convenzioni per l'erogazione di servizi socio-sanitari (assistenza residenziale e semi-residenziale).

Tab.14 Numero dipendenti totale suddivisi per ruolo

Ruolo	Contratto	2001	2002	2003	2004	2005
Sanitario	Medici e veterinari	374	380	381	392	396
Sanitario	Dirigenti sanitari	52	53	54	55	59
Professionale	Dirid. Professionale	6	5	5	6	7
Tecnico	Dirig. Tecnico	5	5	4	4	4
Amministrativo	Dirid. Amministrativo	16	16	17	19	18
Dirigenti		453	459	461	476	484
Sanitario	Comparto sanitario	1.205	1.194	1.203	1.214	1.241
Tecnico	Comparto tecnico	330	321	315	322	331
Amministrativo	Comparto amministrativo	315	327	326	334	335
Comparto		1.850	1.842	1.844	1.870	1.907
Totale		2.303	2.301	2.305	2.346	2.391

Tab.15 Numero MMG, PLS e Medici Ambulatoriali

Anni	Specialisti Titolari Sostituti	Incarichi a tempo determinato	Medici di Medicina Generale	Pediatri Libera Scelta	Medici di Guardia Medica
2001	100	1	320	48	113
2002	101	4	318	50	129
2003	99	5	317	50	138
2004	104	8	318	52	143
2005	117	12	318	54	153

Tab.16 Emolumenti (migliaia di €)

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

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

Tab.17 Lasciti e donazioni da cittadini e da altri

	2001	2002	2003	2004	2005
Da cittadini	1.466,75	344.100,76	5.202,53	2.450,00	25.888,00
Da fondazioni bancarie	0	16.216,75	0	882.000,00	923.592,45
Da altri	273.793,88	255.768,27	26.047,78	187.594,83	355.637,00
Totale	275.260,63	616.085,78	31.250,31	1.072.044,83	1.305.117,45

Impatto culturale

L'Azienda USL di Parma 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". Fra le proprietà dell'Azienda un dipinto su tela raffigurante "La Sacra Famiglia" di epoca settecentesca, 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 Ospedale di Fidenza nel corso del 2004. E' presente una catalogazione, non formale, di opere di proprietà dell'Azienda e loro allocazione. Nel 2005 è stato costituito un Gruppo tecnico aziendale per la ricatalogazione delle opere e degli immobili storici ancora di proprietà aziendale. Permane inoltre il progetto pluriennale di aggiornamento con l'Istituto Beni Culturali della Regione per la salvaguardia delle opere d'arte di proprietà delle Aziende Sanitarie. Nel corso del 2005 si è concretizzata, in associazione con la Provincia di Parma, l'apertura dell'Archivio storico dell'ex Ospedale Psichiatrico di Colorno. In collaborazione con i Conservatori degli Archivi Storici Nazionali è stata effettuata una catalogazione completa del materiale per un riordino storico ed è iniziata una informatizzazione. I locali sono aperti al pubblico ed in particolare a studiosi della materia che possono visionare il patrimonio archivistico. Le spese di gestione sono condivise al 50% con la Provincia.

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 15,8% nel periodo considerato, in linea con l'incremento del costo per assistito evidenziato a livello regionale e pari a 15,6%. È importante segnalare come questi risultati derivino, da un lato, da un aumento dei costi nel periodo 2001-2004 del 18,7% e, dall'altro, da una crescita della popolazione del 2,8%, un trend analogo a quello osservato a livello regio-

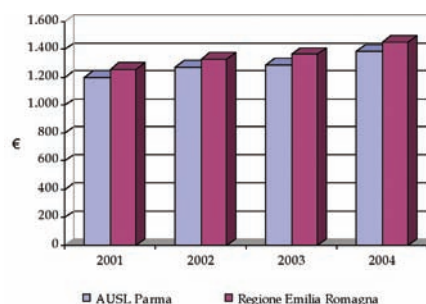
nale. L'omogeneità tra trend regionale e trend aziendale è peraltro confermata dall'andamento, sostanzialmente stabile, dello scostamento tra valore aziendale e valore regionale; si segnala inoltre come il costo per la Azienda di Parma sia, nei quattro anni considerati, anche il più basso nella Regione, secondo solo al valore registrato dalla Azienda USL di Reggio Emilia.

Tab.18 Costi per assistito 2002-2004

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento
	Costi	Popolazione	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite	
2001	448.456	407.272	1.199,34	5.048.710	4.008.841	1.259,39	- 4,8%
2002	521.163	409.991	1.271,16	5.358.265	4.037.095	1.327,26	- 4,2%
2003	533.183	413.154	1.290,52	5.548.909	4.059.417	1.366,92	- 5,6%
2004	582.190	419.438	1.388,02	5.969.996	4.101.324	1.455,63	- 4,6%

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.20 Costo procapite aziendale e regionali - anni 2002-2004



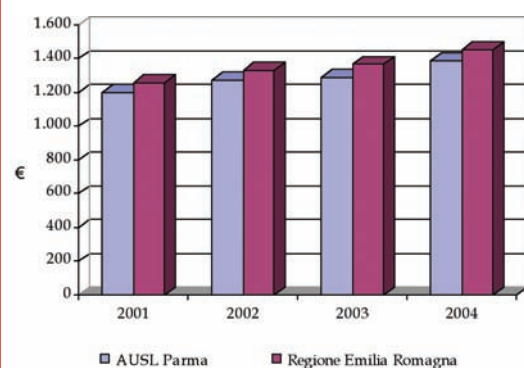
Tab.19 Finanziamento per assistito 2001-2004

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento
	Costi	Popolazione	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite	
2001	441.634	399.990	1.104,11	4.347.069	4.008.841	1.084,37	1,8%
2002	495.434	402.330	1.231,41	4.878.431	4.037.095	1.208,40	1,9%
2003	514.940	404.722	1.272,33	5.059.502	4.059.416	1.246,36	2,1%
2004	533.220	407.754	1.307,70	5.200.000	4.101.324	1.267,88	3,1%

Il finanziamento rappresenta invece il rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma nei 4 anni considerati e la popolazione aziendale nei medesimi anni. La quota per assistito di Fondo Sanitario è cresciuta negli anni di oltre il 18% (18,4%), una percentuale superiore alla crescita della quota a livello regionale, incrementata del 16,9% nel quadriennio 2001-2004. 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 finanzia-

mento 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 (10,6% del totale regionale) di persone di età superiore ai 75 anni, contribuisce ad aumentare la quota di risorse per l'assistenza sanitaria.

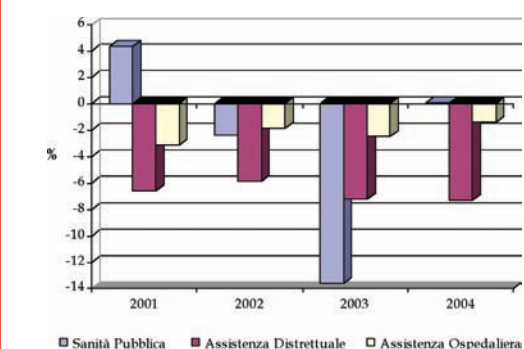
Fig.21 Finanziamento procapite aziendale e regionali- anni 2001-2004



Tab.20 Costi per livello di assistenza 2002-2004

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2001	47,54	45,57	619,20	663,16	533,41	550,65
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

Fig.22 Scarto percentuale costi livelli di assistenza - AUSL-RER-anni 2001-2004



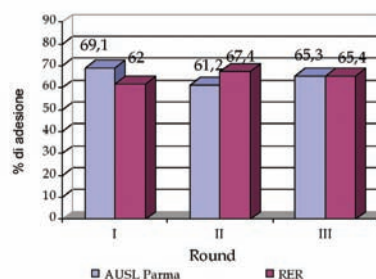
La Figura riporta, per ogni livello di assistenza, lo scarto percentuale tra costo per assistito regionale e aziendale: in tutti gli anni considerati l'Azienda USL di Parma risulta aver registrato costi per assistito inferiori rispetto alla media regionale, con punte massime del -14% per la sanità pubblica nel 2003. Si segnala inoltre il dato relativo all'assistenza distrettuale, il cui scarto pari mediamente al -6%, si mantiene costante nel quadriennio e addirittura è il più basso a livello regionale, superato solo dall'Azienda USL di Reggio Emilia.

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening

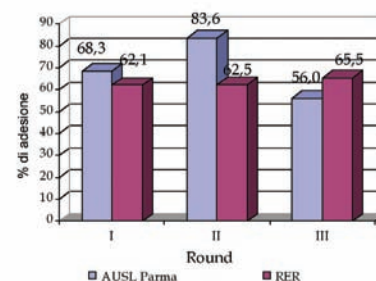
Il programma di screening mammografico coinvolge dal 1997 tutta la popolazione femminile residente in Emilia-Romagna compresa tra i 50 e i 69 anni, attraverso l'offerta di una mammografia con cadenza biennale.

Fig.23 Screening mammografico: adesione al 31/12/2004



A Parma si sono ormai conclusi tre round di chiamata (dal 2005 è iniziato il 4° round), con risultati soddisfacenti ed in linea con gli standard regionali: la percentuale di adesione, indice indiretto di efficacia dell'intervento, è assestata sul 65%. I dati per l'anno 2005, riferiti al quarto round, confermano un'adesione del 65,8% a livello provinciale; oltre il 60% dei riscontri positivi è costituito da lesioni non palpabili, e di conseguenza gli interventi hanno potuto essere il più conservativi possibili. Infatti le mastectomie radicali non superano il 4% del totale degli interventi. Il programma di screening del carcinoma della cervice uterina coinvolge dal 1997 tutta la popolazione femminile residente di età 25 – 64 anni, a cui viene offerta l'esecuzione del paptest con cadenza triennale. Al 31/12/2005 il terzo round a Parma si sta concludendo, con risultati in linea con gli standard regionali.

Fig.24 Screening del carcinoma uterino: adesione al 31/12/2004



Dal marzo 2005 è iniziato lo screening per la prevenzione del tumore del colon retto che coinvolge tutta la popolazione (maschi e femmine) dai 50 ai 69 anni, per un totale di oltre 100.000 persone, cui viene offerta con cadenza biennale l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Tab.21 Screening per tumore al colon-retto: primi risultati 2005

	Totale	Maschi	Femmine
Persone con test eseguito	9.116	4.354	4.762
Persone con test positivo	510	309	201
Persone che hanno eseguito la colonscopia	307	192	115
Tumori identificati	18	12	6
Adenomi identificati	152	110	42

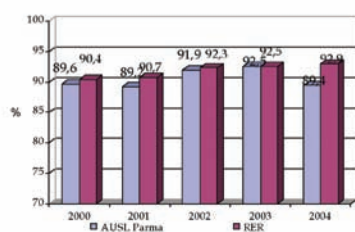
Copertura vaccinale nei bambini

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.

Morbillo

Il tasso di copertura a 24 mesi è aumentato in Regione dall'82,7% del 1996 al 92,9% del 2004, a Parma nello stesso periodo si è passati dal 64,8% al 89,4%. 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. Nonostante la base di partenza fosse una copertura già elevata, il guadagno è stato del 2% medio in Regione, mentre a Parma si è arrivati al 4,5%. La scomposizione per distretto dimostra la necessità di operare in maniera più incisiva nel distretto di Parma, che presenta il tasso di copertura più basso di tutta la regione.

Fig.25 Copertura vaccinale morbillo a 24 mesi



Tab.22 Copertura vaccinale morbillo a 24 mesi. Dati attività 2004 per distretto

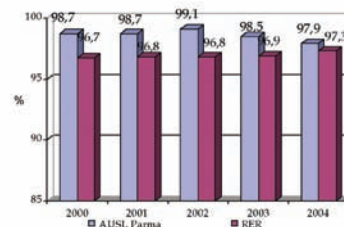
Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.800	1.504	83,6
Fidenza	778	750	96,4
Valli Taro e Ceno	381	370	97,1
Sud-Est	563	524	93,1
Totale	3.522	3.148	89,4

Pertosse

La copertura vaccinale contro la pertosse a 24 mesi è già dal 1998 superiore al 95% in tutta la Regione ed ha

raggiunto nel 2004 il 97,3%: anche a Parma il dato è confermato con minime differenze tra distretti (da segnalare il 99,7% del Distretto Valli Taro Ceno).

Fig.26 Copertura vaccinale pertosse



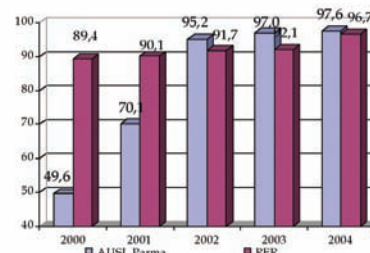
Tab.23 Copertura vaccinale pertosse a 24 mesi. Dati attività 2004 per Distretto

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.800	1.741	96,7
Fidenza	778	769	98,8
Valli Taro e Ceno	381	380	99,7
Sud-Est	563	557	98,9
Totale	3.522	3.437	97,9

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.27 Copertura vaccinale HIB a 24 mesi



Tab.24 Copertura vaccinale Haemophilus a 24 mesi. Dati attività 2004 per Distretto

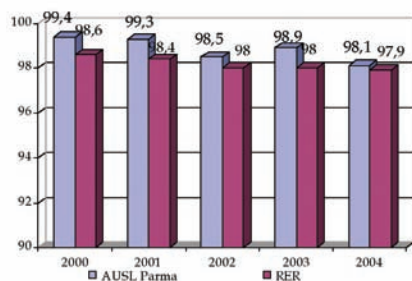
Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.800	1.735	96,4
Fidenza	778	770	99,0
Valli Taro e Ceno	381	380	99,0
Sud-Est	563	552	98,9
Totale	3.522	3.437	97,9

Poliomelite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 98,8% per la poliomielite a 4 anni, contro

una media regionale di 96,9%. 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 2004 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta erano 71 al 24° mese, 58 dei quali, pari all'81,7%, residenti nel Distretto di Parma (in Regione nello stesso periodo erano 876).

Fig.28 Copertura vaccinale poliomelite a 24 mesi



Tab.25 Copertura vaccinale poliomelite a 24 mesi. Dati attività 2004 per Distretto

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.800	1.744	96,9
Fidenza	778	771	99,1
Valli Taro e Ceno	381	380	99,7
Sud-Est	563	559	99,3
Totale	3.522	3.454	98,1

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	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01
Parma	34,2	35,0	34,3	37,6	47,6
Regione	32,4	39,0	41,8	48,3	57,6
Anni	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Parma	48,8	53,3	56,5	62,3	70,7 ^a
Regione	61,2	65,2	69,3	70,8	-

Nota
a : elaborazione interna

Tab.27 Numero soggetti vaccinati

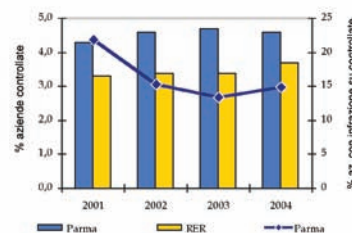
	Campagna						Var. %
	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	
Parma	43.703	45.070	49.722	53.309	78.536	98.468 ^a	125,3
Regione	511.822	549.464	592.857	639.217	898.244	-	75,5 ^b

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 alcuni indicatori di processo e un indicatore di risultato, rappresentato dall'incidenza degli infortuni. La percentuale delle aziende complessivamente controllate, nel periodo 2001-2004, sul totale delle Unità produttive del territorio provinciale, è compresa tra 4,3% e il 4,7% e risulta sempre superiore al dato regionale. Il dato aziendale dimostra che nelle aziende oggetto di controllo la percentuale di imprese con infrazioni passa dal 21,8% del 2000 al 14,9% del 2004, con stabilità intorno a questo valore negli ultimi tre anni.

Fig.29 Aziende controllate e percentuale di aziende con infrazioni



Elementi di dettaglio rispetto a questo indicatore di processo si ricavano dall'analisi dell'attività di controllo nei settori produttivi individuati dalla programmazione regionale. Nel settore Edilizia si assiste ad un incremento del controllo negli ultimi tre anni (la percentuale di aziende controllate rispetto alle esistenti si assesta tra il 18,4% ed il 21,4%) con tendenza alla diminuzione della percentuale di aziende controllate con infrazioni. Nel comparto Metalmeccanica la percentuale di aziende del settore controllate è compresa tra il 10% ed il 7,4%, con una progressiva diminuzione, nel corso del quadriennio, della percentuale di aziende controllate che presentano infrazioni che passa dal 25,9% del 2001 al 13,7% del 2004.

Fig.30 Aziende controllate: settore edile

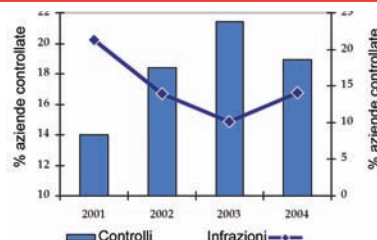
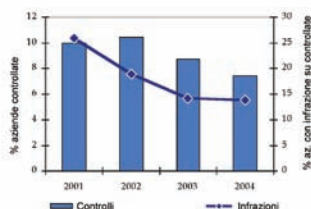


Fig.31 Aziende controllate settore metalmeccanica



Nel Legno risulta controllata una bassa percentuale di aziende del settore (range compreso tra il 2,5% del 2004 e il 7,6% del 2002), ma è significativamente elevata la percentuale di aziende con infrazioni tra quelle controllate; mentre nella Sanità la percentuale di aziende controllate è mediamente la più alta rispetto a quella dei settori presi in considerazione. Va segnalato che il dato relativo alla percentuale di aziende controllate con infrazioni in questi due ultimi settori è poco indicativo stante l'esiguità del campione.

Fig.32 Aziende controllate: settore legno

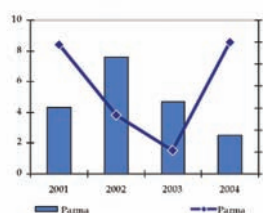
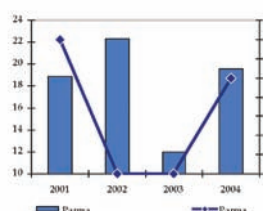
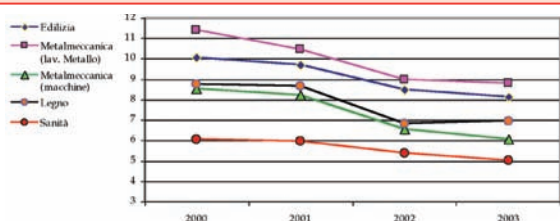


Fig.33 Aziende controllate: settore sanità



Utilizzando l'andamento degli infortuni sul lavoro come indicatore di risultato, emerge una diminuzione significativa dell'indice di incidenza nel quadriennio 2000 – 2003 (trattandosi di flusso informativo di fonte INAIL l'aggiornamento all'anno 2003 è l'ultimo disponibile). La diminuzione è evidente sia considerando gli infortuni nel loro complesso (differenza percentuale nel 2003 rispetto al 2000 di -22,4%), che disaggregando il dato rispetto ai comparti di interesse regionale.

Fig.34 indice di incidenza degli infortuni nei comparti di interesse regionale: 2001-2004



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

Anni	Parma	Regione
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

Anni	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 diminuendo 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. 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 dimensio-

ne dell'apparato produttivo (principale sede di industria agroalimentare in Italia), sia per le attività di controllo da assicurare. Infatti, dalla nostra AUSL vi è un imponente flusso di esportazioni di prodotti alimentari dall'Italia verso i paesi comunitari ed extracomunitari.

Tab.30 Ristorazione: percentuale aziende controllate su esistenti 2000-2004

Anni	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

Anni	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

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

Anni	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 Ospedaliero-Universitaria e strutture private con le quali l'Azienda USL ha stipulato accordi di fornitura o convenzioni. La Figura rappresenta graficamente la rete di offerta provinciale per meglio evidenziare la distribuzione e l'accessibilità delle strutture sul territorio della Azienda USL di Parma. In provincia sono complessivamente 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 alla principali funzioni delle Cure Primarie (Iscrizione al SSN, Scelta e revoca del medico, Esenzioni, Assistenza all'estero, Prenotazioni, Ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa). La

rete dell'offerta vede una forte polarizzazione su Parma in cui sono presenti oltre alle strutture dell'AUSL anche l'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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). La rete dei consultori familiari è strutturata su due livelli in funzione della complessità e della presenza di équipes multiprofessionali. La rete assistenziale delle Dipendenze Patologiche vede la presenza di un polo significativo per Distretto. Sono presenti anche sedi importanti a Fornovo (Bassa Valtaro) e Colorno (Zona rivierasca del Po). La rete assistenziale del Dipartimento di Salute Mentale è caratterizzata da una significativa presenza in tutti i Distretti e comprende strutture residenziali, semiresidenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali. In aggiunta sono disponibili strutture ospedaliere (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Casa di Cura Villa Maria Luigia), di Neuropsichiatria Infantile o dedicate all'utenza adolescente.

Fig.35 La rete assistenziale del Dipartimento di Salute Mentale

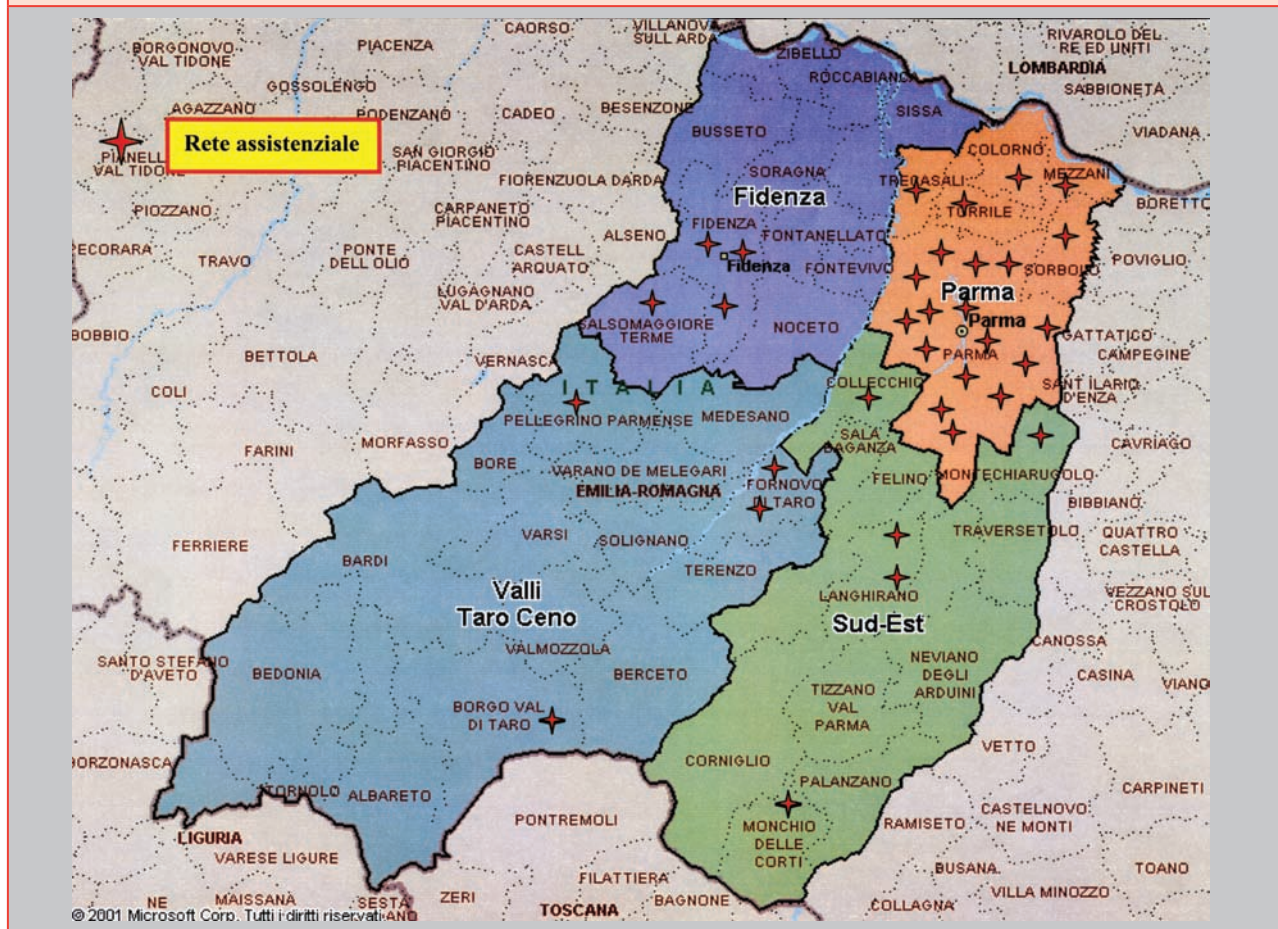


Fig.36 La rete dell'offerta poliambulatoriale: strutture pubbliche e private per volume di offerta

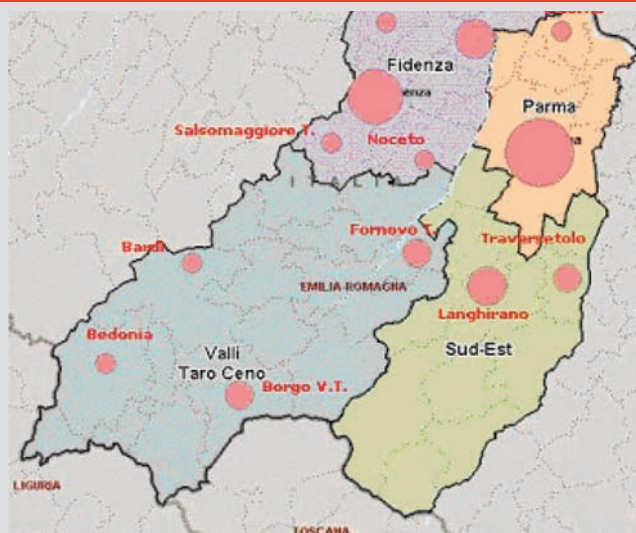


Fig.37 La rete dei consultori familiari



Fig.38 La rete assistenziale delle Dipendenze patologiche



Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anziani

Il completamento e il potenziamento della rete di offerta dei posti avviato nel 1999 e conclusosi nel 2003 ha portato ad una disponibilità di posti per 1.000 abitanti anziani superiore di oltre 1 posto alla media regionale. Il progetto ha previsto anche un'azione di riequilibrio tra i Distretti, con una redistribuzione dei posti convenzionati a favore dei Distretti carenti. Questo ha permesso di disporre nel territorio provinciale di 38 Case Protette e 3 RSA convenzionate, distribuite in 30 Comuni. Contestualmente al potenziamento dell'offerta è stato anche perseguito l'obiettivo di migliorare la qualità assistenziale nelle strutture protette, secondo criteri di qualificazione dell'accoglienza e della cura. Analogamente a quanto osservato per i posti letto residenziali, è stata anche progressivamente potenziata, nel periodo 1997-2003, l'offerta di posti presso i centri diurni passati da 381 nel 2000 a 411 nel 2004, con un aumento del 7,8% ed un parametro quasi doppio rispetto a quello medio regionale.

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

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2000	1.544	45.122	64,2	13.551	422.056	32,1
2001	1.601	46.127	34,7	13.626	433.078	31,5
2002	1.522	46.969	33,0	13.991	443.430	31,6
2003	1.556	47.472	32,8	14.238	451.235	31,6
2004	1.578	48.219	32,7	14.302	461.164	31,0

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

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2000	381	45.122	8,4	1.961	422.056	4,6
2001	387	46.127	8,4	2.071	433.078	4,8
2002	401	46.969	8,5	2.192	443.430	4,9
2003	401	47.472	8,4	2.328	451.235	5,2
2004	411	48.219	8,5	2.436	461.164	5,3

Handicap

Nel quadriennio 2000-2003, mediante azioni di ampliamento e potenziamento delle convenzioni esistenti e l'apertura di nuovi centri residenziali, si è registrato un aumento sia dei posti residenziali che di quelli semi-residenziali per i portatori di handicap; permane tuttavia, soprattutto per i posti semiresidenziali, una situazione di sostanziale disequilibrio rispetto alla media regionale.

Tab.36 Posti residenziali per portatori 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

Tab.37 Posti semiresidenziali per portatori handicap

	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

Psichiatria

Per l'utenza psichiatrica si registra un incremento nell'offerta dei posti residenziali ed una stabilità nell'offerta dei posti semiresidenziali.

Tab.38 Posti residenziali

	2000	2001	2002	2003	2004 di cui		
					Posti residenziali	del DSM	in convenzione
Parma	177	185	212	207	205	96	109
Regione	1.088	1.220	1.371	1.335	1.395	813	582

Tab.39 Posti semiresidenziali

	2000	2001	2002	2003	2004 di cui		
					Posti residenziali	del DSM	in convenzione
Parma	57	57	57	57	61	61	0
Regione	910	996	1.003	931	932	910	22

La rete delle cure palliative ADI e Hospice

Assistenza Domiciliare

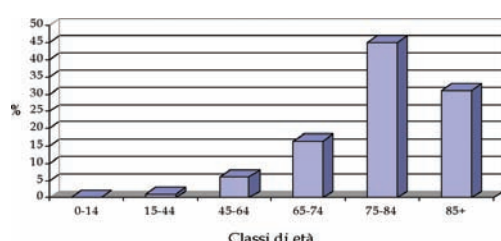
L'assistenza domiciliare si differenzia in tre livelli:

- assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria (I livello) caratterizzata da una prevalenza di bisogni cui tendenzialmente si dà risposta tramite interventi socioassistenziali che sono principalmente erogati dalle équipes infermieristiche e dagli assistenti sociali con un ruolo di verifica e controllo da parte del MMG che rimane comunque, anche negli altri livelli di intensità, il responsabile terapeutico del caso;
- assistenza domiciliare a media intensità sanitaria (II

livello) in questo caso i bisogni degli utenti hanno una caratterizzazione più prettamente sanitaria (malattie cronico degenerative di lunga durata o riacutizzazioni di malattie croniche che richiedono un incremento dell'intensità assistenziale per brevi periodi) e l'assistenza viene erogata principalmente tramite una integrazione tra il MMG e le équipes infermieristiche;

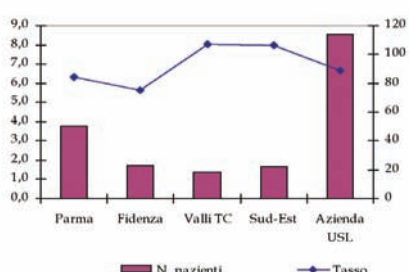
- assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria (III livello): il bisogno degli utenti è rappresentato dalla cura di eventi patologici particolarmente intensi ma comunque tali da poter essere ancora gestiti a domicilio o da situazioni nelle quali si debba far fronte alle problematiche della terminalità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

Fig.39 Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età – azienda usl di Parma - 2005



L'analisi dei dati relativi all'assistenza domiciliare evidenzia, come peraltro prevedibile, una forte concentrazione dell'attività in corrispondenza della fascia di età 75-84 anni, seguita dalle fasce immediatamente successive e precedenti. La Figura precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio nell'anno 2005 ed il relativo tasso per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni.

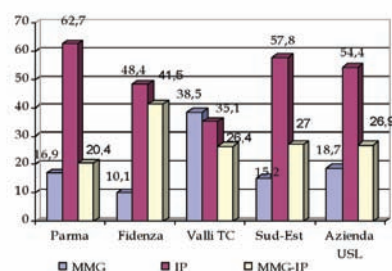
Fig.40 Assistenza domiciliare (numero di pazienti e tasso per 1.000 abitanti di età superiore a 65 anni) – 2005



Anche se l'assistenza domiciliare rappresenta ormai una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio con un tasso provinciale pari a circa 90/1.000 residenti ed un numero medio di accessi pari a 18,1, è interessante segnalare gli elevati valori dei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno: in entrambi i casi, anche in considerazione delle caratteristiche del territorio e della presenza di una popolazione mediamente più anziana, l'assistenza a domicilio costituisce una forma di presa

in carico molto più diffusa rispetto alla media aziendale. 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.41 Assistenza domiciliare: distribuzione percentuale degli assistiti per tipologia di assistenza e distretto – 2005



La Figura precedente riporta, per ogni Distretto e per l'Azienda, la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce una sostanziale omogeneità nelle scelte assistenziali: i pazienti seguiti esclusivamente dalle équipes infermieristiche rappresentano in fatti in tutti i Distretti la quota principale, con addirittura una punta del 63% nel Distretto di Parma. Seguono i pazienti affidati all'integrazione tra infermieri e MMG e, per ultimo, quelli in carico al solo MMG. L'unica eccezione è costituita dal Distretto Valli Taro e Ceno dove il ruolo del MMG nell'assistenza domiciliare è invece preponderante. Le caratteristiche territoriali di questo Distretto e specialmente la scarsa aggregazione antropica (spesso piccoli nuclei abitati o addirittura famiglie residenti in sedi molto isolate e distanti dai centri più popolati) sono infatti tali da giustificare un ricorso alla presa in carico del paziente e spesso anche alla relativa procedura assistenziale da parte del MMG. Questo si verifica in un numero di occasioni maggiore rispetto a quanto osservato negli altri Distretti in quanto le équipes infermieristiche presenti non riuscirebbero a soddisfare l'intera quota del bisogno di assistenza domiciliare. In aggiunta al servizio di assistenza domiciliare l'Azienda USL eroga anche prestazioni di nutrizione artificiale a domicilio e di ossigenoterapia, per le quali le Tabelle seguenti riportano i dati principali di attività per l'anno 2005.

Tab.40 Nutrizione Artificiale Domiciliare (1° semestre 2005)

Distretto	N° Medio Assistiti Mese	Giornate Complessive di Assistenza
Parma	116	19.937
Fidenza	70	11.922
Valli Taro/ Ceno	26	4.557
Sud-Est	33	5.921
Totale Azienda	245	42.337

Tab.41 Ossigenoterapia domiciliare

Distretto	Pazienti in carico al 31/12/05
Parma	374
Fidenza	242
Valli Taro/ Ceno	166
Sud-Est	205
Totale Azienda	987

Relativamente all'ossigenoterapia domiciliare sono state messe in atto azioni per il perseguimento dell'appropriatezza nel suo utilizzo a lungo termine (OTLT) mediante un coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, degli Specialisti Pneumologi Aziendali e dei Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie.

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. Parallelamente, nelle zone montane è in atto da tempo un profondo mutamento demografico che vede un notevole incremento della popolazione ultrasettantenne, 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. Il medico di medicina generale svolge in questi territori una funzione importante per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in emergenza/urgenza, affiancato nel suo compito dalle Associazioni di Volontariato. Al fine di sperimentare nuovi modelli organizzativi è stato sviluppato, nell'ambito territoriale di Colorno (Distretto di Parma), un progetto sperimentale, che integra tutte le risorse professionali esistenti nella zona (medicina di gruppo, continuità assistenziale, poliambulatorio specialistico, Casa protetta). Ponendo al centro del sistema i medici di famiglia, e sfruttando una realtà consolidata di medicina di gruppo esistente da 10 anni (cinque MMG con infermiera professionale e collaboratore di studio), è stato creato uno studio associato all'interno dei locali dell'AUSL connesso fisicamente con il Day service, il poliambulatorio specialistico, il CAL e la Casa Protetta. Sono stati istituiti presso la Casa Protetta 5 posti ad alta valenza sanitaria (pazienti con esiti di gravi danni neurologici) e 2 posti di sollievo, per completare l'iter diagnosticoterapeutico, 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. Nell'anno 2005 sono stati in questo modo assistiti 45 pazienti, di età me-

dia pari 81 anni, per un totale di 623 giornate di degenza; coerentemente con le indicazioni del progetto, il 30% dei pazienti (14) soffriva di patologie cardiovascolari, seguito dal 20% dei pazienti (10) con patologie di natura neurologica. Per quanto invece riguarda le difficoltà della zona di montagna, oltre al potenziamento dei punti di Continuità Assistenziale di Bardi e Bore con l'attivazione nei comuni di Pellegrino Parmense e Varsi di un Servizio di Continuità Assistenziale nelle giornate prefestive e festive, sono attivi già dal 2001 posti letto di sollievo 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. I principali dati di attività relativi ai posti letto di sollievo sono i seguenti:

Tab.42 Posti di sollievo di Bardi e Varsi

	Bardi	Varsi
Pazienti	25	25
Età media	79,4	78
Giornate di degenza media	26	27
Indice occupazione p.l.	90,6%	92,7%
Principali patologie		
Osteoarticolare	52%	24%
Neurologica	40%	12%
Dismetabolica	-	20%
Cardiovascolare	-	12%
Altro	8%	34%

Tab.43 Hospice aziendali - 2005

	Fidenza	Borgotaro	Langhirano	Totale
Posti letto	15	8	15	35
Pazienti	150	58	25	233
Giornate di degenza	3.143	1.438	624	5.475
Durata media degenza	21,6	22,8	24,0	22,8
Presenza media	9,6	4,7	3,4	5,9

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 iniziato a strutturarsi nei nodi legati alla residenzialità territoriale (Hospice) e allo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'assistenza domiciliare integrata. A livello aziendale, tra la fine dell'anno 2004

e l'anno 2005, sono stati attivati tre hospices territoriali a Fidenza, Borgotaro (situati nei pressi dei rispettivi ospedali) e Langhirano. Fondamentale è stata l'istituzione di un "Programma aziendale di cure palliative" al fine di definire e uniformare gli interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ospedaliera delle cure palliative. In tale ambito l'attribuzione della responsabilità organizzativa territoriale è stata affidata a personale infermieristico sulla base di chiare definizioni di percorsi di integrazione con l'ospedale per l'accesso alle prestazioni cliniche ordinarie e di emergenza-urgenza. 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 l'affidamento delle responsabilità organizzative, gestionali e clinico-assistenziali ad un professionista, in collaborazione con personale medico in qualità di responsabili terapeutici con l'identificazione di un responsabile della struttura.

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.

Tab.44 Percentuale donne gravide in carico ai consultori familiari

Anno	Gravide	Di cui immigrate	% Immigrate gravide/totale gravide	Nati vivi da residenti nell'anno	% Gravide in carico/nati vivi
2000	927	388	41,9	3.234	28,7
2001	884	318	36,0	3.348	26,4
2002	988	339	34,3	3.336	29,6
2003	1.125	459	40,8	3.366	33,4
2004	1.277	538	42,1	3.702	34,5

Tab.45 Percentuale donne in carico ai consultori su popolazione target (età 15-64 anni)

Anno	Popolazione target	% Ostetricia ginecologia	% Psicologia
2000	129.757	10,9	0,4
2001	129.904	11,4	0,4
2002	130.144	11,4	0,3
2003	14.155	10,8	0,3
2004	14.790	11,2	0,3

In particolare nell'anno 2005 l'attività dei consultori si è concentrata su:

- consolidamento dei livelli di assistenza alla gravidanza

fisiologica con particolare attenzione alle problematiche proposte alla popolazione immigrata

- definizione di percorsi con il Dipartimento Materno-Infantile Ospedaliero attraverso l'apertura di un ambulatorio per gli accertamenti e l'eventuale presa in carico di gravide a medio ed alto rischio ostetrico

Il crescente impegno nelle tematiche relative sia alla nascita che all'assistenza alla popolazione immigrata è confermato dai dati delle Tabelle precedenti dalle quale appare evidente sia l'incremento delle donne gravide immigrate in carico ai consultori aziendali (+60% in 5 anni), che il numero di gravide complessivamente in carico passate dal 28,7% al 34,5% dei nati vivi nello stesso periodo. Oltre all'assistenza alle donne in gravidanza, preme sottolineare l'importanza dell'attività svolta dai consultori nel campo della prevenzione dei tumori. Da questo punto di vista le strutture dell'Azienda USL di Parma presentano percentuali di attività significativamente superiori a quelle della regione: la quota percentuale di prestazioni di prevenzione rispetto all'insieme delle prestazioni erogate dai consultori è quasi sempre di 10 punti percentuali superiore a quella media regionale.

Tab.46 Prestazioni effettuate dai consultori familiari

	Pap test eseguiti	Colposcopie	Visite senologiche	Prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% Prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
2000						
Parma	26.463	677	349	27.489	58.371	47,1
R.E.R.	214.253	9.716	45.150	269.119	686.093	39,2
2001						
Parma	29.214	711	347	30.272	60.624	49,9
R.E.R.	240.912	9.225	37.635	287.772	707.392	40,7
2002						
Parma	24.823	676	264	25.763	56.613	45,5
R.E.R.	229.165	8.950	37.638	275.753	716.976	38,5
2003						
Parma	27.765	747	228	28.740	59.464	48,3
R.E.R.	241.829	7.255	29.784	278.868	727.211	38,3
2004						
Parma	24.935	809	180	25.924	59.528	43,5
R.E.R.	250.245	7.963	25.220	283.428	822.246	34,5

Tab.47 Specialistica ginecologica: distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari

Anni	Prestazioni di specialistica ginecologica	Totale prestazioni	% Prestazioni di specialistica ginecologica su totale prestazioni
2000	10.535	58.371	18,0
2001	10.182	60.624	16,8
2002	10.079	56.613	17,8
2003	9.702	59.464	16,3
2004	9.972	59.528	16,8

Tab.48 SPDC: dimessi e tasso di ospedalizzazione

	Dimessi	Popolazione	TSO per x 10.000 ab.
2000			
Parma	573	397.073	13,5
Tot.Reg	7.036	3.981.323	17,7
2001			
Parma	576	399.990	14,4
Tot.Reg	6.882	4.008.841	17,2
2002			
Parma	591	402.330	14,7
Tot.Reg	7.058	4.037.095	17,5
2003			
Parma	523	404.722	12,9
Tot.Reg	6.922	4.059.416	17,1
2004			
Parma	521	407.754	12,8
Tot.Reg	7.073	4.101.324	17,2

Tab.49 TSO 2000-2004 (confronto AUSL Parma-Regione)

	TSO	Dimessi	TSO/Rico-veri (%)
2000			
Parma	117	616	19,0
Tot.Reg	1.401	7.368	19,0
2001			
Parma	116	656	17,7
Tot.Reg	1.405	7.225	19,4
2002			
Parma	137	644	21,3
Tot.Reg	1.493	7.388	20,2
2003			
Parma	82	568	14,4
Tot.Reg	954	7.276	13,1
2004			
Parma	91	595	15,3
Tot.Reg	950	7.772	12,2

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. Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mostra un tasso di ospedalizzazione costantemente inferiore alla media regionale. In relazione ai TSO si evidenzia nel periodo di osservazione 2000-2004 un decremento soprattutto nel periodo 2003-2004 ma con una prevalenza leggermente superiore alla percentuale regionale. Il Dipartimento di Salute Mentale ha trattato nel 2003 oltre 5.500 persone con una percentuale di 159,9 per 10.000 abitanti e con una percentuale inferiore all'utenza media regionale.

Tab.50 Persone trattate (confronto AUSL Parma - Regione)

Anno	Azienda	Numero persone	Popolazione di età >18	Persone trattate x 10.000 ab.
2000	Parma	4.844	344.040	140,8
	Tot.Reg	50.852	3.442.119	147,7
2001	Parma	4.651	345.922	134,5
	Tot.Reg	53.277	3.459.612	154,0
2002	Parma	4.399	347.348	126,6
	Tot.Reg	50.638	3.476.769	145,6
2003	Parma	5.580	348.872	159,9
	Tot.Reg	63.142	3.486.978	181,1
2004	Parma	5.842	351.066	166,4
	Tot.Reg	68.176	3.516.588	193,9

Dipendenze patologiche

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. In particolare nell'ultimo anno di osservazione si registra un'incidenza inferiore alla media regionale in controtendenza rispetto al periodo di osservazione 2001-2002.

Tab.51 Tassi di prevalenza e incidenza tossicodipendenze

Anno	AUSL	Popolazione 15-44 anni	Utenti in carico ai SerT	Nuovi Utenti in carico ai SerT	Prevalenza	Incidenza
2000	Parma	210.486	1.073	174	5,1	0,8
	Regione	2.142.449	9.747	1.902	4,5	0,9
2001	Parma	212.901	1.164	220	5,5	1,0
	Regione	2.153.118	10.010	2.033	4,6	0,9
2002	Parma	212.576	1.233	223	5,8	1,0
	Regione	2.146.009	10.372	1.944	4,8	0,9
2003	Parma	212.776	1.207	154	5,7	0,7
	Regione	2.146.009	10.774	2.072	5,0	1,0
2004	Parma	214.034	1.200	178	5,6	0,8
	Regione	2.161.581	11.231	2.288	5,2	1,1

Assistenza farmaceutica

Nel corso del 2005 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha raggiunto la cifra di 83.434.546 € 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 2004, si evidenzia un risparmio di 3.860.704 €, pari ad una riduzione percentuale del 4,4%. Nello stesso periodo la riduzione della spesa farmaceutica complessivamente verificatasi a livello regionale è stata del 3%. Per quanto riguarda infine la spesa per l'erogazione diretta di farmaci ai pazienti si sottolinea la riduzione dell'1,7% per i cittadini della provincia di Parma, nonostante un aumento di 814.000 € nella distribuzione da parte dell'Azienda USL.

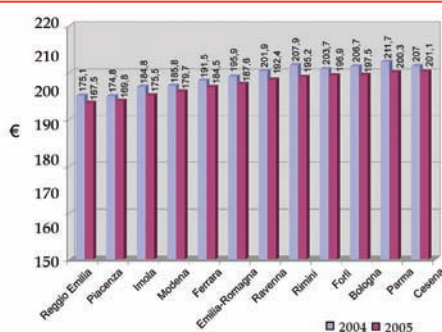
Tab.52 Spesa farmaceutica distinta per quota distribuita tramite farmacie convenzionate e quota a distribuzione diretta

	Spesa lorda convenzionata	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa totale a favore dei cittadini (no ricovero)
2002				
Parma	85.135.651	81.023.509	8.622.954	89.646.463
Regione	818.973.711	780.638.672	91.828.074	872.466.746
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	90.599.904	83.434.546	18.849.646	102.284.192
Regione	843.381.619	778.666.779	202.626.882	981.293.661

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

Questo risultato deriva dalla modifica del regime di erogazione delle prestazioni di chemioterapia: mentre negli anni precedenti queste venivano erogate in regime ambulatoriale con il costo del farmaco addebitato all'Azienda USL di residenza del paziente, dal 2005 l'erogazione avviene in regime di ricovero diurno con il costo del farmaco ricompreso nella tariffa di ricovero e quindi a carico della struttura erogante. Poiché la tabella successiva comprende anche il costo dei farmaci erogati direttamente dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma la contrazione della spesa deriva dal fatto che i farmaci chemioterapici precedentemente considerati a carico dell'Azienda USL sono adesso a carico dell'AOSP.

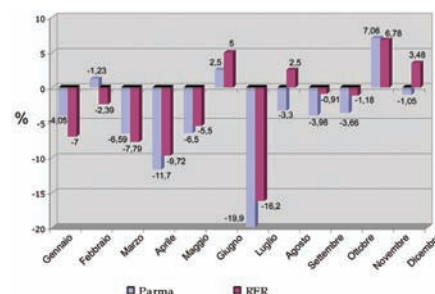
Fig.42 Spesa farmaceutica per assistito pesato – Gennaio-Dicembre 2005



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

In termini di spesa per assistito pesato, il valore per il 2005 è pari a 200,3 € rispetto alla media regionale di 187,6 €. Si sottolinea come l'Azienda USL di Parma, pur classificandosi tra le Aziende territoriali a maggior spesa per assistito (seconda solo a Cesena), è anche quella che nel corso dell'anno ha registrato, assieme all'Azienda USL di Rimini, la maggior riduzione di questo indicatore, passato da 211,7 € a 200,3 € con una riduzione di 11,4 €.

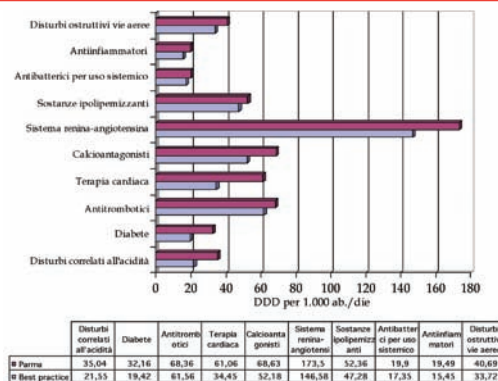
Fig.43 Spesa farmaceutica: variazione percentuale rispetto allo stesso mese dell'anno precedente – anno 2005



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

Se analizziamo l'andamento mensile della spesa farmaceutica è evidente come, in corrispondenza della firma dell'accordo locale con i Medici di Medicina Generale (Aprile 2005) e dell'avvio della politica del farmaco aziendale, si sia verificata una significativa inversione di tendenza: dal mese di aprile 2005, infatti, la riduzione della spesa rispetto allo stesso mese dell'anno precedente è stata, per l'Azienda USL di Parma, sempre superiore a quella registrata dalla Regione Emilia-Romagna. Nei mesi di agosto e dicembre a fronte di una riduzione della spesa aziendale (rispettivamente -3,3% e -1%), quella regionale ha subito un incremento pari, rispettivamente a 2,5% e 3,5%; unica eccezione "negativa" è rappresentata dal mese di novembre caratterizzato, peraltro, da una marcata crescita per tutte le Aziende territoriali emiliano-romagnole da attribuirsi in larga parte alla cessazione degli effetti dello sconto previsto dal DL 156/04.

Fig.44 Consumo pro-capite di alcune categorie terapeutiche di farmaci a confronto con la Best Practice



Nonostante i risultati positivi della politica del farmaco avviata nel 2005 a livello aziendale, 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 assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso) prescritte nel 2005 sia per i residenti dell'Azienda USL di Parma che per quelli della Azienda regionale con la miglior performance. Appare necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti maggiormente critici quali i farmaci per disturbi correlati all'acidità gastrica, quelli legati alla terapia cardiaca e agli antibiotici.

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 Ospedaliero-Universitaria, 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 polo di maggior offerta e produzione in ambito provinciale soprattutto per le prestazioni di secondo livello. Di conseguenza il Distretto Sud-Est che non presenta al proprio interno strutture ospedaliere, anche in relazione al sistema dei trasporti, gravita prevalentemente sul Distretto di Parma.

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). Oltre alle tabelle, i dati relativi all'anno 2005 sono presentati anche in formato grafico. Ogni mappa riporta, per ogni Distretto e per ogni aggregazione di prestazioni, lo scostamento percentuale dell'indice di consumo rispetto alla media regionale: valori positivi (negativi) evidenziano un consumo di prestazioni maggiore (minore) rispetto alla media della Regione Emilia-Romagna.

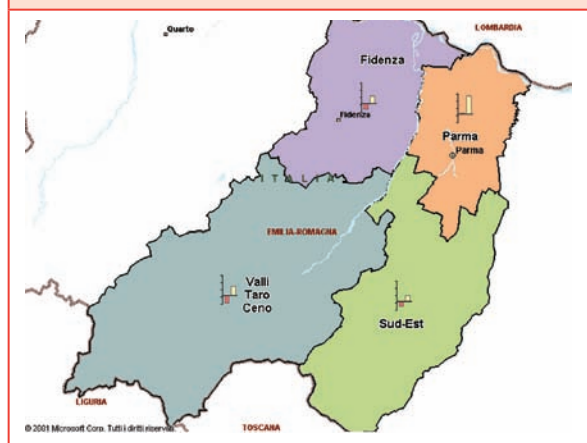
Indici di consumo: visite

I cittadini residenti nei distretti di questa provincia non si dimostrano grandi consumatori delle prestazioni di prima visita. Diversamente il consumo di visite di controllo è in tutti i Distretti ampiamente superiore rispetto alla media regionale. Solo i residenti del distretto di Parma hanno consumi posti oltre il livello di "normalità" anche per quanto riguarda le prime visite. Molto più varia è la situazione della mobilità, che vede il distretto di Parma con frange minime di mobilità, mentre i cittadini dei distretti di Fidenza e della Val Taro/ Ceno fruiscono oltre il 30 % di prestazioni fuori distretto e quelli del Sud-Est nella peggiore situazione regionale visto che oltre il 70% delle visite viene eseguito fuori dal distretto di residenza.

Tab.53 Indice di consumo standardizzato per età - Visite per 1.000 abitanti

	Prima visita	Visita di controllo	Totale
2003			
Parma	854	588	1.442
Fidenza	753	531	1.284
Valli Taro Ceno	711	534	1.245
Sud-Est	742	453	1.196
Totale	794	545	1.340
Regione	816	437	1.254
2004			
Parma	911	634	1.545
Fidenza	749	535	1.284
Valli Taro Ceno	731	545	1.276
Sud-Est	781	466	1.246
Totale	829	572	1.401
Regione	831	455	1.286
2005			
Parma	861	695	1.556
Fidenza	726	573	1.299
Valli Taro Ceno	712	597	1.309
Sud-Est	752	555	1.307
Totale	793	630	1.423
Regione	839	493	1.333

Fig.45 Indice di consumo standardizzato per età: visite specialistiche - anno 2005



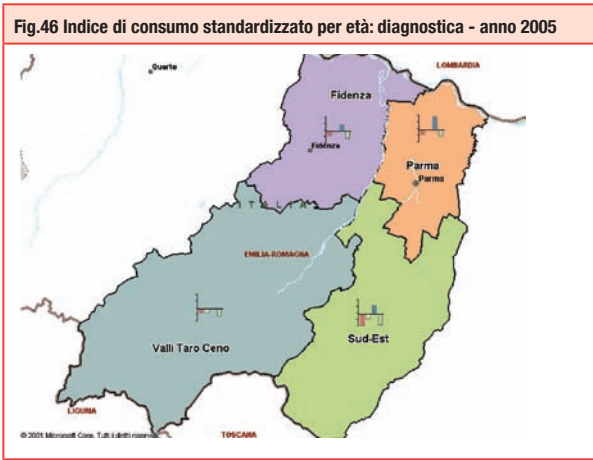
Indici di consumo: diagnostica

Per le prestazioni di diagnostica la situazione è simile a quella delle visite, ma con una più accentuata indicazione di consumi non abbondanti, soprattutto per il Distretto Sud-Est che maggiormente si discosta dalla media regionale. Anche i residenti dell'area urbana di Parma, se confrontati con la media regionale, si rivelano dei consumatori parchi di prestazioni di diagnostica. Si ricorda che questa aggregazione comprende un gruppo molto eterogeneo di prestazioni, che riguardano sia la diagnostica con l'uso di radiazioni (Rx tradizionale, TAC, RMN) sia senza radiazioni (Ecografie, endoscopie, ECG, EMG, ecc.). Anche in questo caso si nota l'alta mobilità del distretto Sud - Est.

Tab.54

Indice di consumo standardizzato per età - Diagnostica per 1.000 abitanti

	D. Strument. con radiaz.	D. Strument. no radiaz.	Medicina nucleare	Altra diagnostica	Totale
2003					
Parma	419	542	14	74	1.050
Fidenza	424	539	11	62	1.035
Valli Taro Ceno	421	451	12	65	948
Sud-Est	327	498	13	57	895
Totale	405	523	13	67	1.008
Regione	455	639	10	77	1.181
2004					
Parma	398	608	13	77	1.096
Fidenza	350	566	9	60	985
Valli Taro Ceno	364	492	11	60	928
Sud-Est	273	497	12	59	841
Totale	362	566	12	68	1.007
Regione	434	660	11	78	1.184
2005					
Parma	358	662	17	60	1.097
Fidenza	352	630	14	55	1.050
Valli Taro Ceno	364	551	11	56	982
Sud-Est	232	542	15	44	832
Totale	336	621	15	55	1.028
Regione	434	660	11	78	1.184



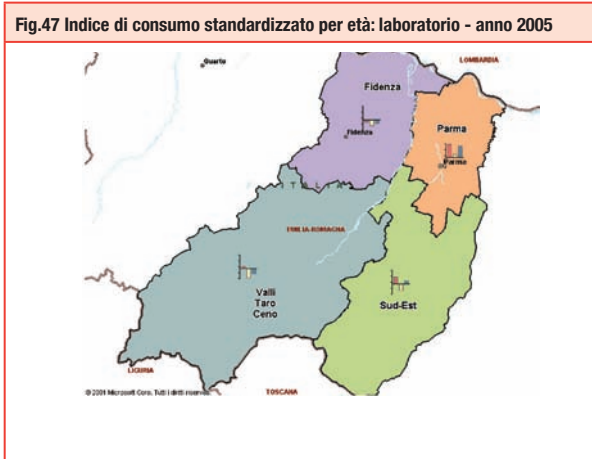
Indici di consumo: laboratorio

L’analisi del consumo di prestazioni di laboratorio evidenzia una sostanziale differenza tra i comportamenti dei residenti del Distretto di Parma che in tutte le tipologie di prestazioni evidenziano livelli di consumo maggiori di quelli regionali ed i comportamenti degli altri residenti della provincia, in particolare Fidenza, che hanno invece consumi molto più contenuti quando confrontati con la media regionale.

Tab.55

Indice di consumo standardizzato per età - Laboratorio per 1.000 abitanti

	Pre-lievi	Chimica clinica	Ematologia coagulaz.	Immunoenmat. e trasfusioni	Microbiologia virologia	Anatomia ed ist. patol.	Genetica citogen.	Totale
2003								
Parma	1.105	6.910	1.198	17	607	92	17	9.947
Fidenza	853	6.375	1.142	15	528	52	10	8.974
Valli Taro Ceno	972	5.990	1.203	14	440	87	9	8.715
Sud-Est	985	5.985	1.062	15	493	87	14	8.640
Totale	1.010	6.522	1.164	16	552	81	14	9.358
Regione	928	6.838	1.374	31	554	108	15	9.848
2004								
Parma	1.161	7.553	1.270	20	663	90	18	10.774
Fidenza	919	6.849	1.186	18	555	98	10	9.635
Valli Taro Ceno	974	6.360	1.183	17	454	87	13	9.088
Sud-Est	1.017	6.542	1.116	18	521	89	16	9.319
Totale	1.057	7.079	1.215	19	592	91	15	10.069
Regione	989	7.349	1.413	38	591	121	15	10.516
2005								
Parma	1.137	7.564	1.267	17	700	73	21	10.779
Fidenza	918	6.599	1.168	17	531	101	12	9.346
Valli Taro Ceno	984	6.213	1.139	15	457	78	12	8.897
Sud-Est	1.055	6.549	1.168	18	572	75	19	9.454
Totale	1.052	7.007	1.211	17	614	80	18	9.999
Regione	950	7.217	1.384	29	551	120	17	10.266



Tab.56 Indice di consumo standardizzato per età - Prestazioni riabilitative per 1.000 abitanti

	Diagnostiche	Riabilitazione funzionale	terapia fisica	Altra riabilitazione	Totale
2003					
Parma	24	267	57	10	357
Fidenza	16	382	25	12	436
Valli Taro Ceno	14	259	51	5	328
Sud-Est	16	277	37	13	343
Totale	19	295	45	10	369
Regione	24	311	167	24	526
2004					
Parma	27	378	64	9	478
Fidenza	16	343	18	11	388
Valli Taro Ceno	17	261	47	3	328
Sud-Est	16	248	24	4	292
Totale	21	334	44	8	408
Regione	24	301	163	21	509
2005					
Parma	28	326	46	9	409
Fidenza	16	374	19	5	414
Valli Taro Ceno	15	207	33	3	258
Sud-Est	17	240	19	7	283
Totale	22	309	33	7	371
Regione	24	296	136	23	480

Indici di consumo: prestazioni riabilitative

Consumi non elevati anche per questa aggregazione, ma in questo caso la tendenza alla mobilità del distretto Sud - Est è decisamente minore.

Indici di consumo: prestazioni terapeutiche

I consumi sono raggruppati sulla media regionale e riguardano specialmente le prestazioni di dialisi (Fidenza) e di odontoiatria (Val Taro / Ceno). L'elevata entità delle prestazioni consumate al di fuori dal distretto di residenza fa sorgere un sospetto di disagio per coloro che debbono recarsi in distretti diversi dal proprio per prestazioni che, per loro natura, sono in genere cruenti o gravose.

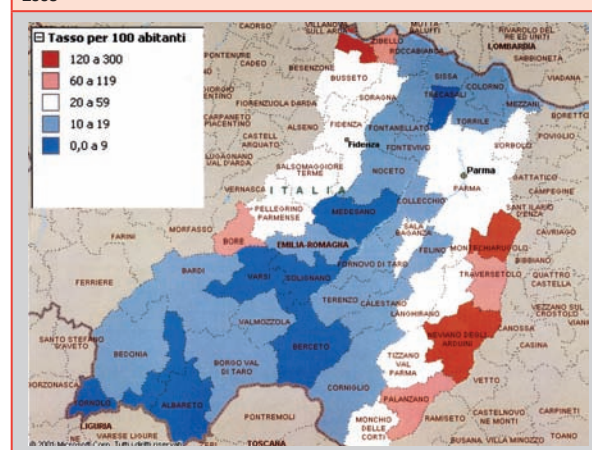
Tab.57 Indice di consumo standardizzato per età - Prestazioni terapeutiche per 1.000 abitanti

	Radio terapia	Dialisi	Odon- toiatra	Trasfu- sioni	Chir. Ambul.	Altra terapia	Totale
2003							
Parma	62	87	60	7	-	234	449
Fidenza	54	100	36	6	-	218	414
Valli Taro Ceno	54	56	129	3	-	194	436
Sud-Est	62	86	37	5	-	207	397
Totale	59	85	58	6	-	220	429
Regione	66	82	35	3	-	224	411

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.

	Radio terapia	Dialisi	Odon- toiatra	Trasfu- sioni	Chir. Ambul.	Altra terapia	Totale
2004							
Parma	61	94	63	6	-	207	431
Fidenza	52	96	31	5	-	192	376
Valli Taro Ceno	56	55	137	4	-	165	418
Sud-Est	60	90	32	5	-	172	359
Totale	58	88	59	5	-	192	402
Regione	68	84	37	4	-	224	416
2005							
Parma	67	105	56	5	47	146	426
Fidenza	46	99	31	5	38	152	371
Valli Taro Ceno	46	55	98	2	45	115	361
Sud-Est	49	80	27	5	45	119	325
Totale	57	93	50	5	44	139	387
Regione	75	87	32	3	53	177	427

Fig.48 Indice grezzo di consumo di prestazioni in mobilità passiva - anno 2005



Tempi di attesa

L'analisi dei tempi di attesa deve essere valutata secondo due aspetti:

- tempi di attesa osservati che non differenziano rispetto alla priorità e vengono valutati rispetto a tutto il volume delle prestazioni erogate
- tempi di attesa prospettici relativi all'offerta per le prestazioni critiche di primo livello

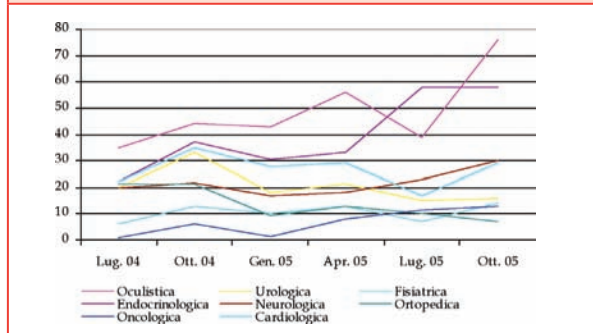
Tempi di attesa osservati

Per quanto riguarda i tempi di attesa osservati la Tabella seguente evidenzia come il sistema provinciale sia in grado di erogare la maggior parte delle prestazioni entro i 60 giorni previsti dalla normativa nazionale. Più critica appare la situazione per le visite per le quali solo il 50% viene effettuato entro i 30 giorni previsti. Su tale aspetto va comunque sottolineato che in tale raggruppamento vengono considerati anche tutti i controlli o le programmazioni relative a visite di 2° e 3° livello o relative a professionisti più richiesti che possono influenzare la definizione dell'attesa.

Tab.53 Tempi di attesa osservati per visite e diagnostica

Tipologia prestazioni	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg
2003		
Diagnostica	60	86
Laboratorio	98	99
Riabilitazione	96	98
Terapeutiche	29	50
Visite	47	76
2003-Regione		
Diagnostica	54	77
Laboratorio	92	96
Riabilitazione	73	91
Terapeutiche	53	73
Visite	47	71
2004		
Diagnostica	52	84
Laboratorio	97	99
Riabilitazione	95	97
Terapeutiche	33	58
Visite	51	77
2004-Regione		
Diagnostica	51	77
Laboratorio	92	97
Riabilitazione	71	88
Terapeutiche	52	72
Visite	48	72

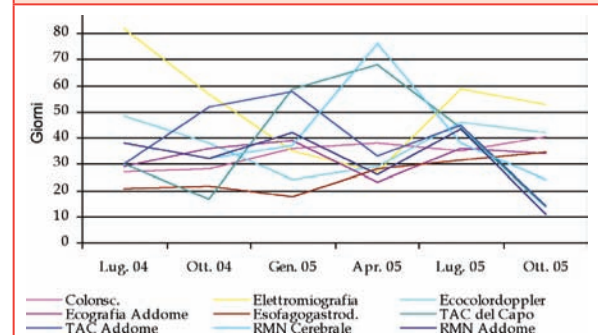
Fig.49 Tempi di attesa: visite - luglio 2004-ottobre 2005



Tempi di attesa prospettici

Prendendo come riferimento il trend delle rilevazioni nazionali e regionali sui tempi di attesa per le prestazioni critiche prospettati agli utenti si evidenzia una discreta tenuta del sistema, pur in presenza di alcune criticità fra le visite (oculistica, endocrinologia) e fra le prestazioni di diagnostica (RMN e elettromiografia). 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 le prestazioni relative a TAC Addome e Cerebrale, Eco-color Doppler, Visita Fisiatrica e Densitometria Ossea.

Fig.50 Tempi di attesa: prestazioni (mediana) - luglio 2004-ottobre 2005

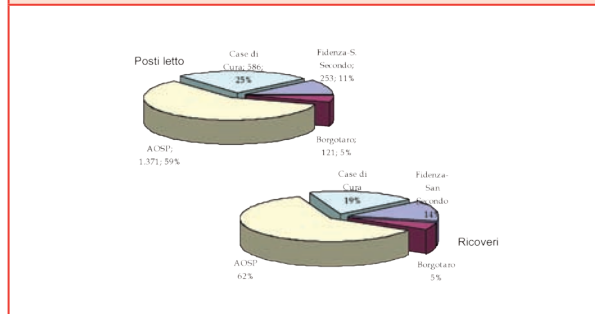


Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera nell'ambito della provincia di Parma è garantita da una rete di strutture pubbliche e private che, nel 2005, complessivamente contavano 2.331 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, i due presidi a gestione diretta di Fidenza-San Secondo Parmense e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate. A livello provinciale, l'84% dei posti letto non 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 25% 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 dispongano di una quota molto consistente di posti letto di lungodegenza e riabilitazione e quindi tendano ad erogare un minor numero di ricoveri a maggior durata.

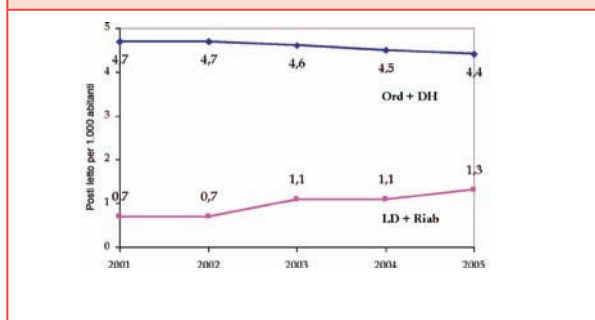
In termini di posti letto per 1.000 abitanti l'analisi del trend nel periodo 2001-2005 evidenzia una criticità rispetto alla normativa nazionale che prevede un tetto massimo di 4,5 posti letto, mentre a livello provinciale questo valore raggiunge la soglia di 5,7. Questo risultato è essenzialmente dovuto, 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 (+41%) dei posti letto di lungo degenza e riabilitazione.

Fig.51 Numero e distribuzione percentuale dei posti letto e dei ricoveri per tipologia di struttura – anno 2005



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. L'analisi dell'attività dei due presidi a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2005 ha evidenziato quanto segue.

Fig.52 Posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione per 1.000 abitanti – anni 2001-2005

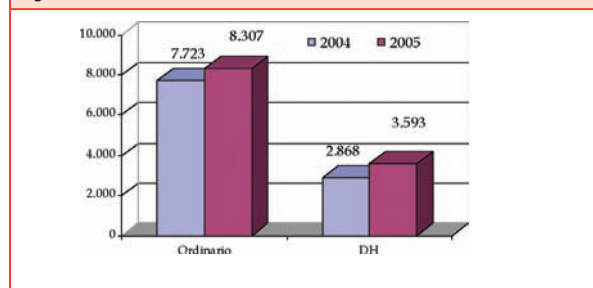


Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2005 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo Parmense ha raggiunto l'obiettivo indicato nel Piano delle Azioni che prevedeva un incremento di 500 ricoveri rispetto all'attività 2004: si è infatti registrato un incremento complessivo di attività pari a 1.391 casi (+ 12,4%). In termini di regime di ricovero l'aumento più consistente si è avuto in ambito diurno dove il numero

di pazienti trattati in regime di day-hospital è cresciuto di 725 casi (+ 25,3%); in termini di area assistenziale, il dipartimento chirurgico, anche grazie all'aumento delle sedute chirurgiche previsto dalla programmazione aziendale, ha aumentato l'attività del 24,8% (+ 877 casi), una variazione di 3 volte superiore a quella prevista in sede di programmazione.

Fig.53 PO di Fidenza-San Secondo P.se - ricoveri 2005



Tab.59 PO di Fidenza - San Secondo P.se - Principali indicatori 2005

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2004	2005	Var. %	2004	2005	Diff. Vor. %
DRG medici	4.897	5.034	2,8	1.554	1.914	23,2
DRG chirurgici	2.231	2.746	23	1.312	1.674	27,6
DRG indifferenziati	595	527	-11,4	2	5	150,0
Totale	7.723	8.307	7,6	2.868	3.593	25,3

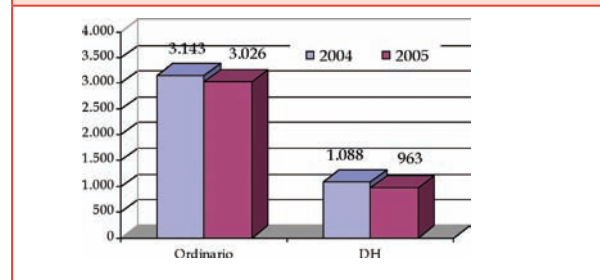
È importante sottolineare come all'aumento di attività del Presidio è corrisposto anche un aumento della complessità della casistica trattata: il peso medio dei ricoveri è cresciuto del 6,3% per i ricoveri ordinari e del 25,7% per quelli diurni. La valorizzazione complessiva delle degenze applicando anche l'adeguamento tariffario regionale pari a circa 2% raffrontata all'anno 2004 vede un incremento di 3.846.000 € (+15,4%). È evidente infine il rafforzamento della capacità del Presidio di attrarre pazienti anche da Aziende/Regioni limitrofe: nel 2005 si è infatti assistito ad un incremento della mobilità attiva pari a circa 300 casi; in particolare si registra il forte aumento di ricoveri provenienti da altre regioni (+20,8%) e quello dalla Provincia di Piacenza (+16,3%).

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 242 casi (- 5,7%) accompagnata da un riorientamento del regime di ricovero con una crescita dei day hospital medici, e da una crescita della complessità della casistica: in particolare il peso medio per singolo ricovero è cresciuto del 7,9% per le degenze ordinarie e del 34,2% per quelle in regime diurno. Ulteriori informazioni rispetto alle caratteristiche e potenzialità della rete ospedaliera della provincia di Parma provengono dall'analisi dell'indice di attrazione, calcolato come distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche aziendali per area di residenza (provincia di Parma, Regione Emilia-Romagna, altre Regioni); l'indicatore permette di valutare la capacità dei presidi

aziendali di attrarre ricoveri da popolazioni diverse rispetto a quella di riferimento (tipicamente la popolazione residente nella provincia). Nel caso della Azienda USL di Parma il dato rimane nei 6 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. 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 7,7% e la crescita coincide con l'avvio a pieno regime delle attività del nuovo presidio di Fidenza-San Secondo Parmense. 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.

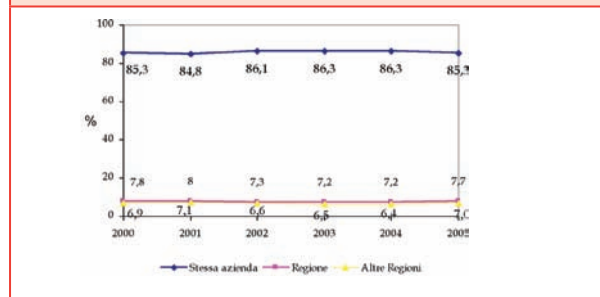
Fig.54 PO di Borgo Valtaro - ricoveri 2005



Tab.60 PO di Borgo Val di Taro - Principali indicatori 2005

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2004	2005	Var. %	2004	2005	Diff. Var. %
DRG medici	1.783	1.748	-2,0	194	232	19,6
DRG chirurgici	1.160	1.072	-7,6	894	731	-18,2
DRG indifferenziati	200	206	3,0	-	-	-
Totale	3.143	3.026	-3,7	1.088	963	-11,5

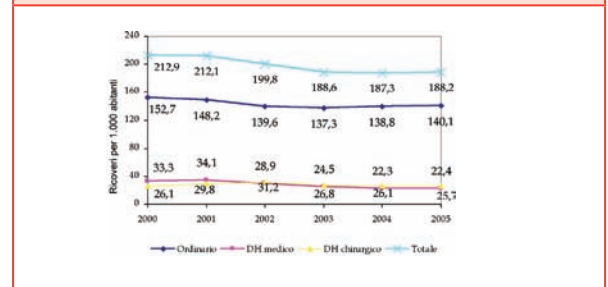
Fig.55 Indice di attrazione - strutture pubbliche --- anni 2001-2005



Per la provincia di Parma il tasso di ospedalizzazione, di poco inferiore a quello medio regionale pari a 188,64, è tra quelli che nei 6 anni considerati ha registrato, assieme a Bologna, Ravenna, Imola e Forlì, la maggior riduzione percentuale. Coerentemente con le indicazioni di politica sanitaria la riduzione del tasso di ospedalizzazione deriva principalmente da una riduzione del tasso di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari, passato da 152,7

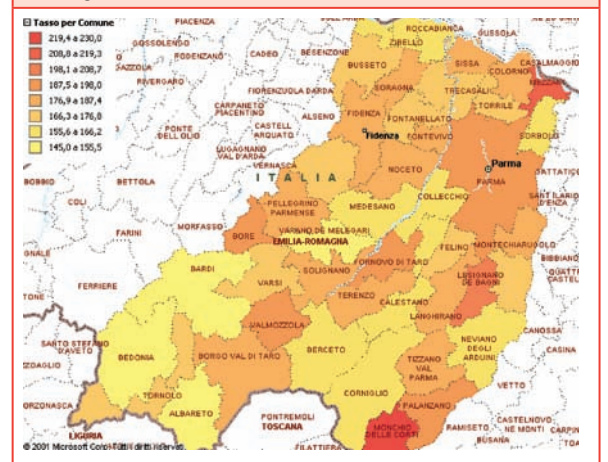
a 140,1 per 1.000 abitanti, e da una riduzione del tasso per i ricoveri in day-hospital medico, ridottosi da 33,3 a 22,4. Diversamente l'utilizzo di ricoveri diurno di tipo chirurgico, dopo un picco nel 2002 (31,2), è sceso a livelli di po-co inferiori a quelli del 2000 che vedevano circa 26,1 ricoveri per 1.000 abitanti. L'analisi dei ricoveri per singolo comune di residenza evidenzia, a fronte di una media aziendale di 189 ricoveri ogni mille abitanti, per la maggior parte dei comuni di montagna il ricorso all'assistenza ospedaliera, quando si considera anche l'età, non sia particolarmente consistente; fanno eccezione Monchio che risulta essere il comune con il tasso più elevato (222 ricoveri per 1.000 abitanti) seguito da Pellegrino Parmense e Fornovo con tassi superiori a 200. Diversamente l'area pianeggiante e soprattutto quella al confine con la provincia di Reggio Emilia risultano essere quelle con un ricorso mediamente più elevato all'assistenza ospedaliera: in particolare si contraddistinguono i Comuni di Mezzani (234), Lesignano dei Bagni (219), Parma (206).

Fig.56 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età - anni 2000-2005



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.

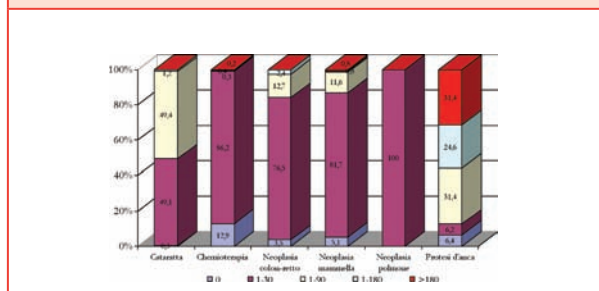
Fig.57 Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza standardizzato per età (ricoveri per 1.000 abitanti) - anno 2005 (anno 2004 per la mobilità extra-regionale)



Le stesse patologie sono peraltro oggetto di un Accordo fra il Governo e le Regioni che fissa nel 50% la quota di prestazioni da erogare entro 90 giorni dalla prenotazione

e nel 90% la quota da erogare entro 180 giorni. Le strutture pubbliche e private dell'Azienda USL di Parma raggiungono, per tutti gli interventi selezionati (cataratta, chemioterapia, interventi per neoplasia del colonretto, della mammella e del polmone, protesi d'anca) livelli assolutamente soddisfacenti. La quota di interventi considerati effettuata entro 30 giorni dalla prenotazione varia infatti dal 66% per la cataratta al 98,7% per la chemioterapia.

Fig.58 Tempi di attesa per i ricoveri: percentuale di ricoveri effettuati entro 30, 90, 180 giorni dalla data di prenotazione – strutture pubbliche e private - anno 2005



Permane invece un'area di forte criticità relativamente agli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2005, pari al 44% e quella per gli interventi entro 180 giorni pari a 68,6%.

Fig.59 Unità di sangue raccolte e consumate – anni 2001-2004

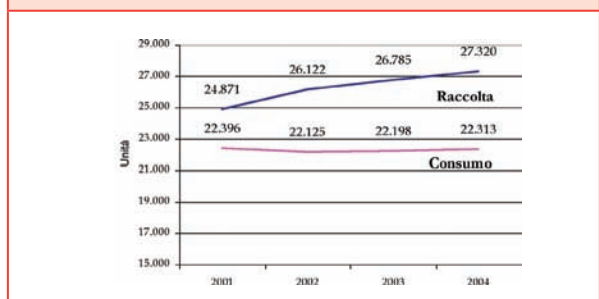
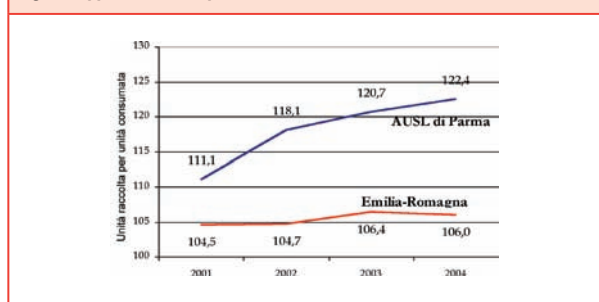


Fig.60 Rapporto tra unità prodotte e consumate – anni 2001 – 2004



Occorre comunque sottolineare come questi valori siano in miglioramento rispetto a quelli rilevati nel 2004 quando la temporanea riduzione di attività, nei mesi di giugno e luglio, presso l'Ospedale Fidenza necessaria per il trasferimento presso il nuovo presidio di Vaio può aver influenzato l'andamento dei tempi di attesa; nel 2004 le percentuali erano infatti rispettivamente pari a 40,1% (entro 90 giorni) e 64,6% (entro 180 giorni) ed il numero di interventi è passato da 135 per il 2004 a 168 per il 2005. Per quanto infine riguarda l'andamento della raccolta e del consumo di sangue si evidenzia come

a fronte di una sostanziale stabilità nel volume di unità consumate (-0,4%), sia significativamente cresciuto il volume di unità raccolte (+9,8%). Questo andamento ha anche determinato un significativo aumento del rapporto tra unità raccolte ed unità erogate, rapporto che si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale, analogamente a quanto osservato per le Aziende USL di Ravenna, Modena e Reggio Emilia: in queste 4 Aziende nell'ultimo anno la raccolta ha superato mediamente del 28% il consumo.

Qualità dell'assistenza

Basso peso alla nascita

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 provincia di Parma l'aumentata presenza di popolazione di origine extracomunitaria può essere alla base del trend in aumento osservato nel periodo 2002-2004.

Tab.61 Nati con basso peso per 1.000 nati

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	42,2	42,8	48,0
Parma	49,0	49,5	55,1
Sud-Est	40,9	41,3	55,1
Valli Taro e Ceno	46,2	72,7	58,3
AUSL Parma	46,0	49,1	53,4
Regione	52,0	49,3	51,0

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Tab.62 Dimissioni per polmonite per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	0,77	0,27	0,22
Parma	1,06	0,73	0,47
Sud-Est	0,53	0,59	0,64
Valli Taro e Ceno	0,31	0,31	0,23
AUSL Parma	0,80	0,78	0,51
Regione	0,59	0,78	0,51

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Ricoveri per Polmoniti ed Influenza negli Anziani

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

utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie. L'aumento del tasso di copertura della vaccinazione antinfluenzale degli anziani nell'Azienda USL di Parma, aumentata dal 53,3 % del 2002 al 62,3 del 2004, ha indubbiamente contribuito alla riduzione di questo indicatore, passato da 0,8 per 1.000 nel 2002 a 0,51 per 1.000 nel 2004 (- 36%).

Tab.63 Dimissioni per complicanze diabetiche a breve termine per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	0,62	0,71	0,69
Parma	0,71	0,67	0,66
Sud-Est	0,74	0,61	0,41
Valli Taro e Ceno	0,53	0,55	0,32
AUSL Parma	0,67	0,66	0,59
Regione	0,46	0,44	0,43

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Diabete, complicanze a breve termine

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, anche se il numero di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, si osserva una riduzione abbastanza consistente nei tre anni considerati. 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.

Tab.64 Dimissioni per complicanze diabetiche a lungo termine per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	2,35	2,30	2,87
Parma	2,12	2,39	2,59
Sud-Est	1,90	2,24	2,18
Valli Taro e Ceno	2,35	2,19	2,58
AUSL Parma	2,17	2,32	2,58
Regione	1,77	1,78	1,92

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Diabete, complicanze a lungo termine

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 malattie e quindi contribuire sostanzial-

mente alla riduzione delle complicanze a lungo termine. Il costante aumento rilevato a livello provinciale e regionale è dovuto, in tutta probabilità, all'aumento di sopravvivenza per il miglior trattamento della patologia.

Tab.65 Parti cesarei, ogni 1.000 nati, per punto nascita

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	22,2	26,0	22,9
Borgotaro	32,0	29,8	28,7
Città di Parma	58,0	61,6	64,3
AOSP Parma	40,2	36,5	38,5
Provincia di Parma	38,4	36,9	41,0
Regione	30,8	30,4	30,9
Pubblico Regione	30,4	29,8	30,5
Privato Regione	47,0	52,9	62,3

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Parto cesareo

Il parto cesareo è oramai considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata: anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi hanno evidenziato come la variabilità nella percentuale di parti cesarei sia da attribuire anche al comportamento ed alle preferenze dei medici. È pertanto opinione condivisa che riduzioni nel ricorso a questa metodica possano essere considerate come indicative di un miglioramento della qualità dell'assistenza. 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 2002-2004 si è verificato un solo caso di morte a seguito di un intervento di laminectomia.

Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto

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. Il dato relativo all'Azienda USL di Parma evidenzia un andamento costantemente superiore alla media regionale e soprattutto in aumento nel triennio.

Tab.66 Percentuale di mortalità intraospedaliera

Distretto	2002	2003	2004
Piacenza	17,6	15,6	15,8
Parma	18,0	19,7	22,4
Reggio Emilia	15,7	16,2	16,3
Modena	17,2	15,2	16,3
Bologna	19,4	16,2	15,7
Ferrara	16,9	18,1	16,9
Ravenna	17,7	19,8	19,7
Forlì	16,2	20,2	20,8
Rimini	10,9	16,9	15,2
Regione	17,2	17,4	17,1

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Tasso di ospedalizzazione evitabile

Tab.67 Dimissioni per asma per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	0,33	0,27	0,38
Parma	0,69	0,58	0,56
Sud-Est	0,33	0,66	0,48
Valli Taro e Ceno	0,55	0,50	0,60
AUSL Parma	0,54	0,51	0,51
Regione	0,49	0,41	0,39

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%. A livello aziendale si osserva un valore superiore a quello regionale, ma comunque in riduzione rispetto al valore registrato nel 2002.

Tab.68 Dimissioni per scompenso cardiaco congestizio per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	3,23	3,28	2,79
Parma	2,91	2,56	2,25
Sud-Est	2,57	2,75	3,52
Valli Taro e Ceno	2,58	2,69	2,44
AUSL Parma	2,89	2,77	2,61
Regione	3,05	3,08	3,11

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. 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 e soprattutto evidenziano una forte riduzione nel numero di residenti ricoverati per questa problematica clinica.

gioramento 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 e soprattutto evidenziano una forte riduzione nel numero di residenti ricoverati per questa problematica clinica.

Tab.69 Dimissioni per malattie polmonari croniche per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	2,04	1,88	1,50
Parma	2,14	1,67	1,47
Sud-Est	2,56	1,91	2,49
Valli Taro e Ceno	1,73	1,87	1,77
AUSL Parma	2,14	1,78	1,68
Regione	2,53	2,59	2,18

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

L'ipertensione rappresenta una condizione cronica frequentemente controllabile e gestibile in maniera efficace a livello ambulatoriale attraverso il ricorso ad una appropriata terapia farmacologica. I valori registrati per i residenti della provincia di Parma sembrano essere sostanzialmente in linea con quelli regionali anche se nell'ultimo anno considerato è cresciuto lo scostamento tra valore regionale e aziendale. Viene qui riproposto un indicatore simile a quello visto in precedenza relativo alle complicanze diabetiche.

Tab.70 Dimissioni per ipertensione per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	0,16	0,11	0,10
Parma	0,17	0,11	0,18
Sud-Est	0,14	0,12	0,17
Valli Taro e Ceno	0,23	0,00	0,20
AUSL Parma	0,17	0,10	0,16
Regione	0,15	0,11	0,10

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

Tab.71 Dimissioni per diabete per 1.000 residenti

Distretto	2002	2003	2004
Fidenza	0,26	0,23	0,36
Parma	0,29	0,36	0,44
Sud-Est	0,26	0,30	0,39
Valli Taro e Ceno	0,38	0,30	0,32
AUSL Parma	0,29	0,31	0,40
Regione	0,31	0,31	0,29

Fonte: Banca dati SDO - Regione Emilia-Romagna

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 aumento nei tre anni considerati ed uno scostamento crescente rispetto al valore regionale che invece risulta essere sostanzialmente stabile.

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.

Il 2005 è stato un anno ricco di nuove attività e servizi, che ha visto l'Azienda USL di Parma impegnata per migliorare la qualità delle prestazioni offerte ed essere sempre più puntuale nel rispondere alle esigenze di chi ha necessità di assistenza e cura. Particolare impegno e dedizione sono stati posti nel realizzare le strategie aziendali e allo sforzo per mettere in rete il lavoro, in particolare, per realizzare percorsi clinici e organizzativi volti a facilitare la fruibilità dei servizi da parte dei cittadini. E' stato, questo, anche un anno di importanti innovazioni organizzative. La modifica all'atto aziendale, avvenuta con deliberazione n. 723 del 28 dicembre 2004, ha visto il riassetto dell'area del governo economico-finanziario; nei primi mesi del 2005 si è proceduto a conferire gli incarichi di direzione dei Dipartimenti assegnando ai Direttori obiettivi specifici per l'anno 2005. Gli obiettivi assegnati nell'anno hanno riguardato in particolare la messa in atto di azioni e modalità volte ad integrare la programmazione delle attività dei servizi e la loro operatività. Nell'ambito del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie, si è proceduto a definire in modo coordinato, con le indicazioni della Direzione Sanitaria, la programmazione degli acquisti e della manutenzione delle attrezzature sanitarie, a ridefinire la logistica aziendale per un migliore utilizzo di spazi e trasporti, a coordinare le attività di gestione del patrimonio con la programmazione delle acquisizioni dei beni, e da applicare di accordi particolarmente significativi, con i Medici di Medicina Generale, con il personale dell'Area Comparto e dell'Area della Dirigenza Medica. La prima importante scelta della Direzione Generale di definire un nuovo assetto organizzativo delle funzioni tecnico-amministrative, è stata dettata dalla necessità di dare anzitutto risposta al consolidamento e sviluppo delle principali finalità dell'Azienda; è emersa infatti la necessità di adeguare l'organizzazione aziendale e riorientare le modalità operative per rispondere in modo più efficiente agli impegni di carattere programmatico e di attuazione della programmazione regionale e locale. Attraverso la modifica dell'atto aziendale sono state individuate aggregazioni omogenee con le quali si intende fornire maggiore dinamicità a settori strategici dell'Azienda ed in particolare perseguire i criteri di sviluppo del governo clinico, dell'area del governo economico-finanziario e di miglioramento complessivo delle attività socio-sanitarie. Nell'area del governo economico-finanziario sono stati istituiti quattro Dipartimenti: delle Risorse Umane e Risorse Economiche e Finanziarie, un Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie con il preciso obiettivo di coordinare e integrare i processi di acquisizione e gestione delle risorse tecniche e materiali necessarie, un Dipartimento per lo Sviluppo della Funzione Dipartimentale Ospedaliera ed infine un Dipartimento Valutazione e Controllo. La funzione di quest'ultimo Dipartimento attiene alla gestione degli strumenti idonei per la verifica dell'attuazione in modo efficace ed efficiente delle strategie individuate dalla Direzione aziendale e alla verifica

sull'efficienza della gestione, in particolare la contabilità analitica ed i dati di attività, che consentono di formulare adeguate valutazioni "ex post" sulla gestione, al fine di correlare dati di contabilità e dati di attività, omogenei e certificati, per unità di prodotto e unità di costo. Inoltre, sono assegnate a questo Dipartimento le funzioni inerenti ai debiti informativi verso la Regione, il Ministero della Salute e lo Stato e la loro "certificazione". In attuazione dell'atto aziendale, che ha istituito il Servizio Infermieristico e Tecnico (SIT), sono stati resi operativi i percorsi di responsabilizzazione dei dirigenti infermieristici sullo sviluppo dei processi del Servizio dei programmi di competenza, e la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica generale e specialistica di natura preventiva, palliativa e riabilitativa. In un'Azienda come la nostra, con oltre 2300 dipendenti, la formazione è sicuramente un'importante leva strategica, oltre ad uno strumento per ottimizzare le risorse umane e supportare il cambiamento organizzativo in atto. Con queste premesse, si è riorganizzato il settore Formazione Aziendale con le rispettive funzioni ed obiettivi, per valorizzare la formazione alla luce delle modificazioni organizzative, per definire e realizzare le priorità, e dare corso a tutti i programmi di formazione previsti dagli istituti contrattuali. Nel corso dell'anno si è cercato di sviluppare una maggiore attenzione con il primo interlocutore che i cittadini incontrano più facilmente in ambito sanitario, il Medico di Medicina Generale. Questa figura svolge un ruolo importante ed essenziale proprio per il rapporto di fiducia che ha con i propri assistiti, ed è chiamato a svolgere una funzione tanto delicata, quanto fondamentale: fornire una corretta informazione ed indicare i percorsi adeguati. Il medico di famiglia quindi, diventa una delle figure centrali nel nuovo assetto aziendale. Con l'accordo locale valido per il triennio 2005/2007, è stato riconfermato il suo ruolo centrale, sia nell'assetto organizzativo aziendale, che come interfaccia tra il Servizio Sanitario e i cittadini. Già questi primi mesi di attuazione hanno portato importanti risultati. Al lavoro in rete è stato dato un nuovo impulso con l'associazionismo medico, sono stati avviati due progetti che qualificano ulteriormente la medicina generale: il progetto per la gestione del paziente diabetico e quello del paziente in terapia anticoagulante orale. Per quel che attiene le sinergie con l'altra azienda sanitaria presente nel nostro territorio, l'attivazione sia da parte dell'Azienda USL che da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma di Dipartimenti tecnici, ha consentito di attivare un lavoro di analisi e di approfondimento sulle principali tematiche ritenute di interesse interdipartimentale. Un altro complesso e delicato percorso di integrazione si è concretizzato nel 2005, la costruzione del P.A.L. 2005-2007 - Il Piano Attuativo Locale quale strumento di programmazione strategica dei servizi sanitari della provincia. Sono stati 27 i gruppi di lavoro creati ad hoc, composti da circa 155 professionisti in gran parte dell'Azienda USL e dell'Azienda

Ospedaliera - Universitaria, ma anche di altre Aziende della Regione, impegnati nell'approfondimento delle diverse tematiche individuate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e oggetto di programmazione. Un lavoro impegnativo che ha presentato i primi risultati ai Comitati di Distretto e che ha consentito di raccogliere pareri, integrazioni, osservazioni per la redazione del documento finale.

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

"Trasparenza e partecipazione", due aspetti irrinunciabili per la buona azione amministrativa, che può essere perseguita e realizzata solo attraverso sinergie con i cittadini e con i loro portavoce. In questo complesso scacchiere entrano in gioco, in maniera rilevante, le relazioni con le Associazioni dei cittadini. Il contributo dato è stato quello di portare con più forza all'interno dell'Azienda i diritti generali e quelli rivolti soprattutto all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi stessi da parte di tutti. Un'attenzione specifica è stata posta alle associazioni di pazienti e di volontariato portatrici di esigenze assistenziali e/o di attenzioni organizzative per ottenere la migliore personalizzazione dell'assistenza, nonché ai tavoli di confronto sviluppatasi con le Organizzazioni Sindacali. Il senso della programmazione dello sviluppo organizzativo dell'Azienda ha quindi trovato costante riferimento con momenti di confronto con tutti gli attori rappresentanti la partecipazione dei cittadini alla vita aziendale.

I Comitati Consultivi Misti

Caratteristiche	CCM Parma	CCM Fidenza	CCM Sud Est	CCM Valli Taro e Ceno
Presidente	Ennia Bertozzi	Fernanda Campanini	Emilia Zaccorner	Giuseppina Poletti
Incontri	9	7	2	4
Argomenti trattati e materiale prodotto	- dimissioni difficili (con AOSP) - valutazione dei servizi - attività specialistica - percorsi per accertamento dell'invalidità civile - assistenza odontoiatrica - programma di geriatria territoriale	- "Carta dei diritti e Doveri dei Cittadini" che accedono ai servizi e distribuzione presso gli ambulatori e dalle associazioni di volontariato	- PAL - collaborazioni con le associazioni di Volontariato - liste d'attesa	valutazione dei servizi riferimento alla logistica del PO Borgotaro - attività specialistica - percorso per le dimissioni difficili - assistenza odontoiatrica

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. Nel corso del 2005 si sono svolte le rielezioni dei componenti dei CCM. I Comitati 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. I compiti che la legge attribuisce ai Comitati Consultivi Misti sono: assicurare controlli di qualità dal lato dell'utenza, favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale aziendale, migliorare la qualità dei servizi, attraverso strumenti ed iniziative messe in campo dai medesimi rappresentanti delle Associazioni del Volontariato.

Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale

Nel corso dei primi mesi del 2005 questa Azienda ha costituito il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale, in adesione agli indirizzi regionali in materia. L'organismo ha funzioni consultive e propositive, assicura i controlli di qualità dal lato degli utenti, promuove l'utilizzo di indicatori di qualità dal lato della domanda (definiti a livello regionale), sperimenta altri indicatori di qualità dei servizi (definiti a livello aziendale), che tengano conto di specificità locali, sperimenta modalità di raccolta e analisi dei "segnali di disservizio". E' costituito da rappresentanti dell'Azienda, dirigenti dei Servizi di Salute Mentale e del personale infermieristico e dai rappresentanti delle Associazioni di utenti, familiari, volontari aventi interessi nell'ambito della salute mentale. L'esigenza di partecipazione nell'area della salute mentale è affermata a livello legislativo già nel progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2002" ed è considerato un obiettivo strategico dal Piano Sanitario Regionale, dove ne viene riconosciuto il ruolo attivo e il valore fondamentale quale risorsa al fianco dei servizi e la necessità di favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni nella individuazione delle priorità e nella verifica di efficacia dei servizi.

Al via l'Audit Civico

La nostra Azienda ha partecipato al progetto Audit Civico, promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale, in collaborazione con Cittadinanza Attiva, un movimento di cittadini i cui fini sono quelli di garantire la promozione e la tutela dei diritti in Italia, in Europa e nel Mondo e di promuovere una nuova cultura della cittadinanza e dei diritti. Il merito dell'Audit Civico è stato quello di mettere a punto una metodologia standardizzata volta a favorire la partecipazione e l'ascolto dei cittadini alla vita della propria Azienda Sanitaria, grazie alla sinergia del rigore metodologico con la partecipazione dei cittadini. In particolare gli obiettivi sono:

- favorire un'integrazione sistematica tra l'impegno degli operatori sanitari e gli amministratori con al centro il giudizio del cittadino;
- sostenere la collaborazione diretta del cittadino-utente con la direzione aziendale;
- offrire l'opportunità di effettuare un confronto tra le Aziende Sanitarie della nostra regione impegnate sullo stesso fronte;

- sviluppare ed armonizzare l'integrazione tra culture, ruoli, e punti di vista diversi;
- promuovere un percorso strutturato per l'ascolto del cittadino.

Sono stati definiti come campi d'azione l'Ospedale di Fidenza/S. Secondo, in quanto è un Presidio Ospedaliero in corso di accreditamento istituzionale da parte della Regione, ed il Distretto di Fidenza (Poliambulatori di Noceto e San Secondo) che rappresenta la sede principale distrettuale collocata nello stesso complesso ospedaliero e quindi in grado di fornire prestazioni altamente integrate tra ospedale e territorio. E' in corso un'indagine (questionari esplorativi e griglie di osservazione) a cui hanno partecipato i volontari di numerose associazioni in collaborazione con i dipendenti dell'azienda, il cui ruolo è stato quello di intervistare ed osservare la realtà oggetto di indagine.

Protocollo d' intesa con le Organizzazioni Sindacali in materia di Anziani

A seguito di un ampio confronto sull'attività svolta e sulle linee di sviluppo è stato sottoscritto dall'A.USL, dalle Organizzazioni Sindacali Confederali ed i Sindacati Pensionati un protocollo d'intesa in materia di servizi e di interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, in cui l'Azienda si impegna a realizzare, nell'ambito degli indirizzi di fondo disegnati dalla LR 2/2003, le azioni di supporto e accompagnamento ai servizi socio sanitari e le azioni di consolidamento e sviluppo della rete e di qualificazione dei processi assistenziali che hanno costituito l'impianto di fondo del Piano delle Azioni 2005 in area socio sanitaria.

La sicurezza nei luoghi di lavoro

Sono stati attivati percorsi di lavoro concertati e condivisi con Associazioni datoriali, OO.SS, organismi Paritetici e professionisti del settore inerenti la tutela della salute negli ambienti di lavoro, che hanno portato alla firma dei seguenti accordi:

1. protocollo d'intesa con Autocamionale A15 della Cisa riguardante piano di assistenza e vigilanza nelle opere di ammodernamento del tratto autostradale;
2. protocollo d'intesa con Cassa Edile per la costituzione dell' "Osservatorio Provinciale Cantieri Attivi";
3. accordo con Movimento Cooperativo e OO.SS sui requisiti minimi di qualità della formazione dei lavoratori;
4. 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

La provincia di Parma è la realtà più importante a livello regionale per numero di bovini allevati e per quanto riguarda il controllo sugli allevamenti. La gestione della sicurezza alimentare risulta estremamente impegnativa

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

Tab.1 Controllo alimenti origine animale. Anno 2004

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

Il rapporto con le associazioni professionali è uno strumento molto importante per la gestione strategica degli obiettivi di salute che la AUSL persegue, in funzione dei Piani Sanitari Nazionali Regionali e Locali. In questo contesto nel settore della sicurezza alimentare, tale rapporto diviene ancora più stretto, in funzione della necessità di garantire da un lato una appropriata azione di controllo ufficiale sugli operatori della filiera alimentare, dall'altro che tale controllo non dia luogo a distorsioni nel mercato o a discriminazioni tra gli operatori. Il nuovo quadro giuridico "pacchetto igiene", approvato dalla Unione Europea, prevede che il controllo ufficiale sia operato secondo procedure e sia espletato in maniera trasparente (declinazione degli obiettivi perseguiti e dei risultati raggiunti). In questa ottica l'Azienda, in stretto collegamento con l'Assessorato alla Sanità regionale, ha presentato un progetto, finanziato nel 2005, per la costituzione di un gruppo di "ispettori", provenienti dalla AUSL di Parma e da tutte le altre Aziende Sanitarie regionali, formati ed addestrati al controllo ufficiale secondo uno schema di qualità rispondente alla norma Europea EN 45.004, che riguarda gli organismi di ispezione. L' Azienda USL di Parma ha inoltre supportato il Consorzio del Prosciutto di Parma nella elaborazione del proprio manuale di riferimento per l'attuazione dell'autocontrollo, insieme alla Stazione Sperimentale per l'Industria delle Conserve Alimentari e all'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise.

Lo Sportello Unico per le imprese

E' stato rinnovato l'accordo sullo Sportello Unico delle Imprese con l'approvazione di un nuovo protocollo d'intesa sottoscritto da tutti gli Enti interessati (Provincia, Comuni, Vigili del Fuoco, ARPA, AUSL) al fine di dare un ulteriore impulso alle azioni di riduzione dei tempi e dei carichi amministrativi per tutte le richieste del mondo produttivo, di promuovere il costante miglioramento dei servizi offerti, nell'ottica della trasparenza e dell'omogeneità.

Le relazioni con le organizzazioni degli immigrati

Le associazioni degli immigrati collaborano con continuità all'attività del Programma Salute Immigrati e svolgono un'importantissima attività di orientamento ai servizi, in particolar modo a quelli dedicati agli stranieri non

in regola con il permesso di soggiorno e rappresentano un punto di riferimento per gli operatori che si occupano di casi particolarmente complessi in ordine alla differenza culturale. Hanno collaborato per diversi mesi alla produzione di una guida ai servizi sanitari in lingua, che è stata costruita con la consulenza degli utenti di diverse aree di provenienza, affinché fosse di facile lettura per persone che hanno culture ed esperienze diverse nel campo della salute. Hanno partecipato a molti eventi formativi rivolti agli operatori sanitari, in particolare hanno contribuito allo svolgimento di un percorso sull'acquisizione di competenze nell'area della mediazione culturale. Nel 2005 hanno organizzato incontri di promozione all'attività di educazione sanitaria e prevenzione dell'AIDS organizzata dallo "Spazio Salute Immigrati" ed hanno partecipato al tavolo di lavoro istituito dal Programma, per l'attivazione di una ricerca/intervento sul disagio degli adolescenti immigrati, che vede coinvolte tutte le istituzioni cittadine e le associazioni di volontariato e che si svolgerà nel 2006 con il loro contributo. Attualmente si sta valutando l'opportunità di formalizzare questa attività di collaborazione attraverso l'istituzione di un comitato consultivo che avrebbe funzione di supporto all'attività sanitaria, contribuendo ad individuare gli strumenti più idonei a facilitare l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi e favorendo l'integrazione di questa fascia di popolazione nella vita sociale del territorio.

Incontri e collaborazioni con le Associazioni

Il mondo del volontariato è diffuso e molto sviluppato nella nostra Regione, ed una fotografia del terzo settore è stata scattata dall'ISTAT nella quinta indagine sulle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali e provinciali al 31 dicembre 2003. Le organizzazioni sono circa 2.200 e sono concentrate soprattutto a Bologna, Modena e Parma. La collaborazione con il mondo del volontariato fornisce all'ente pubblico un valore aggiunto, in quanto l'associazionismo è espressione di cittadinanza attiva e partecipa. Il volontariato e il no-profit creano quella rete di solidarietà indispensabile per l'integrazione e la sussidiarietà tra pubblico e terzo settore ed in questo modo l'Emilia - Romagna può vantare un così alto livello di servizi al cittadino.

Tab.2 Organizzazioni di volontariato, numero di volontari per provincia, indici densità. Confronto Parma-Regione-Italia 2003

Province	Organizzazioni di volontariato	Numero Volontari	Organizzazioni per 10.000 ab.	Volontari per 10.000 ab.
Parma	290	12.365	7,1	303,2
Regione	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:

- assistenza infermieristica domiciliare a pazienti oncologici;
- protocollo d'intesa per collaborazione nell'ambito degli screening oncologici (mammella e colon retto);
- collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, nell'ambito del Comitato del Programma Provinciale Sangue;
- 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"

Una peculiarità che appartiene al Distretto Valli Taro e Ceno, è la presenza dell'Associazione "Famiglia Bardi-giana" di Londra, che raccoglie l'adesione dei migranti di quel territorio a Londra, in cui è presente una consistente comunità di valtaresi. L'Associazione svolge da tempo un prezioso contributo di collaborazione e di stimolo per quel territorio e nel corso del 2005 attraverso un contributo della Fondazione Cariparma ha messo a disposizione un apparecchio per eseguire EMG nel Distretto in particolare per Fornovo, Borgo Val di Taro e Bardi. È in fase di studio un progetto per verificare dei percorsi di accesso alle prestazioni ospedaliere ordinarie da parte dei nostri emigrati a Londra; i soggetti interessati da coinvolgere saranno, oltre a questa Azienda, il Ministero, la Regione, l'Ambasciata Italiana a Londra ed eventuali altri componenti.

Incontri con le Associazioni dei pazienti diabetici

Al fine di attivare percorsi più agevoli e sempre più vicini ai cittadini, è stata istituita la "Commissione Provinciale per il monitoraggio dell'applicazione delle Linee Guida per il management del Diabete Mellito" che vede coinvolte le due associazioni dei pazienti diabetici attive in provincia di Parma, l'"Associazione Diabetici Provincia di Parma", dedicata ai diabetici adulti, e la "A.F.D. Parma", che si occupa in particolare dei bambini diabetici. I lavori della Commissione che si è riunita 3, hanno portato alla definizione di protocolli organizzativi di grande rilevanza:

- gestione integrata del paziente diabetico di tipo 2;
- razionalizzazione delle procedure per la fornitura dei presidi sanitari per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia;
- procedura di rilascio/rinnovo della patente di guida ai pazienti con diabete, mediante ambulatori già attivi nei quattro distretti.

Il percorso nascita

Nell'anno 2005 si prosegue 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".

L' "Associazioni dei bambini e autismo"

Sono circa 50 i giovani utenti affetti da autismo che, nella nostra provincia, sono attualmente seguiti dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda USL di Parma. Il Centro di riferimento per la nostra Azienda è costituito dalla nuova struttura, con sede a Fidenza, attivata nel 2005 grazie alla collaborazione tra la Fondazione "Bambini e Autismo" onlus di Pordenone, centro di rilievo nazionale, associato ad "Autismo Europa" (rete di centri per la riabilitazione dei disturbi generalizzati dello sviluppo) la Fondazione Cariparma e l'Azienda USL. Dotata di 16 posti iniziali, ma ampliabili a 20, oltre al servizio di riabilitazione in senso stretto, il Centro offre servizi formativi, informativi e di confronto e servizi di consulenza, al fine di migliorare la qualità di vita delle persone affette da autismo e delle loro famiglie.

Associazioni dei pazienti affetti da sclerosi multipla

Ha iniziato ad accogliere i primi ospiti il Centro Socio Residenziale riabilitativo "Casa di Scarzara Ermanno Ferrari", realizzato grazie alla collaborazione del Comune di Parma, dell'Azienda USL e dell'AIMS - Associazione Italiana Sclerosi Multipla onlus. La struttura è predisposta per accogliere fino a 8 persone in regime residenziale e 6 in regime semiresidenziale. Il Centro di Scarzara trova spazio nell'edificio di proprietà del Comune di Parma, appositamente ristrutturato e ceduto in comodato gratuito all'AIMS, che lo gestisce, per il tramite di una cooperativa sociale, garantendo anche la stabile e qualificata presenza di propri volontari. I costi sono coperti dall'Azienda Sanitaria per il 70%, e dal Comune di Parma per la restante parte.

Incontri con pazienti stomizzati per la definizione di gare e acquisti

Con le Associazioni dei pazienti stomizzati, sono state definite modalità di accesso all'assistenza protesica, oltre a garantire personalizzazione delle prestazioni, qualità ed efficienza nell'organizzazione degli ausili. In tal senso si è collaborato nel definire un capitolato per la definizione degli ausili.

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

Il consistente lavoro svolto nel corso del 2005 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: anzitutto il D.Lgs 229/99 art. 3 quater che prevede la predisposizione, a livello distrettuale, del Programma delle Attività Territoriali e, in secondo luogo, il Piano Sanitario della Regione Emilia Romagna per il periodo 1999-2001, tutt'ora vigente, approvato con la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1235 del 22.9.1999, e con la successiva Deliberazione della Giunta Regionale n. 309 del 1.3.2000 recante: "Assistenza distrettuale - Approvazione linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001". E' dunque anche in adempimento di quanto previsto e concordato con le autonomie locali che, nel corso del 2005, sono stati realizzati interventi di differente natura e tipologia, in molteplici aree, che di seguito vengono sinteticamente riprese, riconducendole a quattro principali categorie: quelle attinenti al **piano strutturale**, che ha visto numerosi interventi di definizione e ridefinizione logistica di sedi centrali e periferiche. Ricordiamo la ristrutturazione del Polo Sanitario di Via Pintor a Parma o del Polo Sociosanitario di Fornovo, nel Distretto Valli Taro e Ceno, ma anche interventi volti alla continuità assistenziale, come l'avvio del centro Dialisi di Fidenza, il Centro per le gravissime Cerebrolesioni di Langhirano, il Reparto di Lungodegenza ed il Poliambulatorio di San Secondo. E ancora l'avvio delle strutture integrate sociali e sanitarie per le medicine di gruppo dei Comuni di Busseto, Medesano, Montechiarugolo, Sala Baganza e Neviano degli Arduini. Sempre sul piano strutturale va ricordata l'ultimazione della ristrutturazione del Centro residenziale e semiresidenziale per disabili gravi "Varese", tornato nella sede originaria dopo il temporaneo trasferimento a Colorno. Rilevanti interventi sono stati realizzati anche sul **piano organizzativo**, inteso nel senso più ampio (come nel caso dei nuovi assetti di alcuni poli sanitari) o più particolare (ad esempio nella ridefinizione di ambiti specifici quali, per citarne solo alcuni, le dimissioni difficili, le patologie croniche, il percorso nascita, le vaccinazioni infantili ed antinfluenzali), senza dimenticare gli incontri monotematici di approfondimento svolti presso l'Hospice di Borgo Val di Taro. Sul **piano operativo-gestionale**, sono stati avviati e/o realizzati rilevanti interventi, quali ad esempio gli screening di popolazione, tra cui quello del colon-retto, in via di implementazione su tutto il territorio provinciale, o anche la specialistica ambulatoriale, con interventi volti ad una maggiore qualificazione, ma anche alla riduzione delle liste d'attesa, o ancora, con azioni di stimolo e sostegno all'associazionismo medico. Infine, sul **piano istituzionale**, va segnalata la ricerca di un'ulteriore e sistematica integrazione con l'Azienda Ospedalie-

ro-Universitaria o, sul versante sociosanitario, con le professioni sociali e le competenze che in tale ambito sono esercitate dai Comuni. 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 dai Comitati Consultivi Misti. Ma è soprattutto la Legge Regionale 29/2004 che sottolinea e ribadisce ulteriormente, in particolare agli artt. 4 e 5, il ruolo centrale che gli Enti Locali sono chiamati a svolgere in ambito sanitario. Ed è in adempimento di questa Legge (quanto all'art.4, che richiama la missione stessa dei distretti, chiamati a "promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e le sue forme associative"), che si sono susseguiti i numerosi incontri dei Comitati di Distretto, al cui interno l'AUSL ha svolto un ruolo rilevante di stimolo, supporto e documentazione, a sostegno delle scelte che sono poi state assunte in modo condiviso. Si è trattato insomma di un coinvolgimento a tutto campo, nel corso del 2005 si è tradotto in un lavoro massiccio e costante, sviluppatosi ai differenti livelli istituzionali ed organizzativi, attraverso modalità e strumenti diversificati, che vanno dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, fino ai Comitati di Distretto ed alla definizione condivisa di scelte strategiche non meno che direttamente organizzative od operative, come è avvenuto ad esempio all'interno dei percorsi avviati coi Piani di Zona. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria è l'organismo attraverso il quale gli Enti Locali, a livello provinciale, esercitano la funzione di indirizzo e di programmazione generale in ambito sanitario. Insediata nel 1999 e composta da tutti i sindaci dei Comuni della provincia e dal Presidente dell'Amministrazione Provinciale di Parma, insieme ai Comitati di Distretto, alla Comunità Montana Valli Taro e Ceno e Appennino Parma Est, ed i singoli Comuni della provincia di Parma. È stata interlocutrice indispensabili nella programmazione delle attività del 2005. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria si è espressa nel documento di indirizzo per la elaborazione del Piano Attuativo Locale (PAL), lo strumento di programmazione strategica dei servizi sanitari della provincia di Parma.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e il Piano Attuativo Locale

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, in stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma ed in attuazione delle linee di indirizzo elaborate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, ha avviato già dall'ultimo trimestre dell'anno 2004, un percorso di amplissima condivisione che ha portato alla redazione del Piano Attuativo Locale 2005-2007, il più importante strumento di programmazione sanitaria e socio sanitaria della nostra provincia. Le direttrici maggiori che hanno caratterizzato questa prima esperienza

di programmazione sono state:

- la costruzione di reti integrale;
- la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la prevenzione e promozione della salute.

In tale ambito sono stati predisposti i documenti programmatici da 27 gruppi di lavoro multiprofessionali con impegno di circa 155 professionisti, in relazione alle principali aree tematiche di approfondimento:

- Area territoriale: Cure Primarie, Specialistica Ambulatoriale, Dialisi, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Sanità Pubblica, Screening;
- Area Ospedaliera: Rete Assistenza Ospedaliera, Cardiologia e Cardiochirurgia, Sistema Assistenza Integrata ai Traumi e Neurochirurgia, Neonatologia e Cure Intensive Pediatriche, Genetica Medica/Malattie Rare, Trapianti d'Organo, Programma Sangue Provinciale, Oncologia, Riabilitazione, Lungodegenza;
- Area socio sanitaria e dei programmi trasversali: Centrale Operativa 118, Politica del Farmaco;
- Area integrazione prestazioni socio sanitarie: Anziani, Disabili, Minori - Disagio giovanile e fasce deboli, Salute Immigrati, Cure Palliative, Demenze.

Le modalità assistenziali domiciliari

Appartamenti con servizi o protetti

All'interno del Piano delle Azioni 2005 e più estesamente nei documenti preparatori del PAL, il tema della domiciliarità ha avuto un ruolo centrale, quale soluzione in grado di assicurare la continuità degli stili di vita e di relazione della popolazione anziana. In questo quadro si è scelto di rafforzare una progettualità, con forti elementi innovativi che ha, nel territorio della provincia di Parma, un'importante tradizione. Negli ultimi anni sono sorti, infatti, in tutto il territorio provinciale appartamenti protetti ed alloggi con servizi, finalizzati a garantire, anche ad anziani non autosufficienti la permanenza, in condizioni di sicurezza, in un ambiente simile alla propria originale abitazione. Le molteplici esperienze in atto, se sono accomunate dal medesimo obiettivo generale, si diversificano nelle soluzioni architettoniche e tecnologiche, nei modelli di gestione e nei livelli di protezione ed assistenza offerti. Al fine di sostenere tali soluzioni innovative di domiciliarità, con particolare riferimento alla città ed alle zone montane, sono state costruite le prime ipotesi per un utilizzo degli oneri a rilievo sanitario flessibile e modulato sui bisogni emergenti dalle specifiche realtà. Il progetto, formulato d'intesa con l'Amministrazione Provinciale, è stato approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed inserito nella programmazione per gli anni 2006-2007. Ha la finalità di sperimentare e monitorare, attraverso un gruppo di lavoro, coordinato dall'Amministrazione Provinciale, modalità di finanziamento da parte del Fondo Sanitario Regionale, commi-

surando e differenziando l'entità e il sistema di contribuzione sulla base dell'impegno assistenziale assicurato e dei modelli organizzativi scelti.

In particolare si sono individuate le seguenti soluzioni:

a) sostegno di progetti assistenziali individuali in strutture residenziali non convenzionate (punto 5 della DGR 1378/99). Tale modalità di contribuzione riguarda gli Enti gestori che garantiscono direttamente i servizi e le prestazioni previste dal PAL;

b) assegno di cura.

Tale modalità di finanziamento sarà utilizzata nelle situazioni in cui il progetto individuale d'assistenza è sostenuto principalmente dalla famiglia, da altri caregivers informali o da assistenti famigliari private a pagamento. In ambedue i casi sono previsti a carico dell'Azienda costi per cure sanitarie, secondo le modalità e la tipologia già in essere per gli utenti a domicilio.

Riequilibrio dei posti residenziali e semiresidenziali

La rete dei servizi residenziali per gli anziani non autosufficienti si presenta ampia e diffusa nel territorio provinciale, tuttavia l'offerta dei posti convenzionati, in linea con la media regionale, non è ancora distribuita in modo omogeneo nei diversi ambiti distrettuali, nonostante l'intervento di riequilibrio operato negli anni precedenti nel Distretto di Fidenza e il potenziamento apportato nel Distretto di Parma nel secondo semestre 2004. Permanevano in particolare, all'inizio del 2005, situazioni di squilibrio all'interno delle diverse aree comunali e sovracomunali. Al fine di realizzare su tutto il territorio provinciale equità d'accesso ai posti convenzionati di Casa Protetta, sono state approvate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria linee di programmazione che prevedono, nel biennio 2006-2007, l'incremento dei posti convenzionati nel Distretto di Parma, fino a raggiungere, al 31.12.07, il parametro medio provinciale, pari al 3,32% della popolazione =>75 anni. All'interno del Distretto Sud-Est, con l'obiettivo di perequare nei territori comunali ed intercomunali l'offerta di posti convenzionati nelle strutture residenziali, consentendo ai cittadini la possibilità di rimanere nel proprio contesto ambientale, sono stati attribuiti 21 posti alla nuova Casa Protetta di Montechiarugolo e 9 posti alla nuova struttura di Felino, attraverso la redistribuzione di 28 posti in precedenza assegnati alle sei strutture presenti sul territorio e l'attivazione di due posti aggiuntivi.

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.

Tab.3 Attività Comitati di Distretto. Anno 2005

	Distretto di Parma	Distretto di Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli Taro e Ceno
Argomenti trattati	- elaborazione dei Piani di Zona e stipula Accordo di Programma - Accordo di Programma per la trasformazione delle IPAB - approvazione PAT - illustrazione PAL	- elaborazione dei Piani di Zona - Accordo di Programma per le Funzioni Delegate - Accordo di Programma per la trasformazione delle IPAB - monitoraggio dei lavori di ampliamento del Presidio Ospedaliero di San Secondo e dello sviluppo e della piena funzionalità dell'Ospedale di Fidenza.	- attivazione Centro Dialisi Langhirano Sala Baganza e Centro Cure Progressive - attivazione sperimentale punto continuità assistenziale Comune di Tizzano Val Parma - ricerca anziani fragili - condivisione applicazione linee guida e organizzazione Servizio Veterinario - Accordo di Programma ex L.R. 5/94 - gestione delegata attività sociali 2006 - 2007 - redistribuzione distrettuale posti convenzionati Case Protette e Centri Diurni	- progetto per la telecardiologia - progetto di potenziamento dei punti di continuità assistenziale - approvazione Piano Attuativo Locale 2005 - Piano di Zona 2005/2007 per l'adozione del programma delle trasformazioni aziendali (IPAB)

I Comitati di Distretto e le Lauree in Infermeristica

La fattiva collaborazione dei Comuni di Borgo Val di Taro e Fidenza, ha reso possibile il parziale superamento di una difficoltà strutturale 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 propose di attivare, prima a Borgo Val di Taro 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. E' evidente quali possano essere i vantaggi per una azienda preparare al suo interno, con proprie energie, attenzioni e finalità, operatori da inserire nelle proprie strutture. Questo progetto è stato condiviso da subito sia dall'Università di Parma che dalle Amministrazioni Comunali di Borgo Val di Taro e Fidenza. Il supporto delle amministrazioni comunali è fondamentale, infatti oltre che a farsi carico della sistemazione logistica delle sedi, intervengono direttamente erogando contributi economici agli iscritti e cioè un assegno di studio pari alle spese sostenute relative alle tasse universitarie, ed un bonus sull'acquisto dei libri di testo; inoltre per gli allievi che ne avessero la necessità viene messo a disposizione l'uso di una foresteria. Gli studenti possono usufruire della mensa alle stesse condizioni dei dipendenti. La sede di Borgo Val di Taro è una realtà ormai consolidata. Gli studenti iscritti alla sede di Borgotaro non devono recarsi a Parma nemmeno per il 1° semestre in quanto è

stata attivata la video conferenza come modalità didattica presso l'istituto Zappa Fermi. Il contributo erogato al Comune di Borgotaro per il rimborso agli studenti è pari a € 11.999,71 per l'anno 2005. Dati su sede Fidenza:

Tab.4 N.o iscritti

Anno	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 bandi per le loro assunzioni
2003/2004	3	2005/2006	-
2004/2005	17	2006/2007	di cui 3 provenienti dalla Provincia di Nuoro*

* Accordi tra la Provincia di Parma con la Provincia di Nuoro e i Comuni di Borgotaro e Fidenza

Tab.5 N.o iscritti

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

Il contributo erogato al Comune di Fidenza per il rimborso agli studenti è pari a € 22.307,68 per l'anno 2005. L'obiettivo di dare risposte concrete alle difficoltà in cui si trovavano il Presidio Ospedaliero di Borgotaro e Fidenza ed il Distretto Valli Taro e Ceno e Fidenza nel reperire personale infermieristico, è stato raggiunto. Ma è da considerare anche un altro importante risultato, quello di aver offerto ai giovani della zona una seria e concreta opportunità lavorativa.

Percorsi di qualificazione nell'ambito delle strutture protette

Nel corso dell'anno 2005, all'interno di un più vasto progetto di miglioramento dell'attività assistenziale, l'AUSL ha concordato con alcune strutture residenziali programmi di qualificazione ulteriore dell'attività. In particolare è stato sottoscritto un accordo con gli IRAIA che prevede tre punti qualificanti fondamentali:

- Miglioramento dei percorsi assistenziali, puntando sull'integrazione fra i diversi attori coinvolti nella cura dell'ospite (consegna integrata, cartella fisiatrica e percorso dedicato, accompagnamento alla morte e protocolli di comportamento ecc);
- Informatizzazione di diverse procedure con collegamento al Server 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.

Presso la Struttura "Sidoli" è stato attivato un punto in-

formatico collegato al server aziendale per la richiesta informatizzata di farmaci di fascia A direttamente alla farmacia aziendale. Ciò ha consentito di ridurre errori trascrittivi, stabilendo rapporti diretti con i farmacisti aziendali per chiarire dubbi ed assicurare efficacia distributiva di magazzino. Presso la Struttura "S. Mauro Abate" di Colorno sono stati occupati i 5 posti di cosiddetta "alta valenza sanitaria" riservati a pazienti "GRACER". Sono stati revisionati gli assetti assistenziali con piani individualizzati di équipe e attivati percorsi specialistici specifici appropriati alle condizioni dei pazienti. Sono stati, inoltre, migliorati i presidi antidecubito ed incrementati i sollevatori. L'A.USL di Parma infine ha aderito al progetto regionale R.U.G. (Resources Utilisation Groups) quale strumento sperimentale per l'analisi dell'assistenza residenziale per anziani. In questa prima fase del progetto, elaborato con l'Agenzia Sanitaria Regionale, è stata arruolata una struttura protetta.

L'apporto dei Comuni all'attività di Screening del Colon Retto

La programmazione dell'attività di screening per la prevenzione del colon retto iniziata nel marzo del 2005, ha attivamente coinvolto gli Enti Locali e le Associazioni di Volontariato. Infatti, tramite specifici accordi, sviluppati a livello dei Comitati di Distretto, si è concordato di allargare a tutti i comuni della provincia la possibilità di aprire punti di primo livello (distribuzione e raccolta del test). Il protocollo operativo prevede quindi la partecipazione attiva delle Associazioni di Volontariato, ed in questo senso è stato stipulato un accordo con AVOPRORIT e LEGA TUMORI per definire il livello di impegno nella campagna di screening per quel che attiene l'informazione/distribuzione diretta dei kit per l'esame. Da parte loro gli Enti Locali si sono impegnati a reperire luoghi di distribuzione idonei.

Il "Laboratorio Anziani"

Nel corso dell'anno, nel quadro di una convenzione stipulata tra AUSL e Università degli Studi di Parma - Facoltà di Economia, nell'ambito della collaborazione con la Provincia di Parma (Laboratorio Anziani), è stato sviluppato uno studio prospettico su: "Qualità di vita nei paesi delle comunità montane dell'appennino parmense". Lo studio, consegnato nel dicembre 2004, ha consentito un'analisi del contesto e la formulazione di ipotesi di intervento che verranno approfondite nel corso del 2006. E' proseguita l'attività di ricerca, progettazione e sperimentazione sulle nuove tecnologie domotiche fra AUSL, Provincia di Parma (Laboratorio Anziani), Università degli Studi di Parma - Facoltà di Ingegneria ed Architettura. Presso il Centro "Cà Bonaparte" di Neviano Arduini, che ospita anziani parzialmente non autosufficienti in appartamenti protetti, verranno testati ausili tecnologici ed informatici a livello prototipale in vista di

un loro possibile utilizzo pianificato in abitazioni sparse della montagna parmense.

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

Le azioni messe in campo all'interno dei Piani per la Salute sono orientate a perseguire obiettivi di sviluppo, in un percorso che si snoda ormai da alcuni anni e che ha visto, sui vari tavoli di lavoro attivati, il coinvolgimento di una vasta pluralità di soggetti istituzionali e non, di enti pubblici e privati, di organizzazioni professionali e di categoria, di associazioni di volontariato e così via. Nel 2005 tale attività ha dato continuità ai tavoli di lavoro già in precedenza attivati, anche attraverso la realizzazione di iniziative pubbliche specifiche, nell'ambito dei singoli progetti. Il territorio provinciale di Parma aveva infatti espresso, a suo tempo, sette temi prioritari, di cui tre avevano dimensione provinciale:

- Sicurezza alimentare;
- Sicurezza sul lavoro;
- Sicurezza stradale.

Quattro erano invece i temi prescelti dai rispettivi ambiti distrettuali:

- 1) Qualità dell'aria, Distretto di Parma;
- 2) Sicurezza in casa, Distretto di Fidenza;
- 3) Prevenzione delle malattie cardiovascolari, nel Distretto Sud Est;
- 4) Sicurezza alimentare nelle giovani generazioni, Distretto Valli Taro e Ceno.

Per quanto attiene ai tre temi di rilevanza provinciale, i progetti avviati hanno visto un apprezzabile avanzamento, culminato in iniziative pubbliche specifiche, quali la definizione di Linee guida condivise coi numerosi partners, in tema di "Sicurezza alimentare", con specifico riferimento alla filiera del latte e del pomodoro; la realizzazione della giornata seminariale pubblica sui primi risultati dei tavoli di lavoro all'interno del programma "Sicurezza sul lavoro"; la realizzazione del seminario pubblico sul tema "Incidenti in adolescenza: disgrazia, rischio, responsabilità", e l'avvio della ricerca su "Percezione del rischio negli adolescenti" in collaborazione col CSA Provinciale, per quanto attiene al programma "Sicurezza stradale". E' proceduta altresì l'attività dei programmi attivati a livello distrettuale, tradottasi anche in momenti di presentazione e discussione pubblica sul tema della "Sicurezza in casa" a Fidenza, nella pubblicazione dei dati della ricerca svolta nel Distretto Valli Taro e Ceno, in tema di "Sicurezza alimentare nelle giovani generazioni". Da registrare, nell'ambito di questo tema, il supporto tecnico e consulenziale fornito da esperti aziendali, a numerosi enti locali, tra cui anche l'Assessorato Politiche Educative del Comune di Parma.

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

Quando si parla di salute, è opportuno fare riferimento alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), agenzia dell'ONU istituita nel 1948 con l'obiettivo di operare per far raggiungere a tutte le popolazioni il livello di salute più elevato possibile. La salute è definita nella Costituzione dell'OMS, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Nell'articolata espressione di "salute" così come definita dall'OMS, una parte rilevante è quella dedicata all'"Universalità ed equità di accesso" ai livelli essenziali di assistenza garantiti dal nostro ordinamento. Si potrebbero affiancare all'espressione "giustizia nell'accesso", intesa come eguale possibilità fornita a tutti i cittadini di accedere ai servizi ed alle informazioni per la prevenzione e la cura. In questo senso interviene la responsabilità politica per un'uguale diffusione delle risorse al fine di garantire un potenziale simile di salute a tutti.

L'assistenza ospedaliera

All'interno del 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. Anche nel contesto del Piano Attuativo Locale è necessario ribadire la convinzione che non può esserci recupero di efficienza fuori dalla ricerca di una maggiore appropriatezza d'uso dei servizi e efficacia delle cure. L'unica garanzia di risparmio di spesa durevole e non punitiva 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 combinate al fine di ottimizzarne il rendimento. Di seguito sono riportati alcuni indicatori utili a descrivere il quadro in cui la rete assistenziale della provincia di Parma si colloca e i riferimenti con cui si confronta. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato evidenzia come la provincia di Parma si colloca nel 2004 al di sotto della media regionale (187 ricoveri per mille abitanti contro 193 di media regionale). L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture, indicatore fondamentale per l'analisi del grado di autosufficienza territoriale, consente di evidenziare che, tra le aziende sul cui territorio insiste l'Azienda Ospedaliera, in regione l'Ospedale di Parma è quello a cui ricorre la maggior quota di cittadini della provincia (il 52,19% della popolazione parmigiana). In attuazione del primo PAL della provincia di Parma (97-99), le Aziende USL ed Ospedaliero-Universitaria di Parma hanno realizzato interventi correttivi di amplissima portata, che sono stati realizzati nel periodo 1998-2004, quali ad esempio:

- omogeneizzare i livelli di offerta e di consumo nel settore dell'assistenza ospedaliera, e, attraverso la ridistribuzione e la riconversione di risorse ospedaliere, verso l'assistenza territoriale;
- realizzare un'adeguata offerta di ricovero nei settori della riabilitazione intensiva e della lungodegenza post-acuzie/riabilitazione estensiva;
- aumentare l'offerta di prestazioni in ambiti specialistici critici e di assistenza domiciliare integrata;
- orientare i 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 ha completato la complessiva riorganizzazione dipartimentale dei due Presidi Ospedalieri, contemporaneamente alla riorganizzazione dipartimentale ha realizzato interventi strutturali di grande portata, che hanno determinato una trasformazione radicale del Presidio Ospedaliero Fidenza – San Secondo Parmense. Lo stabilimento ospedaliero di San Secondo Parmense è stato trasformato, da ospedale generale medico – chirurgico di zona, a struttura medico – riabilitativa, organicamente inserita nel Dipartimento di Medicina Generale e Riabilitativa, costituito a livello di Presidio Ospedaliero.

Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo

L'obiettivo perseguito nel 2005 relativo all'aumento quantitativo della produttività rispetto al 2004, con incremento del peso della casistica, è stato raggiunto attraverso un insieme complesso ed integrato di azioni che interessano tutti i Dipartimenti:

Dipartimento delle Chirurgie

- Completamento dell'organico di Chirurgia Generale con nomina del nuovo direttore di struttura;
- Potenziamento del comparto operatorio, con incremento delle sedute, con incremento dell'attività operatoria del 7% attraverso l'abbattimento delle liste di attesa chirurgiche per prestazioni critiche in ambito ortopedico ed oncologico con il dimezzamento dei tempi di attesa, passando da 24 a 12 mesi;
- Implementazione da giugno 2005, delle prestazioni di parto in analgesia.

Dipartimento delle Medicine

- Razionalizzazione organizzativa del Servizio aziendale di Nutrizione artificiale domiciliare;
- Percorsi di integrazione con l'attività dell'Hospice territoriale.

Lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva

Nel 2005 si è attuato il completamento della L.D.P.A.-R.E. presso lo stabilimento ospedaliero di S. Secondo Parmense, passando da 25 a 40 posti letto, dedicati a pazienti con patologie post-acute internistiche ed a pazienti sia di area medica che di area chirurgica, necessitanti di trattamento di riabilitazione estensiva. Si sono sviluppate sia la funzione ambulatoriale (cardiologia, senologia, endoscopia digestiva, chirurgia, urologia oltre che di riabilitazione e logopedia), che la funzione diagnostica (radiologia tradizionale e mammografica, la diagnostica endoscopica e gastroenterologica, il laboratorio di ecografia diagnostica vascolare, cardiologica e internistica).

Dipartimento Emergenza - Urgenza

- Sviluppo di percorsi integrati con le Unità Operative di cardiologia e di cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, finalizzato, nello specifico, alla riduzione della mobilità passiva;
- Ridefinizione della logistica e dell'organizzazione anche attraverso l'implementazione dell'équipe del Pronto Soccorso con medici abilitati all'emergenza territoriale.

Unità Operativa di Diagnostica per Immagini

Progetto integrato aziendale di sviluppo e miglioramento della funzione, attraverso il coinvolgimento dei due presidi ospedalieri aziendali, con collegamento in teleradiologia e consegna immagini su supporto digitale (CD rom).

Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro Revisione dell'Assetto Dipartimentale

Nel 2005 è stata approfondita la nuova organizzazione delle funzioni per macro area medica e chirurgica. In particolare sono state identificate alcune aree di intervento:

- elaborazione dati di spesa per centro di costo con periodicità trimestrale;
- uso appropriato della pratica emo-trasfusionale;
- adesione alle iniziative, di politica del farmaco in particolare relativamente alla fornitura diretta dei farmaci alla dimissione.
- utilizzo della scheda di monitoraggio delle dimissioni protette.

Conferma ed implementazione dei servizi esistenti

- E' stata completata l'attuazione della funzione distrettuale di telecardiologia, che prevede la trasmissione

dell'e.c.g. e della relativa registrazione tra tutte e 9 le strutture protette del Distretto ed il settore cardiologia dell'U.O. di Medicina Interna.

- Completamento dell' integrazione del Day – Service nella costituenda rete provinciale;
- Implementazione dell'ambulatorio di Pneumologia;
- Implementazione della funzione di riabilitazione;
- Riduzione dei tempi di attesa della chirurgia protesica articolare con predisposizione di lista di attesa informatizzata per i pazienti candidati all'intervento di endoprotesi di anca e di ginocchio è alimentata dal personale di Direzione Sanitaria e gestito dal personale dell'U.O. di Ortopedia;
- Implementazione dell'attività chirurgica del tunnel carpal in regime ambulatoriale;
- Aumento dell'attività svolta con la tecnica video – laparoscopica.

Realizzazione di nuovi servizi

- Attivazione della funzione ambulatoriale di ecografia specialistica epatica e di ecocolordoppler vascolare;
- Collaborazione alla gestione clinica dei pazienti dell'Hospice e gestione delle urgenze dello stesso;
- Realizzazione di una nuova pratica di pre-deposito per le auto-emo-trasfusioni per la riduzione del rischio clinico;
- Attivazione di una funzione ambulatoriale specialistica dedicata alla patologia del piede;
- Gestione del rischio clinico in Ostetricia attraverso la realizzazione di un programma di incident reporting;
- Realizzazione della pratica di parto analgesia in collaborazione con le Unità Operative di Ginecologia/Ostetricia e Anestesia;
- Adesione al programma provinciale per la donazione del sangue del cordone ombelicale;
- Iniziata la pratica della fototerapia per neonati itterici;
- Protocollo di utilizzo del collegamento di teleradiologia tra le Unità Operative di Radiologia di Borgo Val di Taro e Fidenza;
- Estensione all'Unità Operativa di Ostetricia/Ginecologia della gestione informatizzata delle liste di attesa dei ricoveri programmati.

Accordi interaziendali

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma

L'accordo di fornitura triennale 2005/2007 ha definito e precisato le strategie comuni di medio termine. Gli obiettivi:

- promuovere l'appropriatezza d'uso dei servizi ed efficacia delle cure, sia in termini di ricovero che di durata di degenza;
- migliorare la qualità degli interventi;
- sviluppare un sistema ospedaliero integrato;
- inserire l'intervento ospedaliero in un contesto opera-

tivo di rete tra strutture provinciali e regionali (secondo il modello regionale hub and spoke) e con i servizi territoriali;

- ricondurre i 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.

In particolare per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera l'accordo mira principalmente al recupero della mobilità sanitaria passiva, per interventi di neurochirurgia, protesi d'anca, Cardiocirurgia e Cardiologia interventistica, DRG oncologici ed ostetrici e alla ulteriore riduzione dei ricoveri in regime ordinario e in day hospital individuati come potenzialmente inappropriati rispetto alla scelta del regime assistenziale. Relativamente all'assistenza specialistica forte attenzione è stata prestata all'incremento di attività per le prestazioni critiche in termini di tempi di attesa. Per tutte le Aree oggetto di accordo si è infine provveduto a costituire un gruppo di lavoro interaziendale per il monitoraggio delle attività.

Università degli Studi di Parma

Le principali convenzioni realizzate riguardano:

- prevenzione dell'ambliopia con l'Istituto di Oftalmologia;
- attivazione di posti aggiuntivi per la scuola di specializzazione in Pediatria e in Ortopedia e Traumatologia;
- acquisizione di prestazioni di laboratorio non svolte dai laboratori aziendali (determinazione di anticorpi antipoliomielitici e anticorpi antitetano);
- utilizzazione di una Unità Operativa complessa di Chirurgia Generale presso il P.O. Fidenza San Secondo per attività essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca.

L'Azienda USL di Piacenza

Nel corso del 2005 è stato siglato l'accordo tra Azienda USL di Piacenza (Presidio Ospedaliero di Fiorenzuola) per l'integrazione funzionale con il Presidio Ospedaliero di Fidenza, finalizzato a:

- potenziare la funzionalità dei Presidi Ospedalieri a favore dei residenti nei bacini di popolazione di pertinenza nel quadro delle potenzialità di offerta proprie dei due Presidi Ospedalieri interessati;
- potenziare l'offerta quali-quantitativa all'utenza per ridurre la mobilità passiva extraregionale;
- definire percorsi clinici ai fini della continuità e completezza assistenziale.

Percorsi per l'Accreditamento e la Qualità

Sono stati individuati alcuni ambiti di intervento prioritario per i quali si è sperimentato un modello di approccio esportabile anche ad altre attività.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica

Si è arrivati alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un percorso discusso ed approvato in sede di Comitato di Dipartimento che ha previsto le seguenti fasi:

- individuazione e ridefinizione dei prodotti/prestazioni con metodi di registrazione delle attività;
- definizione delle caratteristiche di qualità di ciascun prodotto;
- definizione degli standard da garantire;
- definizione di procedure per alcune attività, rilevanti e significative, per le quali esistono già prassi consolidate nei servizi;
- revisione delle procedure esistenti e loro validazione;
- individuazione delle modalità più efficaci per la valutazione;
- definizione degli indicatori per la verifica e audit sulla applicazione e sulla efficacia delle procedure;
- formazione del personale del Dipartimento sul percorso dell'Accreditamento e sui principi omogenei e condivisi della Qualità.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Per poter arrivare agli audit per l'accreditamento dell'Area Salute Mentale Adulti del DSM sono stati avviati ed espletati i seguenti percorsi:

- verifica e aggiornamento delle procedure esistenti in tutte le articolazioni della Salute Mentale Adulti;
- costituzione e supervisione di "gruppi di miglioramento della qualità" in tutte le Unità Operative;
- revisione degli assetti organizzativi non ancora rispondenti ai requisiti richiesti;
- programmazione delle attività di formazione in materia di qualità e accreditamento;
- stesura della documentazione necessaria alle migliori organizzative del DSM (protocolli operativi di integrazione con altri Servizi, documenti inerenti i Programmi Psicopatologici Integrati, ecc);
- organizzazione di audit preliminari;
- espletamento delle prassi operative per l'accreditamento.

Il Presidio Ospedaliero di Fidenza

Nell'AUSL di Parma viene promosso un processo di riorganizzazione delle funzioni di governo e di produzione, nell'ambito del quale si colloca la revisione organizzativa delle funzioni sanitarie ed amministrative del Presidio Ospedaliero di Fidenza, cogliendo l'occasione offerta dall'avvio del processo che condurrà all'accreditamento istituzionale. Si è avviata una collaborazione con la Direzione Sanitaria e di Presidio per la realizzazione delle condizioni ed il conseguimento dei requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale. Allo stato attuale, le direzioni interessate (Sanitaria ed Amministrativa) hanno

lavorato al progetto, con l'obiettivo di ridefinire l'assetto organizzativo della struttura, nel complessivo quadro aziendale. Al fine di arrivare ad una visione orientata al risultato, al lavoro per processi ed all'integrazione con altre figure professionali, all'appropriatezza delle procedure e delle risorse utilizzate, sia per gli aspetti qualitativi che quantitativi, sono state avviate iniziative che hanno coinvolto i dirigenti e le équipes. E' stato individuato un percorso di analisi e di progettazione in grado di supportare nel processo riorganizzativo in corso i cambiamenti proposti e di individuare modalità operative coerenti con gli obiettivi di miglioramento. Il modello regionale di accreditamento ha fornito la guida per l'approccio sistemico ai problemi della gestione e del governo delle interfacce fra i processi produttivi e quelli di supporto. Il metodo utilizzato è stato quello della formazione - azione, legando fortemente il percorso all'attività realizzata/attesa e tendendo a dare all'iniziativa la concretezza e gli elementi di interesse necessari a motivare i partecipanti. E' stato realizzato un corso di formazione che ha permesso di condividere linguaggio e "attrezzi operativi" tra la linea di produzione e le strutture amministrative e di supporto, in una logica di Pianificazione - Comunicazione - Realizzazione controllata - Valutazione - Assestamento.

L'applicazione della Legge Regionale 34/98

La nostra Azienda, ancor prima dell'accreditamento, è soggetta alla applicazione della Legge Regionale 34/98 relativa alla autorizzazione delle strutture sanitarie. Le problematiche relative all'applicazione di tale legge sono correlate alla grande dispersione ed alla numerosità delle strutture aziendali sul territorio. Inoltre le relazioni intercorrenti tra i "Datori di Lavoro" aziendali e i loro delegati, le commissioni per l'autorizzazione, il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e il Servizio Attività Tecniche non favoriscono certamente una omogeneità territoriale, garanzia di qualità. Nasce, pertanto, l'esigenza di un confronto costruttivo tra le parti interessate per definire in modo chiaro i percorsi e i requisiti necessari in modo da rendere più facile l'applicazione su tutto il territorio di criteri condivisi. Si è previsto pertanto, di:

- rivalutare per ciascun distretto lo "stato dell'arte" relativo alle autorizzazioni, 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;
- rivedere e definire, in accordo con le commissioni, le procedure operative per il rilascio delle autorizzazioni, definendo i criteri tecnici ove questi non siano sufficientemente chiari a livello legislativo.

La prevenzione individuale Le visite mediche 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 del 10% 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.

Visite collegiali domiciliari effettuate:

Parma 216

Fidenza 298

Sud-Est 180

Valli TC 85

Totale 779

Tab.6 Attività Commissioni Invalidi Civili. Anno 2005

Numero invalidità riconosciute Anno 2005					
Pari al 100%			Indennità di frequenza	Totale	Domande non evase e archiviate ^b
Senza accomp.	Con accomp.				
	< 65 anni	> 65 anni			
2.101	472	2.845	145	8.665	891

a: n. medio di giorni che intercorrono fra la data di registrazione in entrata della richiesta e quella della visita

b: per rinuncia, decesso ecc

Le attività vaccinali

I principali obiettivi sono:

- mantenimento delle coperture per le vaccinazioni obbligatorie dell' infanzia sup. al 98%;
- consolidamento delle coperture per alcune vaccinazioni facoltative dell' infanzia con valori pari al 97% per pertosse e haemophilus;
- prosecuzione del piano morbillo con conclusione della 2° fase del recupero suscettibili sup. al 90%;
- 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 anche attraverso iniziative formative ripetute in tutti i distretti inerenti sia l'influenza umana sia l'influenza aviaria (per l'emergenza dovuta alla influenza aviaria sono state definite le azioni necessarie per affrontare un eventuale focolaio: formazione operatori, contratto di fornitura con ENIA, procedure). Per favorire la copertura si è svolta anche una campagna informativa per la popolazione. Sono state acquistate 100.000 dosi di vaccino di cui il 60% distribuito ai MMG. Si è ottenuto un consistente aumento delle coperture vaccinali per tutte le categorie a rischio, ed in particolare per gli ultrasessantacinquenni si è superata la percentuale del 70% (più 8% rispetto al 2004).

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 dal 1997 ed anche nella nostra realtà è ormai arrivato al quarto round di chiamata. I risultati raggiunti sono soddisfacenti, in quanto la percentuale di adesione si è attestata al 65% in entrambi i programmi. Gli indicatori indiretti 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. I prossimi obiettivi, una volta consolidata l'adesione, sono ora volti ad ottimizzare gli aspetti di "contorno", il cui risultato determinerà anche un miglioramento della qualità sia dell'organizzazione dei programmi che degli indicatori indispensabili per la valutazione di processo. Si tratta quindi di implementare e completare il supporto informatico ed il sistema informativo, di affinare gli aspetti organizzativo-gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e di potenziare il ritorno comunicativo nei confronti della popolazione.

Dal Marzo 2005 l'offerta si è ampliata con l'avvio del programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto (ricerca del sangue occulto delle feci). Nell'affrontare questo nuovo impegno, oltre a sfruttare l'esperienza già maturata, si sono scelte alcune modalità di approccio che differenziano in maniera importante l'attività:

- l'interaziendalità: tutto il programma viene gestito in maniera coordinata dalle due Aziende (USL e Ospedaliero-Universitaria) attraverso un gruppo di progetto che vede la presenza di professionisti qualificati e motivati;
- Il ruolo degli Enti Locali e del Volontariato: sono stati coinvolti per la distribuzione e il ritiro del test, in modo da poter coprire in maniera capillare il territorio ed offrire un servizio migliore alla popolazione.

La prevenzione collettiva

Lavoro sicuro

La peculiarità del territorio provinciale, dove sono numerose le grandi opere in via di realizzazione (TAV, metropolitana, Autostrada A15 della Cisa, raddoppio della linea ferroviaria Pontremolese), comporta necessariamente da parte dei servizi PSAL un impegno maggiore sul versante della sicurezza dei cantieri, anche sperimentando nuove forme di collaborazione e di potenziamento reciproco tra soggetti istituzionali e parti sociali. Ne sono esempi il protocollo d'intesa sul "Controllo delle Opere" dell'Autostrada A15 e quello sulla "Qualità degli Appalti Pubblici". Se le grandi opere e l'edilizia tradizionale costituiscono una priorità, lo sforzo dei Servizi va orientato però anche ad altri comparti dove i rischi sono più gravi e diffusi, come l'agricoltura, ma in particolare va destinato a fronteggiare, nuove ed emergenti problematiche che rischiano di ridurre i livelli di salute e sicurezza e che sono espressione dei rapidi e profondi cambiamenti

intervenuti nel mondo del lavoro, quali i nuovi contratti di lavoro atipici, il progressivo incremento della mano d'opera straniera, la progressiva destrutturazione dell'impresa, sempre più a carattere parcellizzato. Si impone quindi una nuova strategia di intervento: la ricerca del confronto e della condivisione tra enti, istituzioni, parti sociali ed associazioni di professionisti, da coinvolgere per raggiungere risultati su un obiettivo comune. Fondamentale è la promozione della nuova cultura europea della prevenzione da parte del sistema imprese che va perseguita implementando l'attività di assistenza nei confronti di tutti i soggetti coinvolti nel processo; strategiche saranno le azioni di formazione/informazione verso le componenti della Scuola e dell'Università, insegnanti e studenti, futuri cittadini – lavoratori.

Aria pulita

Il Servizio Igiene Pubblica fornisce un supporto ai Comuni e alla Provincia nella valutazione degli impatti sulla popolazione derivanti dalla presenza di cicli produttivi caratterizzati dal rilascio ambientale di sostanze di interesse sanitario. All'interno della procedura di VIA (Valutazione di Impatto Ambientale) il Servizio ha analizzato i progetti di un impianto di produzione cementi a Sorbolo, particolarmente osteggiato dai residenti nell'area. Le proposte di contenimento delle emissioni di polveri, avanzate dal Servizio, sono state sostanzialmente accolte all'interno di un Accordo tra Comune e Azienda. Altri progetti ad alto impatto sul territorio, valutati dai Servizi di I.P.:

- Linea Ferroviaria Pontremolese
- Metropolitana di Parma
- Aziende soggette ad Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) da parte della Provincia (galvaniche, chimiche, vetrerie ecc).

L'attività distrettuale

L'attività distrettuale aziendale, distribuita su tutto il territorio provinciale, vede riconfermare il sempre maggior coinvolgimento della medicina generale nella partecipazione al conseguimento degli obiettivi aziendali, nell'organizzazione delle cure primarie, nelle attività distrettuali, con particolare riferimento ai nuclei delle cure primarie, che costituiscono i moduli organizzativi della rete clinica distrettuale, volti ad assicurare l'erogazione dell'assistenza primaria. Il medico assume un ruolo di primo piano nel nuovo assetto organizzativo aziendale e costituisce punto di riferimento per il cittadino ed interfaccia tra questo e il servizio sanitario. In provincia sono presenti 129 punti di accesso alla prenotazione con una distribuzione capillare (45 comuni su 47): si tratta di strutture dell'Azienda Usl, punti di Accoglienza dell'Azienda Ospedaliera e punti esterni presso Farmacie, Comuni, Associazioni e Medici di Medicina Generale. Questa rete include anche 16 punti di sportello unico di-

strettuale che consentono all'utenza di poter accedere alla principali funzioni delle Cure Primarie (Iscrizione al SSN, Scelta e revoca del medico, Esenzioni, Assistenza all'estero, Prenotazioni, Ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa).

L'Accordo locale con i Medici di Medicina Generale

Nell'ambito delle Cure Primarie è stato siglato l'accordo locale valido per il triennio 2005/2007, tra l'Azienda e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale – FIMMG e SNAMI. E' un accordo particolarmente importante, in quanto vi è una comunanza di obiettivi tra l'Azienda e i Medici di Medicina Generale su ciò che è salute e rete dei servizi offerti alla popolazione. L'accordo è un valido presupposto, per dare una svolta innovativa all'area della medicina generale, senza mai mettere in discussione il rapporto di fiducia che lega medico e paziente e il diritto di libera scelta. Le azioni e gli obiettivi messi in campo offrono un'occasione in più per i cittadini, posti al centro del sistema sanitario e guidati dal proprio medico nell'accesso alle diverse prestazioni. Queste le parole chiave dell'accordo:

- lavoro in rete: tra i Medici, tramite le differenti forme dell'associazionismo e con i servizi dell'Azienda, per garantire continuità assistenziale all'utente e facilitarlo nell'accesso alle diverse prestazioni offerte, con particolare riferimento alla medicina di gruppo;
- appropriatezza: nell'assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica di laboratorio, nell'utilizzo dell'ospedale e nella prescrizione dei farmaci;
- qualificazione della Medicina Generale: con l'attivazione di programmi di monitoraggio clinico di pazienti in terapia anticoagulante orale, con malattia diabetica, l'adesione al progetto regionale SOLE di informatizzazione e messa in rete degli operatori sanitari, finalizzata sia al confronto tra professionisti che all'agevolazione della trasmissione della documentazione sanitaria. Attenzione è rivolta anche all'applicazione del protocollo interaziendale – AUSL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – sulle dimissioni difficili, con particolare riferimento al rafforzamento dell'integrazione tra i professionisti ospedalieri e le figure coinvolte nell'assistenza domiciliare del paziente. Alla definizione di tale protocollo hanno dato un contributo attivo e prezioso anche alcuni 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; 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.

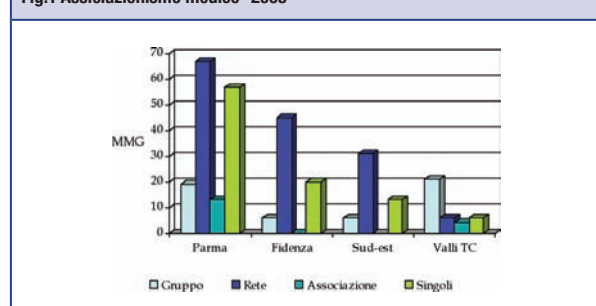
Alcuni dati:

Alla data del 31.12. 2005 n° 221/ 314 medici di medicina generale operano in forma associata e di questi il 23,53% (pari a 52 medici) risulta associata in medicina di gruppo, mentre preponderante è la presenza della forma associativa in rete (67,43%). Al fine di sostenere lo sviluppo della medicina di gruppo l'Azienda Usl mette 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.

L'Assistenza domiciliare

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.

Fig.1 Associazionismo medico- 2005



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 , purchè 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 ri-

durare 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.

Call Center pazienti oncologici Distretto di Parma

Nel 2005 è stata attivata una linea telefonica dedicata che si colloca all'interno di un più ampio processo di costruzione della rete delle cure palliative. Le famiglie e gli utenti già in carico ai Servizi Sanitari Territoriali possono telefonare per l'attivazione tempestiva delle figure sanitarie di riferimento nelle situazioni non programmate o semplicemente per un aiuto nelle situazioni di difficoltà.

L'Assistenza Protetica

Tab.7 Assistenza domiciliare: dati complessivi (dal 30/09/05 con proiezione al 31/12/05)

Distretto	Assistiti	Accessi
Parma	3.748	70.515
Fidenza	1.714	42.593
Sud-Est	1.684	43.668
Valli Taro Ceno	1.373	34.602
Totale	8.519	191.378

Per quanto riguarda l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OTLT), per pazienti con insufficienza respiratoria cronica, si è dimostrata un efficace strumento in grado di :

- aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- ridurre il numero di ricoveri e le giornate complessive di degenza.

Al fine di sensibilizzare i professionisti ad una prescrizione che rispetti specifici criteri di appropriatezza, è stato formalmente riproposto il protocollo per l' ammissione dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica all'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OTLT) a suo tempo condiviso tra specialisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Assistenza farmaceutica territoriale

Nel 1° semestre 2005 è stata istituita una apposita Commissione Aziendale per la politica del farmaco con l'obiettivo di promuovere interventi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in campo farmaceutico. La commissione, ha istituito al suo interno quattro gruppi di lavoro nei settori cardiovascolare, gastrointestinale, antiinfettivo e neurologico.

I gruppi sono costituiti dalle varie figure professionali

necessarie a promuovere integrazione e confronto sulle problematiche legate all'attività prescrittiva e a condividere la responsabilità delle prescrizioni tra Ospedale e Territorio. Ad integrazione è stato effettuato:

- il monitoraggio delle prescrizioni: nell'ambito della Farmacovigilanza è stato regolarmente inviato a tutti i Medici l'elenco dei principi attivi da sottoporre a monitoraggio intensivo, nonché l'opuscolo "Farmacovigilanza news" contenente note informative sull'utilizzo dei farmaci che hanno prodotto eventi avversi;
- farmacie del territorio: sono state effettuate delle azioni specifiche del Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale per quel che riguarda la gestione dei rapporti;
- politica degli acquisti: si è partecipato a tutte le attività dell'AVEN (Area Vasta Emilia Nord) e partecipazione allo studio di fattibilità della logistica centralizzata;
- formazione e informazione: miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'uso del farmaco;
- omogeneizzazione: su tutto il territorio della distribuzione diretta dei farmaci.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Per quel che attiene al governo delle liste di attesa, l'Azienda USL ha proseguito nel monitoraggio mensile dei tempi di attesa per il set di prestazioni definito a livello provinciale con le OO.SS. ed il monitoraggio secondo le indicazioni regionali e nazionali. Attenzione è stata posta anche rispetto alle azioni sulla domanda e l'accordo locale siglato tra l'AUSL e le rappresentanze Sindacali dei MMG prevede interventi finalizzati all'appropriatezza prescrittiva sia per quanto riguarda la assistenza specialistica ambulatoriale complessivamente intesa sia con riferimento alle prestazioni di laboratorio a più alto rischio di inappropriatezza. Sono state effettuate azioni sull'offerta, in particolare è stata potenziata l'offerta delle prestazioni con tempi di attesa critici sia all'interno dell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che con i Centri Privati Accreditati. A livello aziendale sono state affrontate alcune criticità in particolare il potenziamento di alcune prestazioni (allergologia, endocrinologia, oculistica, Risonanza Magnetica e Tac).

Area Socio Sanitaria

L'area disabili

Quest'area ha visto un sostanziale riavvio progettuale e di coordinamento nel corso del 2005. In particolare, sono state realizzate alcune azioni, ascrivibili ad obiettivi di miglioramento, specie sul piano del coordinamento e della messa in rete delle singole realtà distrettuali:

- costituzione di un tavolo tecnico aperto a tutti i soggetti della rete finalizzato alla valutazione della qualità degli interventi ed alla implementazione di una metodologia condivisa per la gestione dei programmi

riabilitativi individualizzati. In particolare il lavoro ha coinvolto tutte le Cooperative Sociali facenti capo al Consorzio di Solidarietà Sociale di Parma, giungendo ad accordi condivisi che rappresentano, a loro volta, la premessa per sviluppare ulteriormente il lavoro di qualificazione del lavoro di cura;

- rinnovo delle convenzioni con i soggetti gestori delle prestazioni e dei servizi alla persona residenziali e semiresidenziali facenti capo al Consorzio di Solidarietà Sociale di Parma, con l'obiettivo della contestuale omogeneizzazione, a livello provinciale, del rapporto fra prestazioni e costi delle rette;
- validazione di protocolli assistenziali integrati per l'inserimento al lavoro di persone disabili;
- attivazione di un gruppo di miglioramento della qualità dei percorsi di counselling, informazione e condivisione dei programmi riabilitativi individualizzati, dedicati ai familiari delle persone disabili;
- apertura della struttura residenziale per persone affette da sclerosi multipla, denominata Casa Scarzara;
- conclusione dei lavori di completa ristrutturazione del Centro per disabili gravi "Varese";
- designazione e concreta attivazione dell'equipe aziendale multiprofessionale, con lo scopo di fornire assistenza alle persone affette da gravi forme di disabilità acquisita in età adulta; i primi lavori hanno reso possibile una raccolta dati capace di descrivere la situazione di partenza.

Accesso ai servizi

L'Azienda USL di Parma è stata coinvolta in un progetto ministeriale "Strumenti operativi per una rete integrata di servizi sanitari e socio sanitari sul territorio", presentato al Ministero della Salute nell'ambito delle ricerche finalizzate, in collaborazione con numerose altre Aziende Sanitarie. L'obiettivo principale che il Progetto ha inteso sviluppare, è l'individuazione nella diversità dei modelli organizzativi già adottati dalle Regioni, alcuni principi e strumenti operativi comuni per lo sviluppo della rete dei servizi socio sanitari territoriali, sperimentando le stesse in alcune aziende sanitarie locali. L'Azienda sta svolgendo sperimentazioni sul proprio territorio circa alcuni degli strumenti e dei modelli identificati, con la raccolta finale dei dati e l'invio al coordinamento per le elaborazioni. Lo svolgimento di questa attività in aziende sanitarie con territorio diversi e appartenenti a regioni con modelli organizzativi e gestionali diversificati, permetterà una valutazione più approfondita sulla praticabilità ed efficacia dei modelli proposti, oltre che sulla confrontabilità dei risultati prodotti. Con questa attività ed alla luce delle informazioni raccolte, verranno scelti i modelli e gli strumenti più funzionali agli scopi previsti e applicabili ai propri contesti per le sperimentazioni sul campo, i cui risultati saranno forniti nei modi e nei tempi previsti, al coordinamento della ricerca.

Aree del disagio

L'istituzione del Coordinamento aziendale delle Prestazioni Socio Sanitarie ha consentito l'avvio di un percorso di riordino e di integrazione degli interventi sanitari e socio assistenziali, in particolare per le aree di maggior disagio (salute mentale, dipendenze patologiche). In questo quadro è proseguito il processo di superamento delle Comunità psichiatriche che erano state allestite nella fase di chiusura dell'ospedale psichiatrico e la trasformazione di queste strutture, a prevalente connotazione sanitaria, in appartamenti a maggior connotazione socio-assistenziale. All'interno di questa progettualità hanno avuto un significativo sviluppo nel corso dell'anno, i progetti individualizzati affidati a compagini sociali accreditate, presso il Dipartimento di Salute Mentale e il Programma Dipendenze Patologiche, che si articolano sui tre assi della residenzialità, dell'integrazione al lavoro e dell'integrazione sociale.

Tossicodipendenze

Nel corso dell'anno il Programma Dipendenze Patologiche ha perseguito azioni essenzialmente su tre linee di intervento: il consolidamento dell'assetto organizzativo, la qualificazione e differenziazione della risposta clinica, l'integrazione sociale e sanitaria degli interventi. Specificamente, nell'ambito della qualificazione e differenziazione della risposta clinica, si è lavorato per l'apertura, 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 e per l'attuazione dei protocolli di collaborazione fra Programma Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale con particolare riguardo a:

- gestione centralizzata degli invii di pazienti in doppia diagnosi presso "Villa Maria Luigia" di Monticelli;
- formazione comune sulla gestione della casistica in doppia diagnosi;
- prosecuzione degli interventi di prevenzione del disagio scolastico in collaborazione con l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e la Facoltà di Psicologia;
- consolidamento degli interventi dedicati alle famiglie e dei gruppi di auto-aiuto attraverso la caratterizzazione in senso interdipartimentale della attività di terapia familiare aperta nel 2004 in Via Spalato;
- collaborazione alla definizione e gestione del nuovo protocollo con il Pronto Soccorso Ospedaliero di Parma per le tematiche comuni nell'area della emergenza-urgenza;
- realizzazione di attività di ricerca e formazione in servizio interdipartimentali, anche attraverso la valorizzazione della risorsa costituita dal Centro Studi per le Farmacotossicodipendenze, con particolare riguardo ai temi delle nuove droghe e all'allestimento di percorsi integrati di counselling fra DSM e SERT rivolti ad adolescenti e giovani adulti.

Altra importante area di intervento è rappresentata dal-

l'avvio del percorso di accreditamento interno per i programmi di trattamento con farmaci sostitutivi e dei protocolli di invio, accompagnamento e verifica nei percorsi riabilitativi in Comunità terapeutica.

Carcere

La articolazione operativa della AUSL presente in carcere "Equipe Carcere" si rivolge principalmente alla assistenza di pazienti alcoltossicodipendenti detenuti. Risponde ad una popolazione detenuta presso gli Istituti Penitenziari di Parma, composta per il 70% da cittadini italiani e da cittadini stranieri 30%, 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;
- inquadramento e sostegno psicologico;
- cura della tossicodipendenza attraverso la presa in carico sanitaria medica e psichiatrica;
- definizione di un programma di cura e riabilitazione dalla tossicodipendenza, da svolgere all'interno degli Istituti o all'esterno, in regime di affidamento o attraverso altri Istituti previsti per legge.

Per il raggiungimento e completamento delle attività nel 2005 si sono sviluppate azioni di cura e assistenza in relazione terapeuta-paziente o in relazione terapeuta gruppo. Si sono sviluppate importanti collaborazioni sia con il Servizio Infettivologico Psichiatrico della Sanità Penitenziaria, che con il Privato Sociale di settore (Betania, CEIS, Casa Lodesana, Alcolisti Anonimi). Tutti i detenuti segnalati vengono visitati; con tempi di attesa che non superano i 3 giorni; nel 2005 sono stati visitati 184 nuovi pazienti e ne sono stati presi in carico 120.

Dimissioni protette

Le dimissioni protette, in particolare quelle rivolte ad anziani "fragili", presentano ancora oggi residue difficoltà. Per evidenziare e correggere tali criticità l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Azienda USL ed una rappresentanza di MMG hanno organizzato, un percorso formativo, finalizzato a riordinare ed affrontare le criticità, tenendo conto delle disponibilità offerte dalla rete dei servizi territoriali. E' stato rivisto il protocollo guida sottoscritto dalle Aziende Sanitarie di Parma e dal Comune di Parma per consentirne una conoscenza diffusa e capillare alle Università Operative ospedaliere ed ai Servizi. Cinque gruppi tecnici hanno suddiviso la materia per aree tematiche specifiche evidenziando punti di forza e di debolezza ed ipotesi di intervento. Le criticità alla dimissione sono ancora particolarmente sentite per quanto concerne l'altra azienda sanitaria; meno rilevanti sono apparse quelle relative agli altri due presidi ospedalieri della provincia (Fidenza e Borgo Val di Taro). In particolare è stata valorizzata la formula di "case mana-

gement" presente all'ospedale di Fidenza, quale interfaccia proattiva alla corretta applicazione dei protocolli di dimissione verso la rete dei servizi domiciliari distrettuali.

Il piano sangue: iniziative per l'appropriatezza dei consumi

Il sistema trasfusionale provinciale è governato dall'Unità Operativa di Immunoematologia e Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che costituisce il Centro Hub della provincia di Parma, che, in base alla propria popolazione residente (poco più di 400.000 abitanti), si avvale di un unico Servizio Trasfusionale. La riduzione dei consumi di sangue ed emoderivati è stata individuata come obiettivo da perseguire nei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Parma; il progetto prevede iniziative formative rivolte ai medici ed operatori sanitari, l'introduzione di un nuovo protocollo per l'uso della scorta emoteca, dotazioni supplementari di sangue.

Le reti cliniche

Programma Aziendale di Geriatria Territoriale

Nella realtà di Parma si assiste ad un progressivo e costante aggravamento delle condizioni di disabilità e ad una crescente complessità del quadro sanitario delle persone accolte nelle strutture (con particolare riguardo alle demenze), testimoniata dai risultati della classificazione.

Tab.8 Classificazione percentuale per gruppi - anni 2004/2006

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	20,30	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

Gruppo A: soggetti con grave disturbo comportamentale
 Gruppo B: soggetti con elevato bisogno sanitario e correlato elevato bisogno assistenziale
 Gruppo C: soggetti con disabilità di grado severo

Gruppo D: soggetti con disabilità di grado moderato
 In questo quadro, nell'anno 2005, è divenuto operativo il Programma Aziendale di Geriatria Territoriale che focalizza il proprio intervento sui bisogni assistenziali in area territoriale. Esso 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.

Il Progetto Demenze senili

L'Azienda USL ha attivato nel marzo 2005 il Programma Aziendale Demenze sviluppa la promozione ed il coordinamento delle azioni finalizzate a garantire la piena realizzazione degli obiettivi previsti dalla D.G.R.2581/99. E' stato inoltre istituito un gruppo di lavoro formato da professionisti dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, coordinato dal responsabile del Programma, che ha provveduto alla elaborazione di un documento in cui sono stati esplicitati gli obiettivi, le azioni e le modalità operative da mettere in campo per offrire un sistema integrato di risposte ai bisogni sanitari e socio-assistenziali. Tra le prime azioni si sottolinea il riesame della convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per attività di consulenza finalizzata all'operatività del consultorio per le demenze del Distretto di Parma.

Le cure palliative

Nel 2005 si è pienamente sviluppata l'attività dell'Hospice di Fidenza e l'integrazione fra la gestione della struttura con i Medici di Medicina Generale di Fidenza, ed è proseguito lo sviluppo dell'Hospice di Borgo Taro. È avvenuta l'attivazione dell'Hospice di Langhirano, mentre rimangono da attivare i posti in Hospice previsti presso la Casa di Cura Piccole Figlie a Parma. Nell'ambito di tali iniziative vanno sottolineate le seguenti azioni: percorsi formativi del personale infermieristico sia sul territorio che con esperienze esterne, rapporto instaurato con il Centro Oncologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, momenti pubblici per presentare nel territorio le strutture.

Le reti cliniche integrate per le patologie croniche

Nell'ottica della costruzione di reti cliniche integrate sia

a livello intradistrettuale che tra ospedale e territorio, all'interno dell'Accordo Locale tra l'Azienda USL e le rappresentanze sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG e SNAMI per il triennio 2005/2007, è prevista l'attivazione di monitoraggio clinico e di conseguente presa in carico di pazienti affetti da malattie croniche da parte di medici. Le progettualità concorrono a:

- migliorare la diagnosi precoce, l'assistenza di base e specialistica;
- migliorare la qualità del trattamento;
- ridurre per i pazienti i disagi causati dai frequenti accessi presso i centri specialistici anche distanti dai luoghi di residenza;
- promuovere l'educazione sanitaria del paziente affetto da malattia cronica;
- liberare risorse professionali per consulenze specialistiche in casi di gestione complessa.

Due i programmi di gestione integrata previsti:

- La gestione integrata dei pazienti in terapia anticoagulante orale tramite il collegamento informatico tra l'ambulatorio del medico di medicina generale ed il centro specialistico di riferimento per la definizione periodica dell'indice INR e la conseguente prescrizione terapeutica.
- La gestione integrata del paziente affetto da malattia diabetica tipo 2 non complicata, in coerenza con le Linee Guida Regionali del 2003. Tale gestione prevede la presa in carico ed il follow up del paziente diabetico nell'ambulatorio del MMG aderente, tramite controlli periodici programmati, anche ematochimici. Una volta all'anno è previsto l'invio del paziente alla struttura diabetologica di riferimento per una valutazione complessiva del caso clinico.

Nel corso del secondo semestre 2005 si è provveduto a presentare il protocollo operativo a livello di tutti i Distretti, raccogliere le adesioni dei Medici di Medicina Generale, avviare la formazione dei medici sulla gestione integrata di questi pazienti, acquisire tramite gara aziendale il materiale d'uso per i medici.

Le reti cliniche pediatriche

Congiuntamente con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato elaborato, il Progetto "Miglioramento e sviluppo delle reti cliniche pediatriche" per l'interazione e l'integrazione organizzativa e funzionale tra le due aziende sanitarie dell'attività di pediatria dell'AUSL di Parma nel Presidio Ospedaliero di Fidenza, nell'ambito del miglioramento delle reti cliniche in pediatria.

L'attività cardiologica provinciale

Le due Aziende Sanitarie della provincia di Parma, in concomitanza con l'elaborazione del Piano Attuativo Locale, e per l'implementazione del documento di programmazione, hanno concordato di individuare un progetto comune di sviluppo sia delle reti cliniche che

cardiologiche, da porre in capo rispetto alle previsioni di indirizzo e di governo complessivo, al Comitato Cardiologico provinciale con una responsabilità unitaria tra le due Aziende. La funzione di Coordinamento congiunta intende assicurare il raccordo ed il collegamento fra le strutture che espletano attività in ambito cardiologico ambulatoriale nelle due Aziende, l'avvio e l'implementazione del Progetto IMA (infarto miocardico acuto), il consolidamento della collaborazione ed il miglioramento dei percorsi tra le Unità Operative di degenza della rete ospedaliera cardiologia provinciale, nell'ambito del modello Hub and Spoke, che ha visto la concreta attivazione di consulenze cardiocirurgiche periodiche e programmate da parte dell'Unità Operativa di Cardiocirurgia presso quella di Cardiologia dello stabilimento dell'Ospedale di Fidenza.

Le problematiche emergenti Il "Programma salute immigrati"

Ha il compito di coordinare le attività sanitarie dell'Azienda rivolte ai cittadini stranieri, di organizzare la formazione degli operatori e di individuare i percorsi assistenziali in collaborazione con le altre istituzioni sanitarie e sociali per favorire l'accesso alla rete integrata dei servizi del territorio. In particolare, per i cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno o che hanno difficoltà linguistiche e culturali ad accedere alla rete dei servizi sono attive unità operative dedicate (spazi immigrati) che svolgono funzione di prima accoglienza, assistenza orientamento alla rete dei servizi aziendali e alla creazione di percorsi facilitati in collaborazione con l'azienda ospedaliera nonché attività di prevenzione e di osservatorio delle patologie emergenti. Gli utenti in carico allo "Spazio di Parma attivo dal 1998 sono 5.645 di cui nuovi 1.353 in prevalenza donne. Le attività sanitarie comprendono:

- attività assistenziali;
- attività cliniche: visite di medicina generale, ostetriche e ginecologiche, pediatriche;
- attività di prevenzione: vaccinazioni, screening delle patologie emergenti, malattie sessualmente trasmesse, lo screening neuromotorio per i bambini da 0 a 2 anni, orientamento per screening ai tumori dell'utero, della mammella e del colon-retto, attività di educazione sanitaria attraverso gruppi multietnici e monoetnici sulle problematiche emergenti e di preparazione alla nascita.

Per quanto riguarda l'integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria si segnala, tra l'altro, l'organizzazione di percorsi formativi comuni sull'utilizzo della mediazione culturale nell'assistenza in gravidanza e sulle tematiche dello svezzamento e delle abitudini alimentari dei bambini stranieri. La mediazione culturale prevede l'offerta di interpretariato a supporto dell'attività clinica, l'intervento nei gruppi di educazione sanitaria, di consulenza per i casi particolarmente complessi a causa della differenza culturale, di accompagnamento nella rete dei

servizi e di traduzione di materiale informativo. Le attività a supporto dell'integrazione sociale consistono essenzialmente nella collaborazione a progetti con le altre istituzioni cittadine con le associazioni di volontariato e con le associazioni degli immigrati presenti sul territorio (recupero delle donne indotte alla prostituzione, prevenzione dell'IVG, abbandono scolastico, rifugiati e richiedenti asilo).

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". 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. La prospettiva è quella di giungere, nel corso del 2006, alla definizione di un vero e proprio piano per la salute dedicato al mondo giovanile che integri, al proprio interno, un disegno di riorganizzazione degli interventi professionali, organizzativi, di tutela e promozione sociale, dell'AUSL e degli Enti locali.

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

Il sistema informativo

Nel corso del 2004-2005 sono state messe in atto attività di consolidamento rispetto alla rilevazione, gestione e validazione delle informazioni dei vari sistemi informativi a valenza interna e regionale sia attraverso l'utilizzo delle procedure informatiche sia attraverso azioni formative finalizzate alla corretta rilevazione delle informazioni. Tale processo è andato nella direzione di una rilevazione puntuale dell'attività e quindi in una traduzione sempre più tempestiva della domanda di salute della popolazione in momenti di programmazione dell'offerta e delle attività dei servizi. In particolare si è operato in piena integrazione con le richieste informative regionali rispetto ai vari ambiti di attività erogata. Uno sviluppo specifico, che segue una linea operativa già tracciata a livello aziendale, riguarda le azioni messe in campo sui sistemi informativi ed informatici per facilitare l'acces-

sibilità dei cittadini alle strutture sanitarie e alle prestazioni. Si collocano in questa direttrice il consolidamento della rete informatizzata dei punti di prenotazione e lo sportello unico distrettuale, l'attivazione di un sito Web per l'accesso ai principali servizi di sportello, la gestione informatizzata dei nuovi servizi attivati (Hospice, Day Service, ecc.).

L'Area Vasta e la politica degli acquisti

Nell'aprile 2004 tra le Aziende Sanitarie e Ospedaliere Universitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena è stata costituita l'Associazione denominata AREA VASTA EMILIA NORD (AVEN) con il compito di svolgere attività a favore degli associati. L'Azienda USL di Parma ha partecipato sia alla fase di progettazione che nella fase successiva di adesione operativa alla:

- predisposizione del documento programmazione gare e di un regolamento generale sul funzionamento dell'AVEN;
- creazione di un sito AVEN e di una area Intranet;
- definizione di un progetto di logistica centralizzata del materiale sanitario;
- espletamento di gare per l'acquisizione di farmaci e dispositivi medici.

Il sistema Assicurativo e la riduzione dei conflitti

L'Azienda si è dotata di idonea copertura assicurativa per le diverse tipologie di rischio (RCT, furto, infortuni, incendio, kasko, RCA) legate alla propria attività istituzionale e di idonea consulenza assicurativa per identificare e quantificare i rischi da assicurare. Inoltre, nell'ambito di una crescente diffusione della cultura del rischio, ritenendo fondamentale adottare soluzioni non solo di carattere amministrativo (acquisto polizza) ha realizzato nel corso del 2005 un software che consente di fotografare in maniera completa la globalità dei propri rischi (sia come medical malpractice sia derivanti da responsabilità civile in generale), monitorando costantemente e dettagliatamente tutti i sinistri che si verificano, classificandoli per tipologia di rischio e relativa polizza, al fine di adottare strategie di minimizzazione della loro incidenza e di innalzamento della qualità delle prestazioni. L'obiettivo finale di tale progetto aziendale è di giungere alla registrazione di tutti i sinistri legati alla responsabilità civile verso terzi a partire dal 1994, anno di costituzione dell'Azienda USL di Parma, in quanto la conoscenza dell'andamento storico della propria sinistrosità è un risultato strategico importante che costituisce il punto di partenza per poter scegliere le soluzioni più convenienti nell'ambito di una cosciente attività di risk management. Nell'ambito del programma di gestione del rischio clinico, l'Azienda ha aderito al progetto ministeriale "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie", il cui obiettivo è di ristabilire rapporti fiduciari

tra i pazienti e/o i familiari dei pazienti e gli operatori sanitari e tra gli operatori sanitari e l'Azienda in caso di conflitti. Il consolidamento di una tendenza, presente nella pressoché totalità delle Aziende sanitarie, ad esternalizzare i servizi di supporto all'attività sanitaria, ha reso strategico il tema della "qualità e della sicurezza" dei servizi esternalizzati, che è stato assunto quale elemento fondante dei diversi rapporti contrattuali in atto. L'attivazione, nel corso dell'anno 2004, del nuovo Ospedale di Fidenza è stata l'occasione per costruire e concretizzare, nell'anno 2005, un sistema di verifica dello standard di prodotto relativo ai servizi esternalizzati, che prevede anche un sistema sanzionatorio dei disservizi riscontrati, graduato in relazione alla gravità delle violazioni.

Le integrazioni e le sinergie con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

L'aspetto principale è stata la realizzazione del trasferimento delle attività di laboratorio svolte dall'Azienda nel Polo di Via Pintor presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Sono stati inoltre organizzati incontri periodici per analizzare temi di interesse comuni quali:

- le strategie di investimento nelle tecnologie;
- tecnologie informatiche di rete (riorganizzazione e completamento dell'informatizzazione delle attività ambulatoriali, avvio del sistema informativo per la gestione in rete di attività di diagnostica radiologica e del sistema di gestione e archiviazione delle immagini radiologiche Pacs Ris).

La gestione dei laboratori e la riqualificazione di un nodo strategico dell'Azienda "Il Pintor"

Ha preso il via la ristrutturazione del polo sanitario "Parma ovest", meglio conosciuto come "il Pintor". I lavori iniziati i primi di novembre del 2005 permetteranno di realizzare entro tre anni, una versione "moderna" del polo sanitario, dove i percorsi interni - dall'accoglienza, alla presa in carico, alle prestazioni di specialistica - sono assicurate nel rispetto delle più recenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria territoriale e di sicurezza, con apparecchiature rinnovate, in spazi migliorati e resi più confortevoli dai nuovi arredi (palestra per attività di preparazione al parto, nuove apparecchiature digitalizzate, percorsi specialistici integrati, detti day service).

La politica del personale e lo sviluppo organizzativo

Una prima importante scelta della direzione generale è stata quella di definire un nuovo assetto organizzativo delle funzioni tecnico-amministrative per dare anzitutto risposta alla necessità di consolidamento e sviluppo delle principali finalità dell'azienda; è emersa infatti la

necessità di adeguare l'organizzazione aziendale e riorientare le modalità operative per dare migliore risposta agli impegni di carattere programmatico e di attuazione della programmazione regionale e locale. Attraverso la modifica dell'atto aziendale sono state individuate aggregazioni omogenee con le quali si intende fornire maggiore dinamicità a settori strategici dell'azienda ed in particolare perseguire i criteri di sviluppo del governo clinico, dell'area del governo economico-finanziario e di miglioramento complessivo delle attività socio-sanitarie. Particolare impegno specifico è stato posto nella valorizzazione della partecipazione dei professionisti all'individuazione delle linee strategiche dell'Azienda, 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, di elevata qualità tecnica e fondati sulle relazioni tra professionisti e tra professionisti e cittadini. In via generale tale partecipazione si è distinta in relazione alle scelte di carattere programmatico, di carattere generale - gestionale, di carattere tecnico. A livello programmatico e gestionale generale, l'apporto dei professionisti si materializza nel confronto e nella condivisione dei documenti di programmazione aziendale. In tale ambito il Collegio di Direzione ha esaminato le linee di programmazione per l'anno 2005 e l'elaborazione del Piano Attuativo Locale (PAL). A livello tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata nell'ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell'attività aziendale e a realizzare il governo clinico, quale ad esempio, la Commissione aziendale per la politica del farmaco, il Comitato etico aziendale. In aggiunta diversi gruppi di professionisti sono stati costituiti per elaborare linee di indirizzo aziendale su temi connessi alle priorità individuate negli atti di programmazione (assistenza protesica, assistenza odontoiatrica, diabete).

I Dipartimenti Intraospedalieri

I Dipartimenti intraospedalieri nel Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro sono stati ridefiniti secondo il modello delle aree funzionali omogenee, di medicina e di chirurgia, al fine di rendere più coerente l'organizzazione sia rispetto alla complessità delle funzioni presenti in ogni dipartimento, sia rispetto all'organizzazione dipartimentale dell'altro Presidio Ospedaliero costituito dall'Azienda. In quest'ultimo presidio ospedaliero, dove l'organizzazione dipartimentale prevedeva già i dipartimenti di medicina e di chirurgia, oltre al dipartimento orientato alla risorsa critica di emergenza - urgenza, è stato ulteriormente implementato il percorso di realizzazione delle condizioni preliminari alla attribuzione dei budget di dipartimento. E' stata realizzata una reportistica trimestrale finalizzata alla valutazione delle attività, anche in termini di "fatturato virtuale", e dei costi di produzione. Questo sistema sarà esteso anche al Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro, essendo stata realiz-

zata la necessaria premessa dell'omogeneizzazione organizzativa.

Le Organizzazioni Sindacali Confederali

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 oltretutto 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.

La Contrattazione integrativa

È stato siglato l'accordo integrativo del comparto – parte economica – che interessa circa 1800 lavoratori della nostra Azienda nel rispetto degli indirizzi regionali sulla contrattazione integrativa. Nelle sue linee generali, il nuovo accordo non prevede solo riconoscimenti economici e avanzamenti professionali, ma anche impegno dell'Azienda verso obiettivi di formazione, di sviluppo delle capacità e delle competenze dell'organizzazione

aziendale nei suoi diversi ruoli. L'intesa delinea un equilibrato sistema di valorizzazione delle professionalità degli operatori e rappresenta uno stimolo alla loro attiva partecipazione ai processi di innovazione relativi ad attività già in cantiere (accreditamento, definizione del P.A.L., da realizzare con una attività formativa specifica. L'Azienda, al fine di supportare e garantire il processo di dipartimentalizzazione sia territoriale che ospedaliero, ha raggiunto con le Organizzazioni sindacali sia dell'Area Comparto sia della Dirigenza, importanti Accordi rispetto alla valorizzazione delle professionalità e dei ruoli di responsabilità presenti nelle diverse unità operative. Per l'Area dirigenziale, sono state individuate le funzioni Dirigenziali di struttura semplice/modulo e quelle di elevata specializzazione. Gli incarichi individuati vanno a completare l'assetto dipartimentale con la declinazione di compiti e responsabilità specifici, necessari per la piena operatività ed autonomia richiesta ai dipartimenti; a questo va ad aggiungersi il riconoscimento di particolari specializzazioni, utili ad esprimere tutte le potenzialità professionali presenti. Per l'Area Comparto è prevista la valorizzazione delle funzioni di Coordinamento e il completamento dell'assetto degli incarichi di Posizione Organizzativa che passano da 37 a circa 60, e con il completamento dell'individuazione degli incarichi di Coordinamento delle unità operative sanitarie. Nel definire le nuove Posizioni organizzative si è posta una attenzione particolare al riconoscimento della professionalità acquisita da personale amministrativo per il pieno sviluppo dei quadri intermedi a cui vengono affidati precisi ambiti di responsabilità all'interno dei Dipartimenti Amministrativi. Sempre per l'Area Comparto è stato raggiunto l'accordo per applicare l'indennità domiciliare ai servizi psichiatrici ed è stato siglato l'accordo per la regolamentazione della libera professione intramuraria per il personale del comparto.

La formazione come progetto di innovazione

L'anno 2005 è stato caratterizzato da un grande investimento della formazione aziendale sullo sviluppo delle competenze di progettazione rigorose e coerenti con le indicazioni ministeriali e regionali, potenziando nel contempo l'aspetto culturale insito nel progetto di Educazione Continua in Medicina. Ampio spazio è stato dedicato alla conoscenza e/o apprendimento dei sistemi di Governo Clinico, per consentire ai professionisti, attraverso l'acquisizione delle modalità di ricerca "on line" e 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. Si sono intrapresi percorsi formativi a lungo termine, che hanno inteso privilegiare la formazione sul campo, in quanto di maggior impatto ai fini della crescita professionale. Particolare attenzione è stata dedicata alla formazione sull'integrazione dei servizi territoriali attraverso il dialogo continuo fra i Dipartimenti, i Presidi Ospedalieri. E' stata realizzata una

formazione a tutto campo, attraverso cioè la coesistenza di momenti di aggiornamento esterni, di eventi interni, di audit di Unità Operativa, di molteplici sollecitazioni alla elaborazione ed implementazione di protocolli diagnostico – terapeutici ed organizzativi; questi ultimi parte integrante del percorso di accreditamento intrapreso dal DSM e dal Presidio Ospedaliero di Fidenza. Notevole incremento per numero di eventi residenziali. È stato definito il “Gruppo tecnico multiprofessionale” delegato dal Collegio di Direzione (introducendo la figura del metodologo, per orientare la progettazione agli obiettivi aziendali) sottolineando che la programmazione della formazione aziendale è materia da sottoporre alla discussione e all’approvazione del Collegio stesso. Per quel che attiene l’Educazione Continua in Medicina (ECM) tutto il personale delle Sezioni ha partecipato a corsi di formazione che ha consentito l’acquisizione dei crediti richiesti per l’anno 2005.

Un nido aziendale

L’Azienda ha partecipato attivamente al progetto per l’istituzione di un nido d’infanzia aziendale tra il Comune di Parma e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. E’ stato stipulato un contratto di acquisizione di diritto di superficie per la cooperazione fra enti nello sviluppo di strutture servizi educativi, per consentire la partecipazione al progetto per l’istituzione del nido d’infanzia. E’ stato stabilito il finanziamento dell’intervento per la parte relativa all’Azienda, quantificandolo in Euro 266.000, che verrà finanziata con elargizioni finalizzate da Enti e/o privati.

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.

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. La modifica dell'Atto aziendale approvata con deliberazione n. 723 del 28/12/2004 è stata orientata, pur in attesa degli indirizzi regionali per adeguare l'Atto aziendale alle previsioni della L.R. 29/2004, a favorire ed orientare la partecipazione dei professionisti alle scelte aziendali con la previsione di aree specifiche di governo (clinico, economico-finanziario e delle prestazioni sociosanitarie) e l'individuazione di una direzione strategica per dotarsi di modalità decisionali che accrescano la unitarietà aziendale e la partecipazione alle scelte fondamentali dell'Azienda. 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, di carattere generale - gestionale, 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 2005, allegate al bilancio di previsione per l'esercizio 2005 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. Nel 2005 l'impegno più rilevante dal punto di vista programmatico è stata l'elaborazione del Piano Attuativo Locale (PAL). Su mandato della Con-

ferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno dato vita ad un percorso di elaborazione e di condivisione del PAL che ha visto la costituzione di 26 gruppi di lavoro, composti da professionisti delle due Aziende e di altre aziende della regione, per approfondire le aree tematiche individuate sulla base di specifici mandati delle Direzioni Sanitarie. Inoltre sono stati organizzati nel corso del 2005 diversi momenti di incontro allargati ai professionisti operanti nelle aree tematiche interessate per acquisire osservazioni e proposte sui documenti elaborati. Per la diffusione della conoscenza del PAL ed al fine di assicurare la partecipazione dei professionisti anche alla gestione operativa delle scelte programmatiche, con le Organizzazioni Sindacali del Comparto, in sede di accordo integrativo aziendale siglato nel novembre 2005, è stato definito di realizzare percorsi di formazione specifici rivolti a tutto il personale 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 o su attività di settore suscettibili di rivestire un interesse di generale o trasversale. 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 2005 il Collegio si è riunito per 9 volte ed ha affrontato temi inerenti:

- la programmazione aziendale (l'illustrazione della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29: "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", il piano delle azioni 2005 e il suo andamento, lo stato di elaborazione del Piano Attuativo Locale, il Protocollo di intesa con l'Ospedale di Fiorenzuola, la programmazione dei servizi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana, servizi per anziani);
- l'organizzazione aziendale (il progetto di riorganizzazione delle attività del laboratorio di Via Pintor, la riorganizzazione dello Stabilimento Ospedaliero di S. Secondo, il Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale, la riorganizzazione del Settore Formazione Aziendale, l'istituzione del Dipartimento materno-infantile, la riorganizzazione dipartimentale del Presidio Ospedaliero di Borgotaro, la riorganizzazione del pronto soccorso nel Presidio Ospedaliero di Fidenza, la presentazione dei servizi di supporto all'attività sanitaria gestiti da un soggetto esterno);

- l'avvio di progetti di qualificazione (Accordo locale per il triennio 2005/2007 siglato con le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG e SNAMI, l'assistenza specialistica ambulatoriale, (offerta, tempi di attesa e progetto di deburocratizzazione), il percorso di accreditamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, la presentazione di procedure del Servizio Veterinario, la funzione di pediatria nel Presidio Ospedaliero di Fidenza, il progetto "anziano fragile" Distretto Sud-Est, il programma di geriatria territoriale, analisi delle attività e prospettive del Comitato etico, l'avvio delle attività di Audit civico);

- lo sviluppo organizzativo e le politiche del personale (i criteri per l'individuazione delle strutture semplici, programmi di integrazione interaziendale – sistema informativo e ingegneria clinica, il progetto di revisione delle procedure di acquisto di beni e servizi, il Piano della formazione 2005, l'accordo per la partecipazione all'attività libero professionale del personale del comparto).

A livello tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata sia 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 la istituzione della Commissione aziendale per la politica del farmaco con l'obiettivo di favorire e migliorare l'appropriatezza nell'uso dei farmaci sulla base delle più recenti evidenze scientifiche. I compiti della Commissione, della quale fanno parte specialisti ospedalieri, Medici di Medicina Generale e farmacisti, sono l'analisi e la valutazione dei dati di prescrizione a livello aziendale nonché l'identificazione delle problematiche sulle quali intervenire attraverso specifici programmi e percorsi che integrino l'attività clinica e la farmacologia. Nell'ambito della Commissione sono poi stati istituiti gruppi di lavoro con professionisti di diverse aree sulle categorie di farmaci di maggior impatto sulle prescrizioni. Nel corso del 2005, inoltre, è stato ricostituito il Comitato Etico Aziendale, 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 2005 il Comitato si è riunito 6 volte ed ha esaminato, oltre alle richieste di autorizzazione a nuove sperimentazioni (n. 3), documenti sullo stato di sperimentazioni già avviate ed ha affrontato temi di carattere generale e di grande rilevanza quali le problematiche legate all'accanimento terapeutico. 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:

- linee guida per l'assistenza protesica e integrativa ed il monitoraggio della spesa per tale tipologia di assistenza;
- assistenza odontoiatrica. È stato costituito un gruppo

di lavoro interaziendale al fine di elaborare linee guida, protocolli e proposte operative condivise dalle due Aziende Sanitarie pubbliche di Parma, finalizzate ad uniformare l'applicazione delle nuove norme in materia di assistenza odontoiatrica nella provincia; l'organismo ha prodotto linee guida destinate ai dipendenti e pubblicizzate all'utenza ed ha elaborato proposte in materia di acquisizione di manufatti protesici odontoiatrici;

- Day Service. Sono stati costituiti un gruppo aziendale incaricato del governo complessivo e sottogruppi per aree tematiche finalizzati a sviluppare argomenti specifici, per realizzare l'integrazione/coordinamento delle attività di assistenza ambulatoriale in regime di Day Service;
- alte tecnologie diagnostiche. È stata promossa la costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale per le prospettive di utilizzo/sviluppo delle "alte tecnologie";
- assistenza gravidanza fisiologica. È stato approvato il progetto di assistenza alla gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica; il programma operativo prevede il coinvolgimento delle componenti professionali, con la presentazione a tutti gli operatori delle Sezioni Salute Donna e dei Punti nascita e la condivisione con i referenti dei Nuclei di Cure Primarie, nonché un percorso condiviso di continuità assistenziale ostetrica con la Clinica Ostetrica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma;
- diabete. È stata costituita una Commissione provinciale con la funzione di monitorare l'applicazione delle linee guida e di garantire uniformità di applicazione in ambito provinciale della gestione integrata del Diabete Mellito;
- Programma Leggieri. Sono stati costituiti un gruppo di lavoro aziendale e singoli gruppi di lavoro distrettuali finalizzati a sostenere e monitorare le azioni di sviluppo del processo d'integrazione tra i Medici di Medicina Generale e i Dipartimenti Salute Mentale e tra il sistema delle cure primarie e il sistema della salute mentale nell'ambito del Programma Regionale Giuseppe Leggieri;
- revisione delle linee guida aziendali di contabilità analitica, definizione di reportistica predefinita diversificata per i livelli di responsabilità aziendale ed individuazione, sperimentazione e messa a punto di indicatori di monitoraggio dell'attività svolte.

Gestione del rischio e della sicurezza

La sicurezza 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. L'integrazione tra i settori che si occupano della sicurezza degli operatori è sviluppata come Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, funzionalmente in Staff al Direttore Generale.

Valutazione dei rischi: la valutazione del rischio è intesa come un processo di miglioramento finalizzato alla riduzione efficace dei principali rischi presenti. Nel corso degli anni 2004/5 sono stati predisposti gli aggiornamenti ai

Documenti di Valutazione dei rischi per tutte le articolazioni aziendali (Distretti e Presidi Ospedalieri): tali documenti sono stati distribuiti ai Datori di Lavoro. Il criterio generale che ha guidato la predisposizione della valutazione dei rischi è stato inteso come “approccio globale al rischio”, inteso a standardizzare l’approccio alla valutazione e le azioni conseguenti, fra cui riveste un ruolo strategico la definizione degli interventi di bonifica. Fra gli argomenti di rischio affrontati grande rilievo è stato dato alla valutazione del rischio biologico e chimico. In corso la valutazione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti (MMP): la valutazione vuole individuare e quantificare il rischio presente, inteso quale indispensabile supporto per l’attività del Medico Competente e degli Uffici Infermieristici, al fine di una efficace ed efficiente gestione del personale addetto all’assistenza. Il processo di miglioramento sarà caratterizzato anche dall’acquisto di arredi, attrezzature ed ausili idonei per effettuare in sicurezza la movimentazione dei pazienti. Nella scelta di nuovi arredi e attrezzature dovranno essere considerate sia l’esigenza di sicurezza dell’operatore, sia la qualità dell’assistenza fornita e l’empowerment del paziente.

Gestione del rischio e sicurezza: dall’analisi dei dati degli infortuni occorsi al personale dipendente relativi all’anno 2004 si evidenzia, relativamente all’intera Azienda, un aumento degli infortuni - (93 infortuni nel 2004 contro gli 82 nel 2003) - accompagnato tuttavia da una considerevole diminuzione delle giornate lavorative perse: 2.242 gg. lavorative perse nel 2004 contro le 2.657 gg. lavorative perse nel 2003. Numericamente nel 2004 si sono verificati 93 infortuni contro gli 82 del 2003, con una diminuzione della durata media di 8,3 giorni (durata media 32,4 giorni / 2003 – 24,1 giorni / 2004).

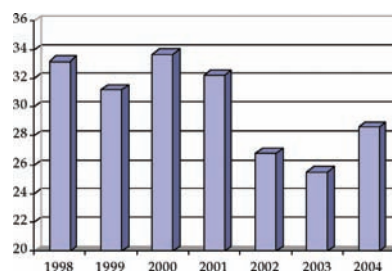
Analizzando i dati rispetto alle Articolazione Aziendale (Distretto di Parma – Sud Est – Borgotaro – Fidenza, P.O. Fidenza, P.O. Borgotaro, Direzione Generale), si evidenzia quanto segue:

Articolazione Aziendale	N. addetti	Infortuni anno 2004	GG. assenza anno 2004	Infortuni anno 2003	GG assenza anno 2003
Distretto Parma	722	40	1.101	26	969
P.O. Fidenza	543	14	283	23	1.080
Distretto di Fidenza	316	8	197	13	270
P.O. Borgotaro	191	13	184	10	138
Distretto Borgotaro	152	7	68	3	52
Distretto Sud-Est	198	6	204	7	148
Sede Centrale	226	5	205	0	0
Azienda	2.348	93	2.242	82	2.657

L’aumento degli infortuni è evidente anche nel confronto dell’Indice di Frequenza – IF = (numero di infortuni/Numero Ore lavorate) x 1.000.000 - che passa da 25,46 del 2003 a 28,48 nel 2004. Deve essere segnalata l’aumento del numero di dipendenti (2304 nel 2003 rispetto ai 2348 nel 2004), accompagnata dal conseguente aumento del-

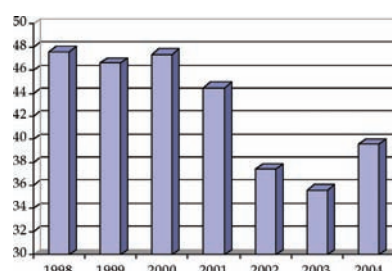
le ore lavorate.

Fig.1 Indice di frequenza degli infortuni



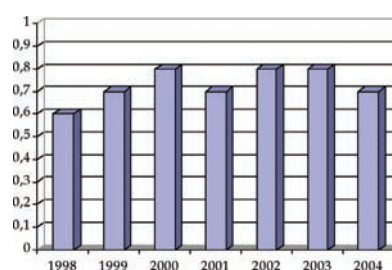
L’Indice di Incidenza – II = (numero di infortuni / numero di dipendenti) x 1.000 – passa da 35,6 nel 2003 a 39,6 nel 2004.

Fig.2 Indice di incidenza degli infortuni



L’Indice di Gravità – IG = (numero di giorni di assenza/numero di ore lavorate) x 1.000 – diminuisce lievemente: 0,82 nel 2003 e 0,7 nel 2004 ed è in linea con la diminuzione del numero di giornate lavorative perse, a causa degli infortuni. Ne deriva che, seppure gli infortuni siano aumentati come numero assoluto, è diminuita la loro gravità.

Fig.3 Indice di gravità degli infortuni



Gestione delle Emergenze

La gestione delle emergenze è particolarmente complessa per le strutture sia di grandi che di medie dimensioni, in particolare se interessate da attività sanitarie con posti letto o comunque frequentate da numerosi visitatori. Le strutture aziendali sono dotate di un piano d’emergenza, oggetto di periodici aggiornamenti a seguito degli interventi strutturali od organizzativi effettuati. Nel 2004 - 2005 sono stati completati i piani di emergenza nel 90% delle sedi aziendali, concordati con i Distretti (la programmazione del restante 10% delle sedi aziendali è stata con-

certata con i Direttori di Distretto per l'anno 2006 – trattasi di sedi di modeste dimensioni); inoltre il SPPA ha predisposto i piani di emergenza per il Presidio Ospedaliero di Fidenza e San Secondo ed il Polo Sanitario di Langhirano, con la conseguente pianificazione e gestione della formazione. Inoltre 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.

Tab.1 Corsi antincendio effettuati

	Corsi da 8 ore (docenza a carico SPPA)	Corsi da 16 ore (docenza a carico VV.FF)
Anno 2004	n.4 corsi da 25 operatori	n.3 corsi da 27 operatori
Anno 2005	n.4 corsi da 25 operatori	n.2 corsi da 27 operatori

L'obiettivo formativo è raggiungere il 70% di personale formato sulla prevenzione e lotta antincendio e sul piano d'emergenza entro il 2007. Sono state effettuate, inoltre, le seguenti iniziative di formazione:

- Incontri informativi sulle procedure d'emergenza specifiche, relative alla struttura di appartenenza (P.O. di Fidenza e Distretto di Fidenza – sede di Vaio, Ospedale di San Secondo, Polo di Langhirano, Centri Disabili del Distretto di Parma);
- Corso di formazione per l'uso di DPI per emergenza SARS;
- Corso di formazione e simulazione emergenza NBC;
- Corso di formazione per tutte le attività che comportano impiego di Radiazioni ionizzanti.

Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

La Direzione nel corso dell'anno ha avviato diversi progetti di riorganizzazione dei servizi di assistenza, sia in situazioni di ricovero, che in assistenza domiciliare, ponendo quale elemento fondante il rapporto e l'integrazione fra le diverse professionalità coinvolte nel processo terapeutico assistenziale, principalmente dell'area medica e di quella infermieristica, assumendo quale principio la piena valorizzazione nonché lo sviluppo delle rispettive competenze.

Aree e progetti a direzione Infermieristica-Ostetricia

In alcune strutture, specificatamente hospice e lungodegenza, sono state avviate importanti sperimentazioni di Direzione Infermieristica, in altri contesti è stata assegnata la responsabilità di progetti specifici a professionisti dell'area assistenziale.

Hospice: rappresenta un nodo della rete territoriale e ospedaliera delle cure palliative. L'attribuzione della responsabilità organizzativa degli hospice territoriali è affi-

data a personale infermieristico, sulla base di una chiara definizione dei percorsi di integrazione con l'ospedale, per l'accesso sia alle prestazioni cliniche ordinarie che a quelle dell'emergenza-urgenza.

Lungodegenza: in applicazione del DGR 1455/97 si sono applicati i principi dell'affidamento ad una direzione infermieristica dell'assistenza infermieristica e riabilitativa, orientata allo sviluppo del nursing. Nelle realtà a conduzione infermieristica il Coordinatore è responsabile del Governo assistenziale e gestionale dell'Unità Operativa. La responsabilità dell'attività svolta è attribuita in primis alle figure professionali. Ai professionisti non è esclusivamente richiesto di erogare prestazioni assistenziali ma di individuare strategie efficaci per rispondere in toto ai problemi degli assistiti.

Stomatoterapia: qualificazione dell'assistenza ai pazienti stomizzati a livello territoriale, affidando l'elaborazione del progetto aziendale ad un professionista infermiere.

Salute Donna Bambino: la definizione del percorso nascita ha permesso la valorizzazione e la razionalizzazione dei ruoli professionali impegnati nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, in particolare con il coinvolgimento dell'ostetrica per le gravidanze a basso rischio. L'integrazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria si è realizzata con l'istituzione di gruppi interaziendali, che hanno prodotto percorsi integrati e attivato raccordi nell'ambito di tutto il percorso nascita, in conformità con la legge 194.

Blocco Operatorio- P.O. Fidenza: l'accorpamento in un unico blocco operatorio di diverse branche specialistiche ha richiesto integrazione e interscambiabilità dei professionisti, nonché definizione dei percorsi assistenziali nell'ambito dei processi produttivi, attraverso l'elaborazione di protocolli e istruzioni operative.

Nutrizione artificiale domiciliare: qualificazione dell'assistenza ai pazienti in nutrizione artificiale domiciliare, verifica del processo e partecipazione attiva di professionisti infermieri al protocollo per la presa in carico dei casi in dimissione.

Pronto Soccorso: la ridefinizione organizzativa del Pronto Soccorso del P.O. di Fidenza ha permesso la collocazione dell'auto medica e della relativa équipe (medico e infermiere) in stretta contiguità al Pronto Soccorso e apertura di un ulteriore ambulatorio nel Pronto Soccorso stesso. Inoltre sono state implementate le procedure per la gestione delle emergenze nell'ambito del percorso di accreditamento istituzionale. Tale processo ha permesso una revisione organizzativa delle funzioni sanitarie e amministrative, nell'ambito di un progetto che investe attori interni ed esterni al Presidio, fra cui i Responsabili Infermieristici di Articolazione e di Dipartimento e il Servizio Infermieristico Aziendale.

Day Service: si integra nella rete provinciale delle funzioni diagnostiche complesse e un ruolo dominante, nell'ambito della realizzazione e razionalizzazione dei percorsi, è svolto dai professionisti infermieri. Gestione del Rischio Clinico: programma regionale di incident reporting rivolto alla madre e al neonato in fase di travaglio e di parto.

Programma Anziani : sono presenti a livello di ogni distretto i coordinatori sanitari, nonché infermieri, per tutta

l'area della residenzialità. È stato realizzato un percorso formativo rivolto a tutti gli operatori dell' Area anziani, interistituzionale finalizzato ad adeguare i processi, azioni, strumenti e nuovi bisogni emergenti nella popolazione alle normative emanate negli ultimi anni. Inoltre fra gli interventi finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale è stato attivato il progetto per la sperimentazione della metodica di valutazione e di gestione dei programmi assistenziali RUG, l'adozione di protocolli operativi relativi alla contenzione, lesioni da decubito, prevenzione delle infezioni e corretta gestione del farmaco. Ai Responsabili Infermieristici di Articolazione è affidata l'individuazione di strumenti e modalità organizzative e di governo clinico-assistenziale che assicurino un monitoraggio costante dell'andamento delle attività assistenziali, la realizzazione delle azioni previste e la conoscenza delle attività svolte, dei servizi resi e delle risorse impiegate al fine della valutazione e della programmazione. Ai Responsabili Infermieristici di Dipartimento Ospedaliero è affidata la sistematizzazione di programmi di formazione/aggiornamento e ricerca del personale infermieristico e tecnico e l'adozione di strumenti di governo clinico. Ai professionisti dell'area infermieristica e tecnica è stato affidato l'incarico aziendale, nell'ambito di precise reti cliniche integrate o programmi di qualificazione dell'assistenza, per l'implementazione degli strumenti di governo clinico-assistenziale, fra cui la formazione, l'elaborazione/implementazione di protocolli e procedure, audit clinico-assistenziale.

Rete dei Servizi Sanitari e Socio-Assistenziali: sviluppo di una programmazione unitaria (Piano Attuativo Locale, Piano Attività Territoriali e Piani di Zona) per tutte le aree coinvolte nella gestione degli interventi sanitari e socio-sanitari, con la costituzione di gruppi di lavoro i cui componenti sono rappresentati anche da professionisti dell'area infermieristica e tecnica. Gli obiettivi, oltre a quello di assicurare una programmazione integrata, sono rappresentati anche dall'ottimizzazione dei processi assistenziali integrati, dalla qualificazione dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Dipartimento di Sanità Pubblica: per ogni distretto sono stati nominati i referenti tecnici e infermieristici. Questo ha permesso di intraprendere uno specifico percorso con più finalità: revisione delle procedure esistenti e loro validazione, definizione degli indicatori per la verifica, audit sull'applicazione e sulla efficacia delle procedure, formazione del personale del Dipartimento sul percorso dell'accreditamento e sui principi omogenei e condivisi di qualità, interdipartimentale in particolare con il Dipartimento di Cure Primarie.

Dipartimento di Salute Mentale: la presenza e collaborazione del Responsabile Infermieristico di Dipartimento ha permesso l'espletamento di percorsi e attività che hanno portato agli audit per l'accreditamento dell'Area Salute Mentale Adulti, oltre che allo sviluppo di una funzione dipartimentale finalizzata a fornire un' offerta formativa rispondente quali-quantitativamente ai fabbisogni del personale di riferimento. All'interno di alcuni contesti operativi del DSM sono stati inseriti gli Operatori Socio Sanitari, figure di supporto assistenziale; il percorso di

inserimento ha determinato una revisione dei processi di lavoro in una logica di valorizzazione del ruolo e delle funzioni della figura infermieristica. Nell'ambito del DSM rientra il Programma Dipendenze Patologiche la cui responsabilità è affidata a personale infermieristico in particolare per favorire l'applicazione di protocolli e avvio di procedure operative comuni a livello aziendale.

Dipartimento di Cure Primarie: è fondamentale una responsabilizzazione riconosciuta nell'ambito del SIT per favorire uno sviluppo dei contenuti delle cure primarie, una ridefinizione degli ambiti del sistema di produzione delle cure primarie e un consolidamento dei percorsi integrati ospedale-territorio. In particolare è importante un consolidamento dei Nuclei di Cure Primarie che comprendano professionisti dell'area infermieristica, ostetrica e della riabilitazione al fine di garantire una rete clinico-assistenziale integrata multiprofessionale. La partecipazione dell'ostetrica ai NCP costituirà il raccordo fra il MMG e il servizio consultoriale attraverso l'invio e la presa in carico per definiti bisogni assistenziali.

Dialisi: messa in atto di soluzioni innovative tese a valorizzare il ruolo infermieristico e al contempo ad introdurre l'utilizzo di nuove figure professionali quali gli OSS.

Funzioni di Coordinamento: nell'ambito dello sviluppo organizzativo-gestionale si è proceduto alla mappatura delle attuali posizioni di coordinamento in tutte le articolazioni aziendali, nonché alla descrizione delle specifiche aree di responsabilità di ciascuna posizione. Per quanto riguarda le future posizioni di coordinamento è delineato il fabbisogno aziendale, ed esplicitati i percorsi di formazione e selezione per il conferimento degli incarichi.

Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Il sistema della valutazione, per quanto riguarda tutto il personale ed in particolar modo per la dirigenza, non ha quale fine ultimo la semplice produzione di una serie di giudizi sull'attività professionale dei singoli, ma rappresenta per l'Azienda una componente di tutto il complesso dell'articolazione organizzativa. Tutto il sistema della valutazione opera, infatti, in stretta connessione con la mappatura e definizione dei contenuti professionali degli incarichi, con la definizione chiara dei compiti e delle responsabilità lavorative, con la graduazione delle funzioni, con l'assegnazione di obiettivi gestionali e professionali; costituisce quindi parte integrante dell'assetto organizzativo aziendale. È con tale consapevolezza che, l'Azienda, in accordo con le Organizzazioni Sindacali, ha provveduto a completare la definizione dell'assetto organizzativo pervenendo ad una definizione delle funzioni dirigenziali presenti, ad identificare gli incarichi dirigenziali di struttura semplice e professionali conferibili, con particolare attenzione per l'area dei Servizi Sanitari, nonché a definire per questi ultimi le specifiche competenze. Il disegno di un nuovo assetto organizzativo si è reso necessario in conseguenza della rimodulazione dell'Atto aziendale

finalizzata al perseguimento di obiettivi ed indirizzi che orientano lo sviluppo delle funzioni dipartimentali territoriali ed ospedaliere. Sono stati riconosciuti, all'interno dell'organizzazione aziendale, quali incarichi di direzione di struttura semplice e professionali ad alta specializzazione quelli in cui fossero prevalenti:

- l'attività di sviluppo di competenze specialistiche innovative e complementari proprie dell'area disciplinare di riferimento;
- l'attività di sviluppo di competenze gestionali in struttura ad alta complessità organizzativa e/o tecnica;
- attività di sviluppo del governo clinico a supporto del processo di piena realizzazione dei dipartimenti.

Quale diretta conseguenza del completamento dell'assetto organizzativo e mappatura degli incarichi dirigenziali, sono state attivate da un lato le procedure selettive per il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Semplice e Professionali ad alta specializzazione di nuova istituzione e dall'altro le procedure di valutazione dei dirigenti con incarichi di struttura in riferimento alla scadenza dell'incarico. Tutta l'attività di valutazione nel corso dell'anno 2005 ha permesso:

- di avviare l'iter di verifica nei confronti dei dirigenti titolari di incarico Struttura Semplice e professionale ad elevata specializzazione in relazione alla scadenza dell'incarico ricoperto;
- di concludere l'iter di verifica per i dirigenti del ruolo sanitario che hanno maturato il diritto al passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività nel corso dell'anno precedente, nonché per i dirigenti del ruolo professionale tecnico ed amministrativo ai fini della integrazione della retribuzione parte variabile di cui art.11 c.3 del CCNL 98/01 biennio economico 2000/2001, secondo quanto riportato nella seguente tabella:

Area contrattuale	Dirigenti	Dirigenti per i quali si è concluso l'iter di valutazione	Dirigenti per i quali è stato avviato l'iter di valutazione
Dirigenti Medici	308	14	21
Dirigenti Veterinari	81	6	3
Dirigenti Sanitari	56	3	4
Dirigenti PTA	29	5	2
Totale	474	28	30

Nel corso del 2005 è stato coinvolto nel processo di valutazione circa il 12% del personale dirigente, nei casi in cui il procedimento ha avuto termine l'esito è stato mediamente positivo a fronte di una maggior spesa annua, correlata a tali procedimenti, pari ad € 132.500,00. Il processo di valutazione si articola in almeno due fasi, la prima delle quali è costituita da una valutazione, detta di 1^a istanza, espressa dal diretto responsabile del dirigente sottoposto a valutazione, il quale ha conoscenza diretta ed approfondita dell'attività del dirigente. Lo strumento valutativo, in questa fase, è costituito dalla scheda di valutazione che, per i dirigenti di struttura, prevede l'analisi, oltre che delle capacità professionali, anche di capacità di gestione ed organizzazione delle risorse assegnate. La seconda fase del processo di valutazione compe-

te al Collegio Tecnico, organismo che, avvalendosi del giudizio espresso in prima istanza, oltre che di eventuale documentazione prodotta dal dirigente valutato che può anche essere convocato per un colloquio, esprime il giudizio finale relativamente alle capacità professionali e gestionali del valutato, che costituirà condizione per l'eventuale rinnovo o revoca dell'incarico ricoperto. Il Collegio Tecnico è un organismo a composizione variabile, costituito di volta in volta in relazione al Dipartimento di afferenza del soggetto da valutare, la cui composizione è definimento aziendale.

Incentivazione e risultato

La valutazione annuale viene realizzata rispetto alla capacità del singolo di garantire il mantenimento delle prestazioni quali-quantitative effettuate dall'Unità Operativa di afferenza, a fronte della quale viene riconosciuto:

- al personale dirigente un acconto mensile sul saldo della retribuzione di risultato;
- al personale di area comparto una quota consolidata di incentivazione mensile.

Parallelamente all'attività di mantenimento si sviluppa l'attività per specifici obiettivi; questo sistema opera "ex ante" attraverso la definizione di progetti obiettivo, che discendono dal Piano delle Azioni Aziendale oppure sono individuati quali priorità aziendali, al raggiungimento dei quali partecipano i singoli; "ex post" avviene la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di progetto con conseguente erogazione di quote prefissate di incentivazione per il personale di area comparto e del saldo della retribuzione di risultato per il personale dirigente. Nei grafici di seguito riportati si indica come nell'anno 2005 rispetto ad un ammontare complessivo dei fondi contrattuali per l'area della dirigenza pari ad € 8.108.245 la quota destinata alla retribuzione del risultato incide per il 12%, mentre per i fondi contrattuali del personale di area comparto a fronte di un totale complessivo pari ad € 11.499.948 la quota destinata a retribuire la incentivazione alla produttività incide per il 22%:

Fig.4 Ripartizione fondi contrattuali - dirigenza

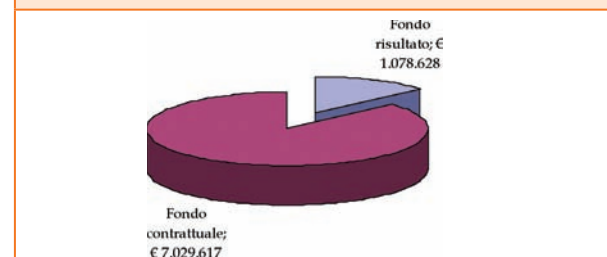
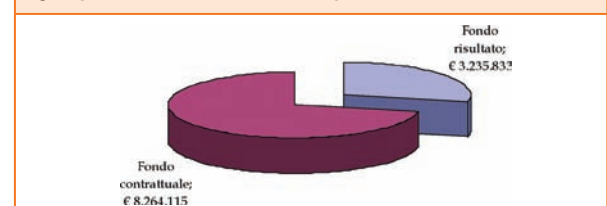
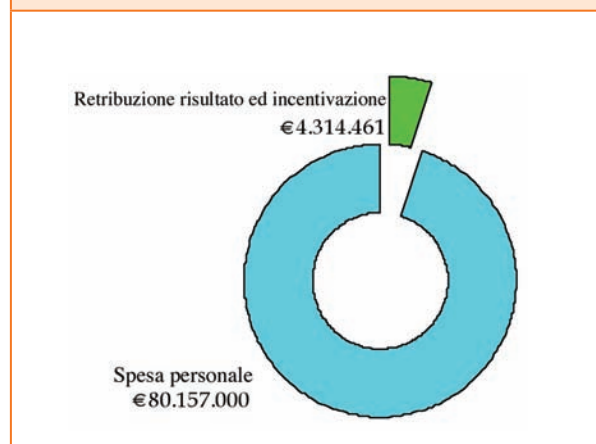


Fig.5 Ripartizione fondi contrattuali - comparto



Si rileva, inoltre, che la quota destinata a retribuire il risultato e l'incentivazione alla produttività del personale è pari al 5% del totale della spesa sostenuta per il personale nell'anno 2005:

Fig.6 Ripartizione spesa personale - anno 2005



La valutazione del raggiungimento degli obiettivi di progetto compete al Nucleo Interno di Valutazione, il quale, durante l'anno 2005, oltre a procedere alla valutazione degli obiettivi relativi all'anno 2004, ha provveduto ad una supervisione della corretta costruzione dei progetti obiettivo che l'Azienda si è posta per l'anno in corso, verificando che ciascun progetto prevedesse indicatori di risultato atti ad una reale misurazione del raggiungimento dello stesso.

Progressioni verticali ed orizzontali

L'apporto e l'attività del singolo per il personale di area comparto viene premiata con l'incentivazione alla produttività e attraverso altri meccanismi di riconoscimento quali la progressione orizzontale e verticale. La progressione verticale si configura quale strumento premiante a fronte dell'impegno e dell'attività profusi, ed in stretta connessione con un processo formativo che porti ad un accrescimento delle competenze/conoscenze del singolo. I processi di riqualificazione di personale appartiene a specifiche figure/profili professionali realizzati nel corso dell'anno, riassunti nella tabella di seguito riportata, hanno, pertanto, avuto nella formazione, incentrata sia su materie specifiche della professione sia, in maniera più ampia, sulla organizzazione aziendale, l'elemento qualificante della selezione stessa.

Corsi riqualificazione personale anno 2005

Tipologia posti messi a selezione	Numero di posti messi a selezione	Durata corso di formazione	Numero di unità personale ritenuti idonei
Operatore prof.le II cat. Infermiere generico cat.C	25	6 ore	23
Operatore Tecnico Specializzato cat.B Econom.Super	70	9 ore	52
Operatore Socio Sanitario cat.B liv. Econom.Super	25	140 ore	23

Nel corso del 2005 alcuni processi di rilevanza strategica per l'Azienda, quali il percorso di elaborazione del Piano Attuativo Locale e le prime fasi di accreditamento di strutture e servizi, hanno comportato un maggior impegno del personale ed un accrescimento di capacità e competenze riguardo all'organizzazione aziendale. Determinante per consentire all'Azienda di affrontare il maggior impegno richiesto dai processi di rilevanza strategica citati è stato considerato il personale con una più lunga anzianità di servizio, capace di garantire un apporto maggiore in termini di esperienza e conoscenza della realtà aziendale e del territorio e questo ha motivato il riconoscimento di una progressione economica orizzontale per questo personale.

Formazione

Il Piano Aziendale di Formazione ha costituito, anche per il 2005, il principale documento aziendale d'indirizzo per la programmazione di eventi formativi, contenendo sia tutte le azioni formative trasversali che affrontano le tematiche considerate strategiche per l'Azienda, sia le iniziative dei Distretti, Dipartimenti e Programmi. I percorsi formativi intrapresi dall'Azienda USL di Parma si sono sviluppati, nel contesto di una costruzione di un sistema favorevole allo scambio di informazione con il territorio provinciale, con riguardo alle collaborazioni ed integrazioni con la realtà istituzionale e del mondo del sociale. Il Piano, nella fase programmatica ha richiesto di privilegiare, come già in passato, l'organizzazione di eventi formativi residenziali, fatta salva la necessità di prevedere anche la frequenza a corsi esterni, in quanto finalizzati all'apprendimento di tecniche innovative e di nuovi modelli organizzativi, nonché al confronto con le altre realtà e diverse modalità operative e gestionali. Si è riusciti a confermare il trend ottimale degli anni precedenti tra l'acquisto di formazione interna ed esterna, confermata al 30%. Sicuramente positivo l'effetto formativo dell'evento sull'approccio alla "formazione sul campo" che ha contribuito alla diffusione di tale strumento formativo. Lo sforzo si è tradotto in 26 eventi che, nella quasi totalità, hanno prodotto linee guida o rivisitazione di protocolli aziendali, mentre sono stati organizzati 191 eventi residenziali. Il Piano è stato pienamente realizzato nel rispetto sia dei contenuti che del budget, e sono stati soddisfatti i crediti di tutte le figure professionali. Si allega la stima del grado di copertura dell'obbligo formativo ECM 2005. Ampio spazio è stato conferito alla conoscenza e/o all'apprendimento dei sistemi di governo clinico, così da consentire ai professionisti, attraverso l'acquisizione delle modalità di ricerca "on line" e 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 tecniche e professionali. Particolare attenzione è stata dedicata alla formazione sull'integrazione dei servizi territoriali (residenziali, semiresidenziali,

domiciliari, specialistica, cure palliative) attraverso il dialogo continuo fra i Dipartimenti e all'interno dei singoli Dipartimenti, gettando le basi per creare una rete di cure in cui competenza e capacità relazionale rappresentino un importante punto di forza ed indubbiamente grande valore aggiunto alle attività distrettuali, intraprendendo, nel contempo, con i Presidi Ospedalieri un dialogo improntato sulla formazione comune e sul confronto che faciliti lo sviluppo dell'integrazione fra il territorio ed i Dipartimenti Ospedalieri.

Tab.7 : copertura ECM per categorie professionali anno 2005

Professioni	Presenti in Azienda (a qualsiasi titolo)	da 15 a 30 crediti	oltre 30 crediti
Assistente sanitario	34	21	13
Biologo	6	5	1
Chimico	2	1	1
Educatore professionale	53	20	33
Farmacista	8	4	4
Fisioterapista	61	29	32
Infermiere	767	363	404
Logopedista	14	3	11
Medico chirurgo	297	113	184
Ortottista	1	1	-
Ostetrica/o	41	0	41
Psicologo	26	6	20
Tecnico prevenzione	55	20	35
Tecnico di neurofisiopatologia	4	4	-
Tecnico edu. riabilit. psic. e psicosoc.	2	2	-
Tecnico fisiopat. cardioc. perf. cardiov.	2	1	1
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	40	24	16
Tecnico sanitario di radiologia medica	47	26	19
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	2	2	-
Veterinario	54	13	41

Professioni	Convenzionati	da 15 a 30 crediti	oltre 30 crediti
Medici di medicina generale	317	83	234
Pediatrati di libera scelta	52	9	43
Specialisti	89	18	71
Guardie mediche	32	-	32

In particolare si sono realizzati eventi formativi che hanno interpretato ed integrato:

- l'evolversi dell'approccio alla politica europea in tema di sicurezza alimentare gli organi di vigilanza e dell'accreditamento della qualità;
- gli stili di vita (lotta al fumo, alimentazione sana, lotta all'uso di alcool e droghe).

La progettualità globale della Formazione a livello aziendale ha tenuto conto della normativa regionale oltre che per la formazione sul campo anche per la formazione in stage (guide di tirocinio nell'ambito dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e formazione in stage in Sala Operatoria e in Lungodegenza a conduzione infermieristica) nonché ha visto realizzate iniziative formative integrate con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ("Dimissioni Difficili: un percorso da sviluppare", "Le persone Anziane"). In linea con lo sviluppo professionale sono stati attivati e completati i percorsi di riqualifica del personale Operatore Tecnico Assistenziale in Operatore Socio Sanitario. Si è notevolmente intensificata l'attività con l'Università di Parma, vuoi per i corsi di laurea in infermieristica, che per i corsi di specializzazione medica e tutoraggio.

Sistema informativo del personale

Il fattore umano, inteso come risorsa, riveste all'interno del Sistema Sanitario un ruolo centrale ed anche il capitolo di spesa più elevato. Diviene pertanto essenziale sia per la direzione centrale, sia per i diversi livelli gestionali a livello decentrato, avere conoscenza approfondita e costante nel tempo, del maggior numero di dati riguardanti il personale sia dal versante numerico e dell'attività prestata, sia dal lato dei costi generali e delle specifiche voci variabili. Al fine pertanto di favorire una consapevole ed informata gestione del personale dipendente, l'Azienda ha inserito nel Piano delle azioni e realizzato, la messa in funzione di un sistema informativo circa i dati riferiti alle dotazioni organiche, alla presenza ed ai costi del personale.

Quale modalità operativa vengono elaborati report riguardanti :

- la dotazione organica nelle diverse articolazioni, dipartimenti, unità operative, suddivisa per qualifiche;
- l'elenco delle cessazioni programmate;
- un sistema mensile di rilevazione e verifica della fruizione ferie;
- il monitoraggio delle ore straordinarie;
- la spesa per l'utilizzo di guardie e reperibilità, il monitoraggio e la proiezione della spesa per i singoli Fondi contrattuali.

Con il supporto del Servizio informatico si è proceduto a fornire mensilmente, alle articolazioni aziendali, una serie di utility e di tabelle che offrono una rendicontazione analitica dei fattori sopra descritti, e per la Direzione un quadro riassuntivo di tali eventi. Circa i costi complessivi del personale, al fine di monitorare il rispetto delle spesa iscritta nel Bilancio di previsione, si è elaborato un sistema di proiezione delle diverse voci di spesa mensile che attraverso una specifica elaborazione forniscono il presunto costo annuale con una previsione al 31.12.

Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze

Nel corso del 2005 il dialogo tra l'Azienda e le organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori ha consolidato un elevato livello di intensità (n°. 30 incontri tra le delegazioni a livello centrale e decina tenuti in sede decentrata presso i presidi ospedalieri o altre articolazioni aziendali), nella rinnovata certezza che un adeguato sistema di relazioni sindacali rappresenta un'importante leva di responsabilizzazione e cambiamento. Proprio grazie all'acquisizione di una crescente consapevolezza circa la rilevanza del ruolo rivestito da questo modello relazionale al fine di garantire sia una maggiore produttività ed efficienza dei servizi sia, nel contempo, il miglioramento della qualità delle condizioni di lavoro, l'Azienda ha scelto come costante riferimento la strada del confronto orientato alla promozione del valore e dello sviluppo delle proprie risorse umane. Utilizzando le prerogative di tale strumento concertativo, capace di comporre armonicamente situazioni di interessi contrapposti, si è conseguito l'obiettivo di creare relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi diretti a favorire la realizzazione di una più solida "cittadinanza organizzativa" verso l'Azienda da parte dei propri professionisti. 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. 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 risoluzione approvata in comune. Per il Comparto occorre sottolineare che si è concluso l'importante accordo sulla regolamentazione della partecipazione ad attività libero professionale del personale. Un peso rilevante hanno avuto anche gli aspetti organizzativi, infatti sono stati stipulati documenti di intesa riguardanti il nuovo modello organizzativo nei comparti operatori in particolare del P.O. di Fidenza/S. Secondo, teso da una parte ad incrementare la produttività e dall'altra a valorizzare le risorse professionali infermieristiche. Altro rilevante accordo di questo tipo è stato il documento sulla riorganizzazione delle attività di laboratorio a seguito del trasferimento

dell'attività del laboratorio di via Pintor presso l'Azienda Ospedaliero-Sanitaria. Lo sviluppo e l'ulteriore qualificazione della funzione di acquisizione di beni e servizi aziendale e del relativo personale è stato oggetto della sottoscrizione di un accordo che ha tenuto in considerazione la specifica evoluzione in tale settore. Altro accordo è stato inoltre siglato in materia di pronta disponibilità, rispondendo così in modo concordato a particolari esigenze organizzative. Il riconoscimento dell'indennità per l'assistenza Domiciliare al personale infermieristico e di assistenza del dipartimento Salute Mentale ha rappresentato un ulteriore punto di accordo tra le parti. Altri temi di accordo hanno riguardato il riconoscimento economico nell'ambito dell'istituto della progressione orizzontale al personale (n° 4 unità) in categoria BS riqualificato positivamente ma non inquadrato in cat. C. La rivisitazione del sistema di incentivazione alla produttività è stata discussa ed approvata di comune accordo. Parte preponderante del confronto sindacale è stata riservata alla stesura all'accordo integrativo – parte economica – del CCNL 19/04/2004 che ha interessato circa 1800 operatori dell'Azienda. Il nuovo accordo non prevede solo riconoscimenti economici e avanzamenti professionali, ma anche impegno dell'Azienda verso obiettivi di formazione, di sviluppo delle capacità e delle competenze dell'organizzazione aziendale nei suoi diversi ruoli. L'intesa delinea inoltre un equilibrato sistema di valorizzazione delle professionalità degli operatori aziendali e rappresenta uno stimolo alla loro attiva partecipazione ai processi di innovazione relativi ad attività già in cantiere. Premiato anche il personale con più lunga esperienza ed anzianità di servizio (20 e 30 anni nel SSN). Secondo le modalità prescritte, a far data rispettivamente dall'01/01/2005 e dall'01/01/2004, all'inizio di ogni anno solare a tutti i dipendenti in possesso di tale requisito, è riconosciuto il passaggio alla fascia superiore. Per quanto concerne la Dirigenza, in particolare medico-veterinaria e sanitaria, il dialogo tra le parti si è incentrato sulla costruzione del percorso afferente la tematica degli incarichi di struttura semplice e professionale ad elevata specializzazione. Nell'accordo concluso si è specificato il nuovo assetto organizzativo presupposto per la futura attribuzione delle posizioni stesse. Nel documento sottoscritto sono stati esplicitati i criteri che hanno determinato le scelte organizzative aziendali e l'individuazione delle funzioni dirigenziali, l'elenco delle strutture semplici e funzioni dirigenziali professionali ad elevata specializzazione e la disciplina per il conferimento degli incarichi stessi. Lo sviluppo di competenze specialistiche e gestionali nell'ambito dello sviluppo delle funzioni dipartimentali territoriali ed ospedaliere, sono stati gli obiettivi che hanno presieduto alla formulazione di tale articolato.

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. Comunicazione per l'accesso ai servizi;
2. Comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza;
3. Comunicazione per le scelte di interesse per la comunità;
4. Comunicazione interna aziendale.

In un'Azienda Sanitaria il tema degli strumenti di comunicazione e dei modelli relazionali rappresenta un nodo centrale per lo sviluppo e la qualificazione delle attività e dei servizi rivolti al cittadino. La capacità di lettura e di orientamento delle azioni per la salute, scaturisce dall'abilità e dalla sensibilità di ascolto e riflessione sui suggerimenti che provengono dall'esterno (cittadini, enti locali, associazioni, sindacati, opinione pubblica, mass media) e dall'interno (professionisti, operatori, collaboratori). In questo quadro complessivo il mix che ne scaturisce ha come fine quello di assicurare la comunicazione all'esterno e all'interno, dell'insieme di scelte consapevoli ed efficaci per la salute. Gli obiettivi dell'azione aziendale sono ben espressi sia nella mission che nella vision. La mission dell'Azienda USL di Parma, come dichiarato dall'Atto Aziendale, è contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione, assicurando a questa, e comunque ai soggetti presenti nel proprio territorio, i servizi e le prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza dell'uso delle risorse. La vision strategica aziendale è orientata all'adeguatezza 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 e alla comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi 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 questo senso la comunicazione fa parte di quel segmento che si può ritenere un osservatorio privilegiato, in quanto pone una lente di ingrandimento sui messaggi che vengono trasmessi; di conseguenza raccoglie ed evidenzia le disfunzioni organizzative laddove esistono e comunica l'intero sistema. Da qui la necessità che il Sistema di comunicazione si ponga come perno di una rete aziendale di informazione e di ascolto che deve tendere in forma coordinata ed integrata al miglioramento dei servizi. Tutte le modalità di interazione comunicativa tra organizzazione sanitaria ed utenti rientrano quindi nell'ottica di migliorare l'accesso e la fruizione dei servizi, nella convinzione che la comunicazione efficace nasce da un ascolto organizzato. A tale proposito una delle "guide" complessive dell'attività di informazione/comunicazione all'interno dell'Azienda è il Piano di Comunicazione che viene redatto annualmente e rappresenta l'espressione delle azioni da sviluppare. Un altro strumento significativo è il documento consuntivo della comunicazione aziendale, ovvero il dossier annuale delle attività realizzate, che fornisce una visione sistematica della comunicazione in uscita (attività realizzate) ed in entrata (ascolto). In parallelo le strategie di comunicazione interna vedono un forte investimento nel favorire la relazione fra gli operatori aziendali al fine

di migliorare la qualità dell'assistenza ed il clima organizzativo. In questo senso il processo comunicativo, in una organizzazione di professionisti, tende a qualificare ulteriormente la relazione fra operatori ed utenti e fra operatori stessi come valore aggiuntivo fondamentale nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

La comunicazione per l'accesso ai servizi

La comunicazione ha rappresentato, in generale, la porta d'accesso per l'attività e la vita istituzionale aziendale. Ha svolto quindi un ruolo fondamentale per garantire equità e accessibilità ai servizi erogati. Ha contribuito a far conoscere i servizi (informazione), ad accogliere e orientare l'utenza (accoglienza), a garantire la conoscenza dell'iter (trasparenza), ad agevolare l'utente negli adempimenti (comodità), ad ascoltare l'utente e fargli valutare il servizio (ascolto), alla gestione dei disservizi (affidabilità) e al miglioramento dei servizi (innovazione).

La formazione degli operatori deputati alla comunicazione

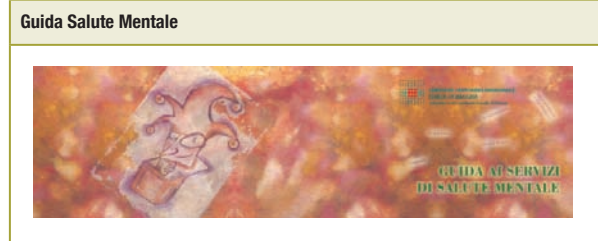
La Legge 7.6.2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" ha recentemente imposto una rimodulazione delle strutture organizzative deputate alla comunicazione e all'informazione, offrendo l'occasione per ridefinire, per la prima volta, in modo coordinato, un programma complessivo di attività. In questa direzione è stato importante lo sforzo dell'Azienda USL di Parma finalizzato a completare il percorso formativo degli operatori dedicati alla comunicazione e relazioni con il pubblico, nonché quello di fornire sostegno agli operatori di front office, ritenendo di particolare importanza l'accoglienza dei cittadini. Il ruolo dell'Ufficio comunicazione è di integrazione: da un lato c'è l'identificazione con l'amministrazione, dall'altro la necessità di saper leggere ed interpretare i bisogni dei cittadini. Allo stesso modo i servizi di front office che rappresentano i luoghi dell'interazione tra amministrazione e cittadino-utente, sono il biglietto da visita dell'amministrazione, essendo il luogo in cui si struttura il primo impatto relazionale con il cittadino. In questo senso sono state sviluppate iniziative di aggiornamento di tutti gli operatori che hanno una forte interazione con il pubblico sia nello sviluppo delle competenze rispetto alle normative e alla loro traduzione operativa in percorsi e servizi, sia nell'acquisizione di tecniche per la gestione ed il fronteggiamento del disagio relazionale nel colloquio con l'utente. L'Ufficio Comunicazione ha realizzato, in questa logica, formazione anche per gli operatori del Call Center aziendale che svolge il servizio di conferma appuntamenti e contatta telefonicamente gli utenti che devono svolgere prestazioni di specialistica ambulatoriale con tempi di

attesa critici per richiedere la conferma dell'appuntamento. Negli scenari futuri si tenderà a privilegiare una formazione costante, in quanto la comunicazione è un settore in forte crescita in relazione diretta con lo sviluppo delle nuove tecnologie utilizzabili e dell'importanza riconosciuta a questo tema.

Gli strumenti classici per l'accesso ai servizi: le pubblicazioni, le guide informative, i pieghevoli e le brochures

L'anno 2005 è stato improntato a sviluppare gli strumenti classici per l'accesso ai servizi. I prodotti più significativi sono stati quelli rivolti all'accesso, all'accoglienza ed all'informazione. Per una più specifica illustrazione dei percorsi di cura, sono state realizzate le seguenti guide informative:

- Guida al Distretto di Parma (multilingue)



- Manifesto illustrativo sulle nuova normativa sulle prestazioni odontoiatriche
- Guida Salute: collaborazione con la rivista annuale edita dalla casa Editrice Mattioli per diversi articoli; tra i temi trattati ricordiamo l'Ospedale di Fidenza, la nuova Direzione Generale;
- Convenzione con Seat Pagine Bianche per n. 2 pagine elenco telefonico più rimandi ai singoli comuni;
- Pagine Gialle on line/internet.

Notevole 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 Ospedaliero-Sanitaria, Università, Regione), nonché per manifestazioni di rilevanza regionale come Sicura, evento sulla

Sicurezza Alimentare, Mec Spe - Meccanica Specializzata – evento dedicato alla logistica, all'ingegnerizzazione allo stampaggio, ecc.



Carta dei servizi

Rispetto alla Carta dei Servizi, strumento che assicura la trasparenza dell'azione dell'Azienda Sanitaria e consente ai cittadini una consapevole partecipazione, quale "garanzia scritta" sugli impegni di miglioramento assunto secondo una logica di contratto condiviso e definito nel tempo, è in corso di realizzazione la terza edizione che svilupperà ampiamente la parte dedicata alla tutela del cittadino. La Carta dei Diritti e dei Doveri dei Cittadini che sarà parte integrante della nuova Carta dei Servizi, è stata divulgata, dopo un ampio ed attivo processo di partecipazione con i Comitati Consultivi Misti.

Il coordinamento degli URP e dei Comitati Consultivi Misti

L'attività è indirizzata in via prioritaria al coordinamento delle azioni svolte dagli Uffici Relazioni con il Pubblico presenti nei quattro Distretti ed ai rapporti con gli organismi di volontariato e partecipazione dei cittadini. Si caratterizza per le attività stabilite dalla normativa sugli URP, la Carta dei Servizi, l'accoglienza, il Volontariato e i Comitati Consultivi Misti. L'attività di coordinamento degli URP si è indirizzata prioritariamente alla creazione di percorsi omogenei per l'accesso, l'accoglienza, l'ascolto dei cittadini. In particolare, per quanto riguarda la comunicazione, si è cercato di individuare i percorsi informativi dei cittadini, analizzando i target ed i relativi linguaggi di riferimento, scegliendo mezzi e spazi di comunicazione omogenei in tutto il territorio provinciale. Il monitoraggio dei reclami, delle segnalazioni e degli elo-

gi è migliorato dal punto di vista quali/quantitativo per effetto di un efficace sistema di raccolta e trattamento dei dati, mediante il software regionale specificatamente dedicato, che ha consentito un'analisi più accurata con notevole ricaduta sui percorsi di miglioramento.

Nel 2005 è continuata la collaborazione al progetto "URP in rete" che vede coinvolta l'Azienda USL di Parma, l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, Comuni ed Istituzioni del territorio, con il coordinamento della Regione. Importante la programmazione scaturita nel tavolo aziendale con i quattro Comitati Consultivi Misti, concretizzatosi nella verifica delle azioni e delle principali iniziative poste in essere dall'Azienda e dalla Regione Emilia – Romagna. I Comitati Consultivi Misti rispetto ai risultati dell'indagine di customer dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), hanno effettuato una puntuale verifica delle azioni di miglioramento dell'Azienda. Il Comitato Consultivo Misto di Fidenza ha partecipato attivamente al progetto di Audit Civico, patrocinato dalla Regione Emilia – Romagna, progetto che ha inteso coniugare sinergicamente il rigore metodologico – scientifico, con la partecipazione di cittadini.

Numero Verde 800 033 033



Si è consolidato, a livello regionale, il Numero Verde 800 033 033 che offre alla nostra azienda ed a tutti i cittadini, nuove interessanti opportunità comunicative. Si avvale di una grande Banca Dati informativa curata dalla Regione Emilia – Romagna e dagli Uffici Relazioni con il Pubblico aziendali che assicurano anche le risposte e richieste composte (problem solving) nelle stesse fasce orarie di apertura del servizio (5 ore settimanali). L'aggiornamento permanente delle Banche Dati, garantisce la qualità della risposta fornita. L'Azienda è impegnata nella continua pubblicizzazione del Numero verde per rendere sempre più diffuso l'utilizzo tra la popolazione.

Sportello per la prevenzione

L'Azienda USL partecipa con un proprio rappresentante ai lavori del Gruppo tecnico attivato dalla Provincia di Parma quale soggetto responsabile della Conferenza permanente sullo Sportello Unico delle Imprese. Nel corso del 2005 il gruppo tecnico ha elaborato il testo del nuovo protocollo d'intesa tra Enti che è stato approvato e sottoscritto in data 13 dicembre 2005. Attualmente il gruppo tecnico sta predisponendo il Regolamento d'esecuzione dello Sportello Unico delle Imprese che

dovrà governare il funzionamento di tutti gli sportelli della provincia di Parma. Il lavoro ha portato alla revisione di tutta la documentazione e delle procedure attuali che risalgono al precedente protocollo d'intesa del 2000. Verranno predisposte le bozze da sottoporre entro l'anno 2006 all'approvazione degli Enti per potere essere inserite sul sito dello Sportello delle Imprese mediante la piattaforma telematica già predisposta.

Sportello Unico Distrettuale



Per rendere più semplici le modalità di accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria, su tutto il territorio provinciale l'Azienda USL di Parma offre ai cittadini i servizi dello Sportello Unico Distrettuale, che diventa un luogo fisico e "contenitore unico" di numerose informazioni di utilità immediata. Il logo appositamente confezionato, rende riconoscibile ai cittadini il punto in cui è possibile :

- l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale;
- la scelta/revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
- il rilascio dell'attestato di esenzione per malattie croniche, rare e invalidanti;
- la prenotazione di visite ed esami di diagnostica strumentale;

e anche avviare le procedure per ottenere:

- l'accesso alla fornitura di presidi per l'assistenza integrativa di presidi sanitari e prodotti dietetici
- l'assistenza sanitaria all'estero per ricoveri;
- l'assistenza sanitaria all'estero per cure;
- in caso di temporaneo soggiorno per turismo, lavoro e studio.

Un modo per informare in tempo reale è dato dal sito <http://iaew.gov.it/index/auslparma/sportellounico>; collegandosi è possibile ottenere informazioni relative all'accesso alle prestazioni, consultare le normative e scaricare la modulistica. Lo Sportello Unico Distrettuale è presente in 16 sedi Aziendali e si integra con altri 113 punti di accesso alla prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, gestite da farmacie, medici di medicina generale, comuni e associazioni.

Siti web interattivi

Nato da 4 anni, il sito aziendale viene visitato ogni anno da circa 10.000 navigatori della rete. E' il contenitore ideale per le news, le campagne informative, le informazioni utili per l'accesso ai servizi, le informazioni sanitarie e di carattere generale. La redazione interna del Sito è a cura dell'Ufficio Comunicazione in collaborazione un web master. Il lavoro quotidiano: scelta e cura dei contenuti per l'implementazione del sito web www.ausl.pr.it, in particolare le NEWS della HOME. Il sito web ha avuto nel corso degli anni alcuni restyling, e recentemente per il suo sviluppo futuro, si è inteso riproporlo ancora più snello e dai contenuti più semplici, comprendendo anche ulteriori aree di lavoro. Nel 2005 si è conclusa una gara che porterà alla realizzazione di un sito alimentato con software CMS (Content Management Service) dando la possibilità di incrementare le notizie in tempo reale da parte di operatori accreditati.

IAEW – Informazione ed Assistenza Sanitaria via Web, è un portale informativo a diversi livelli, che favorisce la cooperazione e l'integrazione delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto e fornisce al cittadino un unico punto di accesso ai servizi socio sanitari. Questo, in sintesi, è IAEW, acronimo di "Informazione, Assistenza ed Educazione sanitaria sul Web", un progetto che ha ottenuto il cofinanziamento del Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie nell'ambito del Piano Nazionale di E-Government. Tra gli Enti che collaborano: IRCCS Policlinico San Matteo Pavia, Azienda Ospedaliera Provincia Pavia, Azienda USL Parma, ASL Varese, Azienda Ospedaliera Cremona, Comune di Pavia, Azienda Ospedaliera Busto Arsizio, Azienda Ospedaliera – Universitaria di Parma, Provincia di Parma (coordinatore del progetto), Provincia di Varese, Azienda Ospedaliera Varese, IRCCS Fondazione Maugeri, IRCCS Istituto Mondino. Il portale informativo IAEW consente di accedere a tutte le informazioni relative all'erogazione di servizi e prestazioni collegate allo Sportello Unico Distrettuale. E' anche possibile consultare la normativa di riferimento e scaricare la modulistica.



Sono inoltre presenti riguardanti l'offerta di prestazioni ambulatoriali con i relativi tempi di attesa aggiornati in tempo reale.

Il portale regionale www.saluter.it

Dall'inizio del 2003 è attivo il portale unico del Servizio sanitario regionale, progetto coordinato direttamente dalla Regione a cui partecipano tutti i servizi comunicazione delle aziende sanitarie. Per la nostra Azienda sono 2 comunicatori dell'ufficio comunicazione impegnati quotidianamente nella redazione di: *il Fatto*, *Notizie dalle Aziende sanitarie*, *Agenda*, *eventi formativi*. Per *il Fatto*, le Aziende Sanitarie possono avanzare proposte attraverso la e-mail redazione@saluter.it.



La sezione del Portale *Notizie dalle Aziende Sanitarie* e *Agenda* è aggiornata dalle singole Aziende Sanitarie autorizzate alla costruzione e pubblicazione diretta delle notizie. Sul portale è attivo anche il collegamento con il sito internet dell'Azienda. Nel corso del 2005 sono stati pubblicati n.103 notizie su *Notizie dalle Aziende Sanitarie* e *l'Agenda*, e 5 articoli su *Il Fatto*. L'azienda si è impegnata nel diffondere la conoscenza del Portale Sanitario Saluter a gli operatori ed i cittadini.

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Il cittadino nel percorso di prevenzione e cura è un attore attivo, in questo senso l'Azienda mette in campo azioni informative per scelte consapevoli, per orientare i bisogni di cura nel modo corretto ed appropriato, per la gestione ottimale delle risorse disponibili. In futuro si ritiene di focalizzare l'attenzione sui feedback relativi all'interazione con l'utente (dati relativi alle segnalazioni e di utilizzo/accesso ai portali informativi), perché siano di ulteriore informazione per la corretta attività aziendale.

L'informazione al momento dell'accesso

Lo sviluppo del sistema di comunicazione verso l'utente ha trovato piena concordanza con l'evoluzione del quadro normativo nazionale con particolare riferimento alla tutela dei diritti dei cittadini e alla semplificazione amministrativa. L'applicazione del Testo Unico "Disposizioni amministrative in materia di documentazione amministrativa" ex DPR 28.12.2000, n. 445 ha comportato la revisione della modulistica di accesso e l'uniformità

mazione su tutta l'Azienda dell'autocertificazione a cura dell'utente per l'accesso a documenti o a prestazioni sanitarie. La modulistica è presente nei vari punti di accesso dell'utenza ed è inoltre scaricabile dall'Intranet Aziendale. Allo stesso modo l'introduzione delle normative relative alla tutela dei dati personali e sensibili (dalla Legge 31.12.1996, n. 675 al D.L. 30.6.2003 n. 196) ha trovato applicazione nella revisione dei percorsi di accesso alle informazioni e specificazione puntuale nella modulistica per gli utenti. 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 (Sanità On Line).

Il Progetto Sole (Sanità On Line)

La Regione Emilia Romagna ha individuato un piano organico di interventi informatici e telematici nel settore sanitario al fine di creare una infrastruttura e dei servizi per l'integrazione fra ospedale e territorio.

Homepage Progetto Sole



In quest'ottica il Progetto SOLE – Sanità On Line – si propone di facilitare il dialogo tra Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri Libera Scelta (PLS), i medici specialisti, le Aziende territoriali e ospedaliere e 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, dei medici specialisti (ospedalieri e territoriali), degli operatori sanitari utilizzando la tecnologia Internet. In particolare il progetto prevede l'accesso da parte del medico ad una serie di informazioni sanitarie per migliorare il percorso di cura e l'accessibilità del cittadino. Nel corso del 2005 si è

inizialmente dato spazio alla illustrazione del progetto e alla individuazione di un gruppo di medici di medicina generale nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno. I servizi realizzati riguardano:

- Gestione di flussi amministrativi Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri Libera Scelta (PLS)/Aziende per garantire una comunicazione tempestiva e completa tra MMG/PLS e AUSL di tutti i dati amministrativi relativi alla scelta/revoca del medico e alle variazioni anagrafiche;
- Gestione del ciclo di prescrizione/refertazione: con realizzazione di servizi per la gestione completa ed integrata di tutto il ciclo informativo, dalla prescrizione, alla prenotazione e al ritorno del referto. Nel corso del 2005 è stata realizzata l'integrazione con i Laboratori e quindi la possibilità, da parte del medico, di ricevere il referto in formato elettronico.

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

La comunicazione in questa prospettiva, mira da un lato 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. In questo ambito si possono collocare da un lato le attività comunicative rivolte agli utenti al fine di promuovere specifiche azioni di promozione della salute, dall'altro studi e valutazioni che sono state svolte (anche in maniera deduttiva) rispetto ai bisogni della popolazione (es. analisi della domanda e del case-mix).

Collaborazioni con la Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria

La Legge Regionale n. 29 del 23.12.2004 ha posto maggiormente l'accento sul fatto che sono gli Enti Locali, tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, i promotori, con il supporto delle Aziende sanitarie, delle strategie e degli interventi, volti alla promozione della salute ed alla prevenzione.

Il Piano Attuativo Locale

Il Piano Attuativo Locale (PAL), iniziato nel corso del 2004 e concluso nel 2005, è lo strumento di programmazione strategica di medio-lungo periodo, attraverso il quale viene rimodulata la struttura dell'offerta sanitaria provinciale. Nell'ottobre del 2004, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha redatto un documento, contenente "Le linee principali di indirizzo in merito alla programmazione sanitaria della provincia di Parma, per il triennio 2005/2007". Nell'ambito di tali indicazioni, la predisposizione del Piano Attuativo Locale assume particolare rilevanza. Tale documento di pianificazione stra-

tegica richiede la programmazione congiunta tra Azienda USL, Azienda Ospedaliero-Sanitaria, Enti Locali per lo sviluppo dei servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e socio-sanitari integrati, sulla base delle esigenze specifiche dei cittadini della provincia di Parma. La metodologia intrapresa prevede un percorso di costruzione che abbia le caratteristiche della condivisione e della partecipazione organizzata dei professionisti, insieme ad un'adeguata informazione/formazione sia interna che esterna all'Azienda, per coinvolgere maggiormente tutti gli operatori del territorio. Sono stati previsti momenti pubblici di presentazione, ed è in fase di ultimazione la presentazione del documento complessivo.

I Piani per la Salute

L'Azienda ha elaborato ed effettuato il Piano di Comunicazione dei Piani per la Salute, con i seguenti obiettivi:

- Promuovere la conoscenza dei Piani per la Salute (PPS) nella comunità locale, nei gruppi, tra i cittadini, tra le istituzioni;
- Aumentare la partecipazione all'elaborazione e alla realizzazione dei Piani per la Salute (PPS);



con le seguenti azioni e strumenti:

- Conferenze stampa;
- Programmazione di convegni/eventi;
- Produzione di materiale divulgativo: opuscoli illustrativi, depliant, manifesti, totem, locandine;
- Trasmissioni televisive sulle emittenti locali;
- Spot radiofonici nelle radio locali;
- Pagine dedicate nei quotidiani e settimanali locali;
- Creazione di apposite pagine web.

La comunicazione per gli screening

Le indicazioni regionali sottolineano la linea comunicativa per rendere omogenea ed accessibile a tutti l'informazione su gli screening. L'Azienda USL di Parma in questa direzione si è impegnata per il miglioramento della comunicazione verso la popolazione interessata, attraverso momenti di diffusione e di coinvolgimento di rappresentanti dei cittadini.

Screening Colon Retto

Grande impulso è stata data alla campagna informativa per lo *Screening al colon retto*; le iniziative realizzate nei diversi comuni dei Distretti dell'Azienda, insieme alla



disponibilità dimostrata dai Sindaci del territorio e dalle Associazioni, hanno fatto sì che si estendesse la cultura della prevenzione, primo passo per un sistema sanitario che vuole essere efficace e sempre più presente nella vita dei cittadini. Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto a Parma riguarda 101.709 cittadini: 52.245 donne e 49.464 uomini nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni. I cittadini vengono invitati, tramite lettera personale inviata a domicilio, a effettuare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Con la collaborazione tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria, il programma è stato avviato partendo dal Distretto Valli Taro e Ceno, con l'invio di 1.900 lettere destinate ai cittadini del comune di Borgo Val di Taro. I cittadini sono stati invitati (con data programmata) al ritiro del materiale per l'esecuzione del test presso il Centro di distribuzione del poliambulatorio del Presidio Ospedaliero di Borgotaro. A maggio del 2005 il programma di screening ha preso avvio nei Distretti di Parma e Sud Est, per avviarsi poi gradualmente su tutto il territorio della provincia. In concomitanza allo sviluppo sul territorio del programma, sono state realizzate conferenze stampa ad hoc nei vari comuni, oltre alla partecipazione di nostri professionisti ad eventi pubblici nei vari quartieri della città, tutto ciò per diffondere ampiamente la cultura della prevenzione.

Sede del Centro Screening colon retto

Presidio Ospedaliero di Fidenza
via Don Enrico Tincati 5
località Vaio - Fidenza
Telefono: 0524 515.785/795
E-mail: colonretto@ausl.pr.it



Sviluppi futuri per lo screening Colon Retto

- Definizione e condivisione di percorsi tempestivi e di protocolli operativi di 2° e 3° livello per la presa in carico di soggetti positivi al test;
- Coinvolgimento delle Associazioni di volontariato nelle ulteriori fasi operative del percorso (distribuzione e consegna dei test).

Screening mammografico e pap test

"Meglio prevenire che curare": questo slogan riassume in modo semplice e diretto l'importanza della prevenzione.



ne come prima forma di attenzione per mantenersi in salute. Dal 1997 la Regione Emilia Romagna ha promosso un programma di screening gratuito, al quale l'Azienda USL di Parma ha fin da subito aderito, per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella, proponendo controlli programmati alle donne nelle fasce di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato, ma più elevata è anche la possibilità di diagnosi precoce e di cure più efficaci. Il programma di screening prevede due esami molto semplici: il pap-test e la mammografia. Le donne interessate ricevono dall'Azienda una lettera di invito al proprio domicilio, nella quale, oltre alle informazioni sullo screening, vengono indicate le modalità ed il luogo di svolgimento dell'esame. L'esame è gratuito, non è necessaria la prescrizione del medico di famiglia e/o del medico specialista: è sufficiente presentarsi con la lettera di invito. A livello locale sono state realizzate apposite campagne informative per sensibilizzare la popolazione interessata, stringendo anche accordi con le Associazioni rappresentative presenti nel territorio.

PAP TEST	MAMMOGRAFIA
Riguarda le donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni. L'invito ad effettuare l'esame avviene ogni 3 anni.	Riguarda le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni. L'invito ad effettuare l'esame avviene ogni 2 anni.

Integrazioni informative

Sia la campagna di Screening al colon retto che quella che riguarda mammografia e pap test, sono state supportate dai mezzi che il sistema comunicazione ha a disposizione per diffondere informazioni; ricordiamo quindi la realizzazione delle trasmissioni informative nelle emittenti locali, la pagina informativa di Polis Quotidiano, oltre che le lettere di invito appositamente confezionate e personalizzate.

I rapporti con la stampa

L'attività è indirizzata in via prioritaria agli organi di informazione e alle relazioni istituzionali. Si caratterizza con attività di tipo giornalistico, fa riferimento alla normativa sulla stampa, sull'informazione, la trasparenza e la riservatezza. Per completare la risposta informativa dei cittadini, sono in essere diverse convenzioni con i media locali (stampa ed emittenti TV).

I comunicati e le note stampa

Il comunicato stampa rappresenta uno degli strumenti

di informazione più diffusi, anche nella nostra azienda. E' 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 2005 sono stati realizzati 152 comunicati stampa nel quale vengono comprese risposte ai cittadini che si rivolgono alla testata quotidiana locale *Gazzetta di Parma* rubrica molto letta in città ed a forte impatto sull'opinione pubblica "Lettere al Direttore".

Le conferenze stampa

L'organizzazione di una conferenza stampa è giustificata dal livello di diffusione che si vuole dare alla notizia e dal peso della stessa. Particolare cura è rivolta ai relatori invitati a partecipare ed ai contenuti che si vogliono trasmettere, in modo che siano comprensibili anche per i "non addetti ai lavori". Viene sempre preparato materiale informativo, rendendo disponibile un testo scritto o una sintesi degli interventi, dei dati utili. Cura è posta anche all'allestimento della sede che ospita la conferenza. La conferenza stampa è un evento che non va improvvisato, rappresenta un impegno significativo dell'Azienda. L'Ufficio Stampa nel corso del 2005 ha realizzato 22 conferenze stampa, i cui temi sono stati quelli veicolati dalla Regione Emilia - Romagna, in particolare le campagne di prevenzione per la vaccinazione antinfluenzale, gli screening, la donazione degli organi, la donazione del sangue ed altri argomenti; sono state realizzate anche conferenze stampa su temi prettamente locali, relativi all'istituzione di nuovi servizi, di protocolli d'intesa siglati, realizzazione di nuove strutture.

Pagina informativa

La pagina informativa "Spazio Azienda USL di Parma" su Polis Quotidiano



Per promuovere un'informazione sanitaria corretta e accreditata, facilitare l'accesso ai servizi e l'appropriatezza delle scelte in materia sanitaria, è stata realizzata e diffusa quindicinalmente una pagina informativa della nostra azienda, inserita anche all'interno della rete intranet. Questa pagina consente di raggiungere il target dei lettori della cronaca locale, con approfondimenti di tematiche sanitarie. La scelta degli argomenti è programmata con cura ed attenzione alle carenze informative scaturite anche dalla lettura dei reclami e/o segnalazioni. La collaborazione con i servizi interessati è fondamentale

nella realizzazione di questa pagina, che consente anche interviste ai testimonial e agli esperti aziendali più significativi in materia.

Lo spazio sull'emittente televisiva locale TV PARMA

E' una rubrica di pochi minuti (2.50 minuti) per notizie dalla nostra Azienda all'interno del telegiornale locale del giovedì sera. 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.

Le trasmissioni sull'emittente televisiva locale Teleducato

Una trasmissione televisiva, a cura della nostra azienda, è un'ulteriore occasione di approfondimento delle notizie che interessano gli ascoltatori ed hanno attinenza con i temi della salute e l'attività della nostra azienda. Consente di far conoscere il volto degli operatori sanitari promuovendo un'informazione sanitaria corretta e accreditata, facilitando l'accesso ai servizi. Ne sono state realizzate 16 nel corso del 2005, e sono andate in onda il mercoledì alle ore 18.45 in replica al venerdì ore 20.30. Anche questo tipo di informazione ha contribuito a creare un clima di fiducia e a consolidare il rapporto tra l'azienda e i propri cittadini utenti, anche attraverso le interazioni che consente il mezzo televisivo.

Le trasmissioni sull'emittente televisiva RTA - Video Taro

Un ulteriore spazio informativo va 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 e riguarda temi per la promozione della salute e l'offerta di servizi sanitari.

Logo Unico del Servizio Sanitario Regionale:

La Regione Emilia Romagna ha inviato alle Aziende sanitarie un manuale di "Brand Identity", che stabilisce le regole per la modulistica aziendale, per la carta intestata dei Servizi uniformi in tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Le disposizioni emanate definiscono in modo omogeneo e preciso le caratteristiche di formattazione, che pertanto non possono essere modifi-

cate. Nel corso dell'anno è stato realizzato un costante monitoraggio nell'applicazione delle direttive regionali. Il manuale di "Brand Identity" ed i fac-simili sono stati inseriti nella rete intranet; oltre che essere stati inviati in modo cartaceo, affinché siano disponibili per la caratterizzazione con le specifiche di Distretto/Presidio ecc. da parte delle articolazioni territoriali.

La comunicazione interna aziendale

In parallelo alla comunicazione esterna, si è dato sviluppo alla comunicazione interna. Il tema della comunicazione interna si colloca in due versanti:

- Da un lato nello 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.);
- Dall'altro nell'ottica di un miglioramento del clima organizzativo interno tendente a favorire la riduzione dell'incertezza e della diffidenza per aspetti organizzativi non perfettamente conosciuti anche attraverso progetti di qualificazione, informazione e formazione specifica.

In questi due ambiti complementari ed inscindibili, si inserisce la duplice azione del sistema comunicazione dell'Azienda. Nel corso del 2005 sono state sviluppate quelle azioni e gli strumenti che già erano in essere, calibrando e tarando meglio gli strumenti, aggiungendone anche di nuovi.



La Newsletter "Flash d'Azienda"

Condivisione, partecipazione e informazione: ecco la filosofia aziendale espressa nella Newsletter "Flash d'Azienda". Un foglio informativo che consente di rendere comuni le principali notizie che riguardano il nostro lavoro. Da febbraio 2005 è allegata al cedolino stipendiale, e visibile anche sulla rete Intranet nel Link documenti. E' inoltre possibile segnalare osservazioni ed ogni utile contributo, all'indirizzo: newsletter@ausl.pr.it." La redazione della newsletter è assicurata da gli operatori dell'Ufficio Comunicazione Aziendale.



La rassegna stampa giornaliera on-line

La rassegna stampa è la selezione degli articoli che riguardano la nostra Azienda, o in generale la sanità, apparsi sulle principali testate giornalistiche locali e nazionali. Viene redatta ogni mattina e validata in termini di contenuti dall'Ufficio Comunicazione Aziendale e diffusa on line agli operatori, rappresentativi delle strutture e articolazioni aziendali. Un ulteriore sviluppo sarà quello di diffondere ulteriormente l'opportunità di consultazione della rassegna stampa on-line.

La rete intranet aziendale

Tutti i messaggi di immediata utilità per gli operatori (convegni, corsi, informazioni di carattere generale), l'accesso alle linee guida dello Sportello Unico Distret-

tuale e le modulistiche connesse alla semplificazione degli accessi delle prestazioni ambulatoriali sono state inserite nell'intranet aziendale, al fine di costruire un patrimonio conoscitivo e culturale fra tutti gli operatori, finalizzato all'omogeneizzazione della presa in carico dell'utente nelle attività di sportello e nella gestione comune di informazioni per l'inserimento in percorsi ambulatoriali. Nel 2005 sono state pubblicate n.105 notizie a carattere informativo generale come corsi, convegni, istituzione dei nuovi servizi, inserendole nei contenitori adeguatamente predisposti: link Documenti, Seminari e Convegni. Tra gli sviluppi futuri si intendono rendere disponibili alcune pagine dedicate ad operatori con tematiche specifiche e di diretta utilità.





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.

Obiettivi specifici

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 2005 ha preso l'avvio anche la attiva partecipazione dell'azienda al Programma Regionale Ricerca e Innovazione (PRI-ER) attraverso alcuni momenti di formazione specifica e la partecipazione al censimento promosso dal 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 sistematico con le altre aziende nel corso delle riunioni del Gruppo di Coordinamento, 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. I 39 progetti segnalati nel Censimento PRI-ER, relativi al periodo 2002-2004, rispondevano ai seguenti requisiti : erano documentati da un protocollo, avevano uno o più obiettivi dichiarati e si caratterizzavano principalmente per essere a carattere clinico. 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. Si riportano di seguito le esperienze più significative che meritano di essere citate.

Progetti di modernizzazione

Si ricordano :

- La riorganizzazione dei percorsi di accesso al Pronto Soccorso svolto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Parma che ha condotto all'attivazione dell'ambulatorio di prima assistenza;
- La sperimentazione della Formazione a distanza (FAD) nel piano di formazione annuale;

- Day Service Ambulatoriale (DSA) integrazione e sviluppo di un nuovo modello organizzativo provinciale;
- Valutazione del rischio di malnutrizione nell'anziano rivolto a popolazione adulta ospedalizzata in provincia di Parma;
- Sperimentazione di percorsi integrati tra Comuni e AUSL per mantenere il disabile a domicilio.

Questi progetti hanno visto come partner principali altre Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali e la Regione Emilia Romagna.

La telemedicina

E' 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 un suo sviluppo, 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. E' 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 radiologia. Nel Distretto Sud Est è in corso una sperimentazione 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.

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

- "Strumenti operativi per una rete integrata di servizi sanitari e socio sanitari sul territorio" Distretto Sud-Est;
- "La gestione dell'anziano fragile" Distretto Sud Est;
- "Protocollo per le dimissioni difficili" sviluppato in tutto l'ambito Aziendale;
- "Centro per le Cure Progressive, gestione integrata di servizi ad elevata valenza sanitaria" Distretto Sud Est;
- "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 geriatria territoriale e Azienda USL;

- "Modelli assistenziali innovativi nella gestione degli hospice territoriali" Distretto di Borgotaro e Fidenza;
- "Progetto di informatizzazione della Casa Protetta Sidoli nel Distretto di Parma" Programma di Geriatria Territoriale;
- "Progetto di miglioramento per una più efficace ed efficiente assistenza in struttura protetta" Programma di Geriatria Territoriale.

Area Clinica e Organizzazione di servizi sanitari

Oltre ai vari trials clinici approvati dal Comitato Etico si ricordano :

- Costituzione del Centro di Epatologia nei due Presidi di Fidenza e Borgo Val di Taro;
- "Ricerca di indicatori biologici a valenza protettiva nei grandi vecchi" Programma di geriatria territoriale nell' ambito di una ricerca multicentrica promossa dal Gruppo di Gerontologia Italiano;
- "La depressione nell'anziano" collaborazione tra Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Programma di Geriatria Territoriale, Medici di Medicina Generale, sotto l'egida della Fondazione Zancan;
- "Incontinenza urinaria, problema al femminile" Programma Salute Donna;
- "Progetto HIV e gravidanza" Programma Salute Donna;
- "Un modello organizzativo innovativo a responsabilità infermieristica nella Lungo Degenza" Presidio Ospedaliero di S. Secondo Parmense.

Alta tecnologia

Presso lo Stabilimento Ospedaliero di Fidenza è stata realizzata l'implementazione, la messa a regime ed il pieno utilizzo di tutto il sistema tecnologico ed in particolare:

- PACS-RIS di radiologia;
- Sviluppo del sistema di teleconsulto radiologico con il Presidio Ospedaliero di Borgotaro;
- Informatizzazione del sistema di gestione delle richieste e dei referti di laboratorio da e verso i reparti con sistema di validazione a mezzo firma digitale;
- Completamento della gestione informatizzata delle liste d'attesa;
- Avvio della informatizzazione dei registri operatori;
- Installazione e messa a regime del litotritore per l'U.O. di Urologia nel corso del 2005.

Innovazione tecnologica

- Progetto SOLE: accesso alla rete informatica aziendale e relativi programmi e data base mediante collegamenti con gli ambulatori dei Medici di Famiglia.

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.

Sono state realizzate le seguenti iniziative :

- "Promuovere una sana e corretta alimentazione" e "Meno sale più salute" a cura del SIAN e Pediatria di comunità con il contributo di vari partner (Scuole-Provincia, Comuni)
- "Prevenire l'obesità nei bimbi e negli adulti" a cura del SIP di Fidenza e previsto nel Piano delle Attività Distrettuali.
- "Sicurezza nei cantieri edili", "Formazione nelle scuole" e "Sicurezza in itinere" a cura dei Servizi PSAL con partner istituzionali diversi coinvolti nei Piani per la Salute
- "Prevenzione al rischio presso alcune Scuole Medie di Parma e Provincia" SERT di Parma

Area del disagio giovanile

- Ricerca "Aspetti psichiatrici e comportamentali associati all'assunzione di cocaina" a cura del SERT di Parma in collaborazione con Regione Emilia Romagna;
- "Progetto Terapia familiare nell'uso di sostanze" a cura del SERT di Parma;
- "Progetto Unità di Strada" a cura del SERT di Parma;
- "Prove di Volo" a cura del Dipartimento Salute Mentale.

Attività del Comitato Etico

E' stato ricostituito nel 2005, affidando la presidenza ad un docente Universitario di Bioetica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Parma .

Il Comitato Etico nella nuova composizione ha recuperato tutto l'arretrato di valutazione di progetti di trial clinici e si è posto nelle condizioni di affrontare temi di carattere più generale emergenti dalle problematiche assistenziali tipiche di una azienda sanitaria territoriale. Il primo tema affrontato è stato quello dei principi etici delle cure palliative, in relazione alla recente attivazione di strutture dedicate nel territorio provinciale, e dello sviluppo delle attività in ambito domiciliare e presso le strutture socio assistenziali. E' in programma una valutazione critica in Comitato Etico delle modalità di acquisizione del consenso informato.

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.

La popolazione anziana

L'area degli anziani, in rapido e continuo mutamento connesso alla dinamica demografica ed all'evoluzione del contesto sociale, è stata contrassegnata negli ultimi anni da una crescente e rilevante complessità e da una sensibile specificità dei singoli territori. La complessità è rappresentata da una serie di fattori di ordine epidemiologico, socio-culturale, economico e politico ed organizzativo quali:

- la progressione costante del volume della domanda di assistenza sempre più orientata a scelte di domiciliarità;
- la crescente gravità delle condizioni di disabilità e del quadro sanitario degli anziani che si rivolgono ai servizi;
- il forte incremento della differenziazione dei bisogni e delle richieste;
- il netto aumento della dinamicità - variabilità delle condizioni degli anziani soggetti a rapide e frequenti trasformazioni;
- il cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti degli anziani e dei loro familiari nei confronti dei servizi dai quali iniziano a pretendere un sistema di offerta qualificato e differenziato, anche in virtù dei costi sempre più elevati dei servizi.

La rete dei servizi

Il ruolo e la funzione che gli Enti Locali hanno storicamente svolto nella programmazione e realizzazione dei Servizi congiuntamente alle IPAB ed al Terzo Settore, si va sempre più rafforzando ed orientando verso la costruzione di una rete di servizi che garantisca risposte coerenti alle specificità territoriali e pari opportunità d'accesso ai cittadini. Si sono realizzati interventi che, partendo dalle residenze protette, hanno saputo costruire anche servizi alternativi. La rete dei servizi socio sanitari rivolti agli anziani non autosufficienti (servizi residenziali e semiresidenziali, assistenza domiciliare ed assegni di cura) si presenta ora ricca e diffusa sul territorio provinciale; si è modificata negli anni, adeguandosi ai nuovi bisogni, anche se non ha raggiunto la pienezza degli obiettivi in termini d'omogeneità di diffusione territoriale, flessibilità dei modelli organizzativi, integrazione dei percorsi e degli interventi. La rete si è caratterizzata nel tempo attraverso la costruzione di una serie di servizi tendenti a rispondere alle diverse tipologie di bisogni. Si è così sviluppata un'offerta che, partendo dalla residenzialità come forma prevalente di sostegno, si è rimodulata sempre di più verso il recupero del valore della domiciliarità, anche attraverso i servizi sanitari domiciliari. Nell'ambito dei servizi di assistenza a domicilio, nell'ultimo triennio, le azioni sono state soprattutto mirate allo sviluppo del servizio di assistenza sanitaria domiciliare attraverso:

- una prima applicazione della Direttiva regionale 124/99 con l'introduzione di metodologie di presa in carico per livelli assistenziali;
- l'orientamento delle risorse verso i casi a maggiore complessità assistenziale e maggiore necessità d'integrazione tra le figure professionali coinvolte e l'avvio di progetti assistenziali per la cui realizzazione è indispensabile il coinvolgimento coordinato di più servizi;
- il consolidamento dei servizi specialistici di 2° livello a sostegno dell'attività sanitaria a domicilio (nutrizione artificiale e sorveglianza ai pazienti in ossigeno terapia domiciliare).

Sul versante socio-assistenziale la scelta di domiciliarità emergente dalla popolazione, pure in situazioni di grave non autosufficienza e l'offerta di un mercato privato economico ed accessibile, hanno determinato l'affermarsi dell'impiego di personale a pagamento, spesso in regime di coabitazione, che costituisce un'alternativa alla completa presa in carico dei compiti di cura da parte delle famiglie. In tale contesto ha assunto, tra l'altro, sempre di più significato l'assegno di cura quale strumento di parziale sostegno alle spese assistenziali sostenute dalle famiglie.

L'assegno di cura

I dati di attività evidenziano la crescita, in continuità con il trend costante negli anni, della percentuale dei destinatari di assegno di cura sulla popolazione ultra settantacinquenne, che è passata da 1,7% del 1997 a 4,2% del 2005. Si conferma e si sviluppa l'utilizzo dell'assegno di cura come strumento che concorre a definire un progetto d'assistenza a domicilio che prevede più interventi e prestazioni a supporto del lavoro di cura delle famiglie.

L'assistenza domiciliare - oneri a rilievo sanitario

Alla data del 31.12.2005, nel territorio provinciale, gli anziani assistiti in assistenza domiciliare, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, sono 624, con un incremento, rispetto all'anno precedente, di 10 posti nel Distretto di Fidenza. Sono convenzionati con l'AUSL 41 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio; i 6 Comuni con i quali non sono state stipulate le convenzioni si trovano nel Distretto Valli Taro e Ceno. Si tratta di piccoli Comuni con un territorio montano vasto, in cui è realmente difficile garantire l'organizzazione di un servizio d'assistenza domiciliare che eroga interventi secondo i requisiti richiesti dalla convenzione. E' crescente ed elevata la percentuale delle persone che hanno usufruito anche di interventi ADI, a testimonianza delle problematiche sanitarie e della complessità delle situazioni in carico. La sostanziale stabilità del numero di Anziani in carico con i requisiti previsti dalla normativa regionale a fronte del processo di invecchiamento della

popolazione e dell'aumento delle scelte di domiciliarità, manifesta un cambiamento delle esigenze dell'anziano e della sua famiglia orientati più a richiedere interventi per un periodo limitato nel tempo oppure singoli e specifici interventi settimanali, a volte a supporto/addestramento delle assistenti familiari private. Di fronte a tali processi di cambiamento della domanda ed al trend d'invecchiamento della popolazione, i modelli organizzativi tradizionali dei servizi domiciliari devono essere ripensati, riconoscendo e sostenendo l'impegno delle famiglie che scelgono la domiciliarità, attraverso scelte innovative. Di fatto stanno emergendo progettualità territorialmente definite e specifiche sulla base dei singoli contesti e differenti bisogni (interventi di monitoraggio e supporto all'assistenza privata, progetti di socializzazione, prese in carico "leggere"), che costituiscono delle prime esperienze da consolidare, potenziare e soprattutto inserire in un disegno coerente più ampio.

I Centri Diurni

I servizi semiresidenziali finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento. I servizi, in stragrande maggioranza rendono disponibile un servizio che copre tutti i giorni feriali e tutto l'arco della giornata. Gli elementi di flessibilità introdotti negli ultimi anni nei Centri Diurni della città e in diverse realtà periferiche riguardano la possibilità di diversificare la frequenza in termini di orari e giornate, sulla base di progetti individualizzati. Ciò consente un utilizzo del Centro Diurno regolato sulle esigenze della famiglia e sulle condizioni psicofisiche degli anziani. Permane tuttavia carente la presenza dei centri diurni nei piccoli Comuni delle zone montane e d'altra parte, i tempi di percorrenza in zone vaste e montuose, la difficoltà di trasporto di persone non autosufficienti ed in situazione di labile compenso, rendono difficile l'utilizzo di centri diurni non appartenenti ad aree geografiche circoscritte.

Le strutture residenziali

La rete dei servizi residenziali è distribuita in maniera non ancora omogenea sul territorio, nonostante le azioni di riequilibrio operate negli anni precedenti e, nell'anno 2005 e soprattutto nel Distretto Sud-Est con il convenzionamento di due nuove Case Protette e l'avvio dei posti di RSA nel Centro Cure Progressive. Sul fronte della domanda si è assistito, negli ultimi anni, ad un contenimento, rispetto al passato, delle richieste di ricovero, soprattutto nei Distretti periferici, ma, nel contempo, ad un progressivo aggravamento delle condizioni di disabilità e ad una crescente complessità del quadro sanitario-assistenziale delle persone che accedono alle strutture. La classificazione condotta nelle Case Protette, valevole per le convenzioni

dell'anno 2006, ha determinato un incremento del valore medio aziendale del case-mix determinato dalla crescita degli anziani, affetti da demenza con gravi disturbi comportamentali, (gruppo A) e dalla diminuzione degli anziani che conservano delle parziali autonomie (gruppo D).

Il confronto con gli anni precedenti evidenzia:

- un aumento costante e progressivo, nel triennio 2003-2005, degli anziani classificati nel gruppo A, in tutto il territorio, se pure con diversi valori d'incremento. Tale dato che mette in luce la difficoltà dei familiari, spesso a loro volta anziani, di farsi carico per lunghi periodi di tempo della cura di persone dementi, conferma la necessità di investire da una parte nei percorsi di qualificazione di tutte le strutture nell'accoglienza ed assistenza degli anziani affetti da demenza, dall'altra nell'attivazione dei nuclei Alzheimer, nelle strutture di medio-grande dimensione;
- il decremento degli anziani parzialmente non autosufficienti, nei Distretti di Parma e Fidenza. Il dato non modificato del Distretto Valli Taro Ceno e la sostanziale tenuta del gruppo D nel Distretto Sud Est è riconducibile alle zone montane, dove la situazione di isolamento geografico, solitudine e abitazioni inadeguate, rendono estremamente difficoltosa la permanenza al domicilio anche a persone che conservano una parziale autosufficienza;
- una percentuale costante di anziani con elevati bisogni sanitari (gruppo B) nel Distretto di Parma e in diminuzione negli altri tre Distretti. Ciò è riconducibile senz'altro all'elevato turn-over delle persone con gravi problemi sanitari, ma può essere messo in relazione anche all'attivazione negli ultimi due anni degli Hospices, che assolvono la funzione di cura degli anziani in fase terminale di malattia, spesso compiuta negli anni precedenti dalle Case Protette.

La programmazione e le azioni nell'anno 2005

Le linee di fondo del Piano delle Azioni hanno tenuto conto della necessità di rispondere ad alcune delle criticità segnalate ed in particolare:

- la presenza all'interno della rete residenziale di rilevanti problematiche di carattere sanitario sia interne che, soprattutto, afferenti all'Area dei disturbi cognitivi;
- il permanere di significativi livelli di disomogeneità all'interno della rete dei servizi.

Le scelte di fondo poste in essere nel corso del 2005, sono costituite in:

- attivazione di un Programma di Geriatria Territoriale che opera in Staff al Coordinamento delle Prestazioni Socio Sanitarie, funzione quest'ultima istituita, a sua volta, all'inizio dell'anno;
- la riorganizzazione, su base provinciale, del Programma Demenze, con la nomina di un Direttore e di un Responsabile organizzativo.

Oltre a ciò sono state sviluppate, all'interno del Coordinamento delle Prestazioni Socio Sanitarie due tipologie

di azioni rivolte all'Area Anziani:

- azioni di supporto ed accompagnamento dei soggetti della rete socio sanitaria;
- azioni di consolidamento, sviluppo della rete e qualificazione dei processi di assistenza integrati.

Qui di seguito vengono elencate le principali realizzazioni, all'interno di ogni tipologia di intervento, poste in essere nel corso del 2005.

Azioni di supporto ed accompagnamento dei soggetti della rete socio-sanitaria

Processo di aziendalizzazione delle IPAB

L'Azienda USL di Parma ha garantito la propria partecipazione a tutti gli incontri preparatori, in sede distrettuale, organizzati dall'Amministrazione Provinciale, condividendo l'analisi dello stato di attuazione del percorso, le linee e le metodologie per la definizione dei programmi di trasformazione in aziende.

Applicazione a livello locale delle normative regionali

Si è data attuazione alla DGR 2686/04 in materia di Assegni di Cura, che ha introdotto importanti modifiche ed integrazioni rispetto alla normativa precedente. Al fine di assicurare in tutto il territorio provinciale, pari opportunità d'accesso al servizio ed omogeneità nei percorsi, l'A.USL ha coordinato un gruppo di lavoro, composto dai Responsabili dei SAA, che ha rielaborato, confrontandosi con i Professionisti coinvolti dei Comuni e dei Distretti, il regolamento, con particolare attenzione alla definizione di criteri omogenei di priorità, le procedure, la modulistica per la comunicazione con i cittadini ed una scheda con punteggio finalizzata a rendere visibile e confrontabile l'applicazione dei criteri di priorità. Il Regolamento e gli strumenti tecnici correlati sono stati in seguito approvati dai singoli Comitati di Distretto ed applicati nelle singole realtà territoriali. In particolare nel secondo semestre è stata sperimentata la scheda con punteggio che ha ottenuto il gradimento dei cittadini e la cui efficacia nel tradurre la valutazione professionale verrà verificata nei primi mesi dell'anno 2006. E' stato dato pieno adempimento agli obiettivi della normativa mirati all'azzeramento o al forte contenimento delle rette a carico dei cittadini nei servizi residenziali e semiresidenziali ed all'avvio di un processo volto alla definizione di un sistema di determinazione delle tariffe/rette basato sull'analisi condivisa dei costi di produzione. Tutte le strutture residenziali e semiresidenziali hanno mantenuto le rette a carico dei cittadini, in vigore al 31.12.04, ad eccezione di un Centro Diurno. Il 72% delle Case Protette, pari al 53% dei posti letto, ed il 47% dei Centri Diurni, pari al 38% dei posti convenzionati, hanno accettato di usufruire solo della quota base degli oneri a rilievo sanitario, mentre alle rimanenti strutture è stata assegnata la quota aggiuntiva sulla base della valutazione condivisa dei costi di produzione.

Sviluppo di nuove tecnologie domotiche a sostegno della domiciliarità

E' stato avviato, nel Distretto Sud-Est un progetto promosso dall'Amministrazione Provinciale di Parma (Laboratorio Anziani), Università degli Studi, Comuni e Azienda USL, per l'implementazione di tecnologie domotiche negli appartamenti protetti di Ca' Bonaparte, Comune di Neviano degli Arduini.

Revisione delle modalità di riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario

Al fine di sostenere soluzioni innovative di domiciliarità quali gli appartamenti protetti e gli alloggi con servizi rivolti ad anziani non autosufficienti, con particolare riferimento alla città ed alle zone montane, sono state costruite le prime ipotesi per un utilizzo degli oneri a rilievo sanitario flessibile e modulato sui bisogni emergenti dalle specifiche realtà. Tale progetto che avrà carattere sperimentale, è stato approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale ed inserito nella programmazione per gli anni 2006-2007. La sperimentazione verrà monitorata da un gruppo di lavoro rappresentativo delle diverse realtà locali e coordinato dall'Amministrazione provinciale.

Percorso formativo

E' stato realizzato un importante percorso formativo che ha coinvolto tutti i Professionisti :Medici, Infermieri, Assistenti Sociali, Responsabili dei SAA, che operano, a livello delle Unità di Valutazione Geriatrica e di coordinamento delle Unità Operative, nei diversi servizi coinvolti nell'Area Anziani, la cui conclusione è prevista per i primi mesi dell'anno 2006, con la presentazione del documento finale al Collegio di Direzione. Il corso di formazione si è caratterizzato come percorso d'accompagnamento al cambiamento professionale ed organizzativo, finalizzato a migliorare l'attuale assetto organizzativo e a ripensare i saperi professionali in relazione alla necessità d'integrazione, valorizzando le esperienze in essere.

Azioni di consolidamento, sviluppo della rete e qualificazione dei processi di assistenza integrati **Riequilibrio distrettuale ed interdistrettuale dei posti convenzionati**

Sono state realizzate due azioni: la prima relativa alla ridistribuzione dei posti convenzionati all'interno del Distretto Sud-Est, la seconda relativa alla programmazione concertata, nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, del potenziamento, nel biennio 2006-2007, dei posti convenzionati nel Distretto di Parma, fino a raggiungere, al 31.12.07, il parametro medio provinciale, pari al 3,32% sulla popolazione =>75 anni.

Consolidamento e monitoraggio delle nuove tipologie assistenziali

E' proseguita l'attività di consolidamento e monitoraggio dei posti di sorveglianza sanitaria temporanea presso le Case Protette: in particolare sono attivi 2 p.l. a Bardi, 2 p.l. a Varsi, 2 p.l. a Busseto e 2 a Colorno presso le locali strutture protette. Si è consolidata inoltre l'esperienza dei 5 posti ad alta valenza sanitaria per disabilità acquisite in età adulta, presso la Casa Protetta di Colorno, avviata, nel 1° semestre 2004. E' stata attivata a Luglio 2005, la nuova struttura denominata "Centro per le Cure Progressive" presso il Polo Socio Sanitario di Langhirano che comprende 8 posti di Hospice e 4 posti di RSA a degenza breve, in rete con SAA-UVG, a sostegno della continuità assistenziale ospedale territorio. In futuro si prevede l'ampliamento a 12 posti di Hospice e la realizzazione di 8 posti per gravi cerebro mielolesioni.

Interventi di prevenzione e supporto per l'anziano fragile

E' stato avviato, nel Distretto Sud-Est un importante progetto sperimentale, che vede coinvolti tutti i MMG e le Assistenti Sociali dei Comuni, mirato alla conoscenza dei bisogni potenziali di tutti gli anziani =>75 anni, non conosciuti dai servizi (circa 6.000,) alla riformulazione dei criteri di presa in carico, sostituendo ad una strategia d'attesa della domanda e di una frequente risposta in emergenza, un'azione d'intercettazione anticipata del bisogno e una strategia di presa in carico leggera.

Formazione sul campo rivolta ai Professionisti delle U.V.G.

Al fine di implementare in tutto il territorio provinciale, l'applicazione di criteri, metodologie e strumenti uniformi di valutazione, con l'obiettivo di garantire pari opportunità d'accesso ai servizi socio sanitari, equità nella definizione delle priorità, omogeneità dei percorsi e procedure, è stata realizzata una formazione sul campo rivolta ai Professionisti delle Unità di Valutazione Geriatrica, che ha prodotto la definizione condivisa di un pacchetto di strumenti di valutazione multidimensionale, adottato in modo omogeneo in tutto il territorio provinciale.

Definizione del sistema informativo informatizzato dell'area socio sanitaria, a partire dal settore anziani

Sono state poste le basi per l'implementazione di un sistema che nell'arco di un anno, consenta di rilevare i costi individuali sanitari e a rilievo sanitario degli utenti dei servizi socio sanitari. Il percorso prevede una prima fase, da avviarsi il 1° Gennaio 2006, che interesserà gli Anziani inseriti su posto convenzionato delle strutture

residenziali, con possibilità di estensione in un secondo periodo a tutti i posti autorizzati, costituendo una banca dati su base anagrafica, aggregata per struttura e per Distretto, omogenea su tutto il territorio provinciale, in rete con il sistema informativo centrale.

Sperimentazione della metodica RUG Resource Utilization Groups

L'Azienda USL di Parma ha aderito al progetto regionale R.U.G., quale strumento sperimentale per la valutazione e gestione dei programmi assistenziali nelle strutture residenziali per anziani. In accordo con l'Agenzia Sanitaria Regionale è stato progettato il percorso per la sperimentazione della metodica che si avvierà nel corso del 2006 in alcune strutture. Il percorso formativo e le finalità del progetto regionale sono stati presentati a tutte le strutture del territorio provinciale attraverso uno specifico momento seminariale.

Qualificazione dell'assistenza nelle strutture protette

E' stato costituito il Programma Aziendale di Geriatria Territoriale, raccordo funzionale per dare omogeneità aziendale ad un'area di servizi integrati sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali, finalizzato a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Nel corso dell'anno si è provveduto a rendere operativo il rafforzamento ed il coordinamento di quest'area assistenziale attraverso la predisposizione di specifici obiettivi del nuovo programma che consistono:

- nel coordinamento delle UVG aziendali;
- nel coordinamento clinico-organizzativo delle strutture socioassistenziali del Distretto di Parma;
- nello sviluppo di interventi innovativi sull'area delle politiche per gli anziani.

Lo sviluppo di nuove sperimentazioni presso la struttura IRAIA di Parma

Tra i risultati più significativi si ricorda il protocollo d'intesa concordato con la struttura IRAIA per l'avvio di una sperimentazione di qualificazione e riorganizzazione dei percorsi assistenziali. Gli obiettivi prioritari riguardano, nello specifico, il complesso denominato "Villa Parma" e sono di seguito riassunti:

- migliorare l'integrazione tra assistenza primaria e livello specialistico;
- trasformare i posti di una delle due RSA, da anni con scarso turnover, in casa protetta e migliorare l'utilizzo delle risorse infermieristiche nel complesso delle sedi gestite da IRAIA, in particolare per fornire, durante la notte, la copertura infermieristica a tutto il comprensorio di Villa Parma;

- strutturare un nucleo per pazienti con gravi disturbi cognitivi;
- realizzare una infrastruttura informatica all'interno delle strutture IRAIA integrata con la rete informatica AUSL;
- promuovere una reale politica del farmaco.

Nell'arco del secondo semestre si sono consolidate le azioni previste, con particolare riguardo a:

Incontri con i Medici di diagnosi e cura sui temi: criteri e modalità per il contenimento della spesa farmaceutica, integrazione con gli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale, progetto informatico, terapia nutrizionale, visite specialistiche, presentazione linee guida e/o protocolli in materia di prevenzione delle piaghe da decubito, controllo conservazione farmaci, prevenzione infezioni, contenzione.

Progetto pilota sulla politica del farmaco: ad oggi tutte le richieste sono controllate ed inoltrate per via informatica al servizio farmaceutico aziendale; l'applicazione di tale procedimento ha richiesto l'impiego di un operatore tre giorni alla settimana, con il trasferimento dei dati da una postazione presso la Direzione del Distretto. Con l'attivazione del sistema informatico IRAIA/AUSL ciò sarà possibile direttamente da ogni Sezione di assistenza.

Progetto pilota di riordino degli interventi riabilitativi: il progetto ha lo scopo di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intervento riabilitativo; sperimentalmente sono state individuate due differenti articolazioni: una Sezione di cura di Casa Protetta ed un Nucleo di RSA. Sono stati organizzati diversi incontri con tutte le figure coinvolte nel progetto: medico di struttura, fisiatra, fisioterapista, I.P. responsabile attività assistenziali (R.A.A.), addetto all'assistenza di base, per la costruzione condivisa di un percorso progettuale e per la elaborazione e sperimentazione di una cartella riabilitativa. L'obiettivo è di attuare un percorso di presa in carico veramente condiviso fra le figure professionali che ruotano attorno all'ospite e che comporti una razionalizzazione degli interventi con l'evidenza di una efficacia clinica. Al termine della sperimentazione il processo/percorso potrà essere "esportato", previa formazione, ad altre realtà assistenziali.

Progetto odontoiatria: il Programma di Geriatria territoriale, in collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie, ha coordinato all'interno delle rete residenziale, l'applicazione della Delibera regionale sull'odontoiatria per anziani nelle strutture protette. Particolare attenzione è stata dedicata alla valutazione del fabbisogno odontoiatrico attraverso uno screening che ha toccato la totalità degli ospiti. Sulla base dei risultati, si procederà, nel 2006, alla pianificazione degli interventi individualizzati.

Formazione: oltre ad una formazione rivolta ai Medici di diagnosi e cura, si è curata una formazione specifica a tutto il personale sanitario e di assistenza delle Strutture Protette provinciali sul tema delle "Lesioni da Pressione: rivisitazione del protocollo aziendale". Hanno partecipato alla formazione 220 operatori in sei edizioni

ripetute per garantire opportunità di accesso senza interferire sulle attività di istituto. Come prosecuzione del percorso formativo si sono svolti incontri distrettuali per raccogliere le osservazioni dei partecipanti, utili alla riproposizione delle linee guida aziendali che, in questo modo, sono conosciute e diffuse a livello provinciale.

Il progetto demenze

L'Azienda per garantire un efficace confronto fra gli attori che a vario titolo e con approcci culturali diversificati intervengono su un segmento di utenza ad alta complessità sociale, quale è quello dei soggetti affetti da demenza ha istituito il Programma Aziendale Demenze ed ha posto il Direttore del Programma in staff al Coordinatore delle Prestazioni socio-sanitarie. Nell'ambito dei percorsi individuati dal Responsabile del Programma Demenze, al fine di migliorare il raccordo tra processi diagnostici e piani assistenziali, sono stati effettuati i primi incontri con i Medici Referenti dei Nuclei delle Cure Primarie per la definizione condivisa di indicatori di appropriatezza e si è lavorato affinché l'atto di invio al Consultorio sia sostenuto dalle informazioni e dalle valutazioni effettuate dai Medici di Medicina Generale sullo stato di salute degli assistiti, nella logica di favorire una diagnosi precoce e consolidare il rapporto tra Nuclei delle Cure Primarie e Consultori. Con l'obiettivo di concorrere alla rimodulazione della struttura dell'offerta sanitaria provinciale per tale segmento di utenza (PAL 2005-2007) e nella logica dello sviluppo di reti cliniche integrate è stato costituito un gruppo di lavoro formato da professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria impegnato da un lato a definire le modalità di stabilizzazione e di consolidamento delle équipes consultoriali, anche attraverso la revisione della convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, e dall'altro a rinforzare il collegamento strutturato con i reparti ospedalieri in particolare con il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo ed il Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e con l'Unità Operativa di Neurologia del Presidio Ospedaliero Fidenza dell'Azienda USL e l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro.

Attività dei consultori

Vengono di seguito riportati i dati di attività dei Consultori relativi agli anni 2003-2004-2005. Dall'analisi dei dati risulta evidente il progressivo incremento nel corso degli anni delle visite totali effettuate con un aumento di oltre l'80% delle visite di. I lunghi tempi di malattia, la opportunità di monitorarne l'evoluzione al fine di adattare i piani di assistenza, la necessità di garantire un riferimento certo alla famiglia per il controllo delle comorbidità e delle disabilità crescenti, oltre alle verifiche programmate dei piani terapeutici, determinano, a parità d'organico, l'allungamento dei tempi di attesa per prima

visita. Nel corso del 2006, il rinnovo della convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che prevede il potenziamento del monte ore dei Professionisti di area geriatrica e neurologica presso il Consultorio di Parma, nonché l'attivazione di un ambulatorio neurologico nella bassa valle del Distretto Valli Taro e Ceno, consentirà un contenimento dei tempi d'attesa.

Tab.1 Prime visite e visite di controllo

Distretto	2003		
	1° Visite	Visite totale	Totale
Parma	1.018	1.567	2.585
Fidenza	538	309	847
Azienda	1.556	1.876	3.432

Distretto	2004		
	1° Visite	Visite totale	Totale
Parma	962	2.353	3.315
Fidenza	565	598	1.254
Azienda	1.618	2.951	4.569

Distretto	2005		
	1° Visite	Visite totale	Totale
Parma	910	2.720	3.360
Fidenza	559	660	1.219
Azienda	1.469	3.380	4.849

Distretto	Var.% visite totali	Var.% visite controllo
Parma	40,4	73,6
Fidenza	43,9	113,6
Azienda	41,3	80,2

Rapporti con gli Ospedali

In entrambi i Distretti i Consultori hanno rafforzato la collaborazione con reparti interessati da ricoveri di pazienti affetti da deterioramento cognitivo, garantendo consulenze per i casi segnalati e stabilendo un contatto diretto con i familiari per visite di follow-up in regime di post-ricovero, sia per approfondimento diagnostico, che per puntualizzazione della terapia. Il Consultorio di Parma ha continuato a garantire la possibilità di frequenza per tirocini teorico-pratici a specializzandi di reparti geriatrici e neurologici e delle scuole di specialità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma anche per lunghi periodi. Nel 2005 si sono formati 3 specializzandi in geriatria, uno specializzando in neurologia e tre psicologi sono stati seguiti in tirocinio post-laurea (30 ore /sett) per un periodo da sei mesi ad un anno.

Rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale

La crescita in ambito provinciale, in modo non omogeneo e prevalentemente a carico di alcuni Distretti, di

proposte terapeutiche effettuate da medici a vario titolo coinvolti nella gestione del soggetto affetto da demenza e le richieste improprie di visite psichiatriche ai CSM finalizzate solo all'ottenimento di piano terapeutico con antipsicotici per l'incidenza di disturbi comportamentali, ha indotto ad istituire un gruppo di lavoro formato da professionisti di DSM e Consultori all'interno della rete territoriale demenze con l'obiettivo di:

- individuare e condividere linee-guida terapeutiche, farmacologiche e non, per soggetti affetti da patologie psichiatriche e dementigene;
- definire percorsi reciproci di consulenza;
- rispondere in modo integrato a situazioni di crisi.

Rapporti con i Servizi della rete socio-sanitaria I Centri diurni

Individuando nella qualificazione dei Centri Diurni, uno strumento in grado di sostenere la domiciliarità e tenuto conto delle pregresse esperienze condotte dal Consultorio di Parma, è stata progettata la sperimentazione di un programma di stimolazione cognitiva rivolto agli operatori di tre centri diurni in ambito aziendale (DGR 2482/04). Per quanto riguarda il Centro Diurno di Fidenza, che da tempo accoglie pazienti affetti da demenza e mantiene stretti collegamenti con il Consultorio, ubicato nello stesso stabile, è stata avviata da parte del Comune la procedura per il riconoscimento di centro diurno specializzato. Nel 2005 i Centri Diurni dei Comuni di Fidenza e di Fontanellato, quest'ultimo chiamato progetto "Domenicando", hanno ampliato i giorni di apertura comprendendo la domenica. A Parma, con riferimento al Centro Diurno "Il Campo" ubicato nel contesto del Centro servizi in cui sono situati Casa Protetta Sidoli e Consultorio, sono presenti da tempo buone pratiche di collaborazione che prevedono la consulenza specifica da parte dei Professionisti del Consultorio e percorsi condivisi di inserimento di anziani in carico al Consultorio stesso. E' stato elaborato per i soggetti seguiti dal Consultorio ed inseriti nel Centro Diurno uno specifico progetto di stimolazione cognitiva centrata sulla persona, esportando le modalità già sperimentate presso il Consultorio attraverso il trasferimento delle competenze agli operatori del Centro Diurno. Nel Distretto di Parma il Centro Diurno Montanara oltre l'accoglienza per 7 giorni, offre anche ai soggetti affetti da deterioramento cognitivo la permanenza notturna finalizzata a fornire periodi di sollievo alle famiglie e a garantire accoglienza in caso di temporanea impossibilità del nucleo familiare.

Le Case Protette

Nel Comune di Fidenza la Casa Protetta ha continuato a destinare due posti di sollievo estivo, da giugno a settembre, in favore di soggetti affetti da demenza e che frequentano il contiguo Centro Diurno; posti di sollievo sono presenti anche in altri tre Comuni nella misura di

uno per Comune. Nel Distretto Valli Taro e Ceno, pur non essendo previsti posti dedicati, è possibile effettuare ricoveri sollievo nell'ambito dei posti normalmente autorizzati. Nel Distretto di Parma si sono svolti, nell'ultimo trimestre 2005, i primi incontri e sono stati effettuati i primi sopralluoghi per la realizzazione all'interno di una struttura IRAIA di un nucleo specializzato nell'accoglienza temporanea e nell'assistenza di soggetti affetti da demenza.

Il sostegno dei familiari e l'integrazione con le associazioni di volontariato

In accordo con Comuni ed associazioni di volontariato sono stati mantenuti e potenziati nei Distretti programmi tesi al sostegno dei familiari, sia realizzando attività di cura e/o socializzazione a favore di soggetti affetti da demenza, consentendo in tal modo anche momenti di libertà al caregiver, sia attraverso momenti di incontro e confronto per i familiari e la rete amicale all'interno dei Consultori e sul territorio (gruppi di stimolazione cognitiva- danzoterapia - cicli di incontri di formazione e sostegno rivolti alle famiglie- consulenze psicologiche e legali - Caffè del giovedì). Entrambe i Consultori hanno attivato percorsi di informazione/formazione rivolti ai familiari ed altri caregivers informali attraverso cicli di incontri monotematici. Nei Distretti sede di Consultorio sono state realizzate attività di sostegno e promozione di gruppi di auto-aiuto e di formazione del volontariato locale. Nel Distretto di Fidenza un gruppo di volontari costituitosi in associazione ha continuato a garantire un punto telefonico di ascolto e collabora all'attività di socializzazione per i pazienti dementi nel "Caffè del giovedì". Anche nel Distretto di Parma è stato proposto da AIMA un percorso di 10 incontri, a cadenza mensile, rivolti ai familiari integrato con amici e conoscenti degli stessi consentendo la costruzione di un clima di sostegno reciproco. Sempre a sostegno della famiglia il Consultorio di Parma ha garantito 505 colloqui psicologici a 255 soggetti. Alcuni colloqui si sono esauriti al primo contatto, 40 soggetti hanno sostenuto 3 o più colloqui. Per quattro familiari, con necessità e motivazione ad elaborare vissuti, emozioni e dinamiche relazionali sono stati realizzati cicli di incontri della durata di 10 settimane. Per tutti i soggetti sottoposti a valutazione neuropsicologica seguita da diagnosi di demenza, la comunicazione della diagnosi è stata effettuata dalle psicologhe, attraverso colloquio individuale. Consulenze su problematiche assistenziali sono state direttamente garantite dalle AdB del Consultorio o attraverso l'invio ai servizi di riferimento. Consulenze legali sono attivate grazie all'AIMA, disponibile al bisogno ad offrire il servizio attraverso un proprio consulente. Nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno, le assistenti sociali responsabili del caso dei Comuni hanno regolarmente fornito consulenze socio-assistenziali e previdenziali ai familiari di pazienti affetti da demenza. La mancanza di una figura di psicologo non ha invece consentito nel 2005 di for-

nire consulenze psicologiche. Ad integrazione sanitaria e con l'obiettivo di favorire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto domiciliare, per l'anno 2005 è proseguita l'erogazione di assegni di cura a sostegno della progettualità a domicilio. Nell'ottica della domiciliarità il Comune di Parma ha promosso un progetto speciale sperimentale denominato "Assegno Sociale" rivolto ad anziani ed adulti affetti da forme certificate di demenza, assistiti al domicilio da assistenti famigliari private regolarmente assunte. L'assegno è una nuova risorsa della rete dei servizi socio-assistenziali e, in quanto tale, contribuisce ad arricchire la possibilità di offrire risposte personalizzate ai bisogni della popolazione anziana e degli adulti con patologie assimilabili a quelle geriatriche. La sua erogazione è vincolata alla definizione e all'attuazione di un Progetto Assistenziale Individualizzato, elaborato dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso e dall'UVG insieme all'anziano e alla sua famiglia.

La sicurezza alimentare

Nel corso degli ultimi cinque anni vi è stata una completa evoluzione della normativa della Unione Europea. A partire dalla pubblicazione del «Libro bianco sulla sicurezza alimentare» dell'anno 2000 che assume come principio l'analisi del rischio, mette al centro la figura del "consumatore" e afferma l'importanza che tutte le fasi del processo decisionale siano trasparenti, si passa per la tappa fondamentale del "Regolamento (CE) 178/2002" 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 per arrivare nell'anno 2004 all'emanazione dei regolamenti del cosiddetto "pacchetto igiene". Si è conclusa la prima parte del percorso del gruppo Piani per la Salute: "Sicurezza Alimentare", che ha visto la realizzazione di due manuali di riferimento per la attuazione degli autocontrolli da parte degli operatori della filiera alimentare, nei settori pomodoro e parmigiano reggiano. Tale iniziativa a cui hanno partecipato tutte le forze provinciali interessate, quali le associazioni professionali agricole, le associazioni della piccola e media industria, le cooperative, l'Unione Industriali e le associazioni del commercio ha visto il coinvolgimento anche delle associazioni dei consumatori. Lo spirito dell'iniziativa è stato quello di "condividere" tra tutti gli attori del settore alimentare, operatori della filiera alimentare, consumatori e autorità di controllo, i principi di sicurezza alimentare, basati sull'utilizzo della evidenza scientifica per le decisioni da prendere, sulla trasparenza delle azioni da intraprendere e sulla informazione dei risultati ottenuti. Questo nuovo modello di sicurezza alimentare 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-zoo-tecnica-industriale del territorio.

- Allevamenti bovini da latte: 2.500 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

Per di più la presenza nella città di Parma della sede "dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare" mette, di fatto, tutto il "sistema Parma", costituito in particolare dalle note filiere agroalimentari del prosciutto, del Parmigiano Reggiano e conserve di pomodoro, sotto una "particolare lente d'ingrandimento". In questo contesto il DSP ha operato con 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 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 2005 si è quindi lavorato per rispondere alla richiesta, proveniente dal mondo produttivo, di maggiore trasparenza, omogeneità e qualità attraverso:

I percorsi formativi per gli operatori

Si sono tenute riunioni specifiche sui temi della nuova normativa della UE; un corso sui temi della qualità e dell'accreditamento per gli operatori SVET e SIAN.

Lavorare per procedere e struzioni operative

Sono state validate nel corso dell'anno 8 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). Nella volontà della massima trasparenza e collaborazione, prima della validazione, vi è stata una fase importante di coinvolgimento delle associazioni di categoria; è stata presentata la procedura e ci si è confrontati per accogliere suggerimenti e osservazioni.

Informazioni 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

Proprio in ragione della forte vocazione della provincia in campo agrozootecnico e dell'arrivo dell'Authority Alimentare è stato individuato dalla Conferenza Territoriale sociale e sanitaria questo specifico piano. Sono state individuate due filiere produttive, dai campi alla tavola, che caratterizzano il sistema agricolo Provinciale:

- Pomodoro
- Latte per il Parmigiano Reggiano.

In questo "piano" sono stati coinvolti su base volontaria i vari soggetti interessati a queste filiere che si sono suddivisi in sei "gruppi di lavoro" rispetto alla fase produttiva svolta nella filiera, ai fini della elaborazione di documenti guida per l'implementazione del Progetto. I lavori si sono conclusi alla fine dell'anno e verrà fatta una presentazione pubblica nell'anno 2006.

Informatizzazione attività

Si sono raggiunti ottimi risultati grazie al notevole lavoro per la completa informatizzazione dei Servizi ritenuta necessaria per il buon governo dell'attività:

- dotazione di unico "server aziendale" a cui collegare le singole strutture territoriali SVET e SIAN;
- uso dei "Web's Service" per la trasmissione dei dati per la "Banca Dati Nazionale" dell'anagrafe bovina mediante la realizzazione di un programma dedicato;
- registrazione dati di attività: coinvolgimento di tutti gli operatori del Servizio Veterinario per la registrazione di tutti i dati di attività sull'unico server aziendale permettendo la fruizione in tempo reale di tutte le informazioni.
- informatizzazione del SIAN: estensione del programma informatico "Sfera Carta" del servizio Veterinario per avere un unico programma con identiche modalità di registrazione. Nell'anno 2006 si passerà alla registrazione dell'attività anche degli operatori del SIAN;.

Progetto AUSL di Parma - Regione Emilia Romagna

«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"). Il progetto è stato predisposto, confrontato e condiviso con l'agenzia

sanitaria regionale allo scopo di rispondere alle mutate esigenze nella esecuzione delle attività del controllo ufficiale in Sanità Pubblica, in virtù delle intenzioni del legislatore e del quadro normativo tecnico internazionale, nel settore agro alimentare. Lo strumento individuato parte dalla realizzazione di un percorso di formazione e addestramento, di un selezionato gruppo di operatori del controllo ufficiale delle Aziende Sanitarie regionali, alle metodologie di gestione globale della qualità. Congiuntamente è ipotizzata la costituzione di un organismo di ispezione, funzionante secondo i criteri ed i riferimenti della norma UNI CEI EN 45004 "Criteri generali per il funzionamento dei vari tipi di organismi che effettuano attività di ispezione" (vedi EN 45004), nell'ambito della ASR ai fini degli audit organizzativi sui servizi SVET e SIAN per conto della Regione. Il progetto è stato approvato con delibera regionale nel dicembre 2005 e appositamente finanziato. Tale iniziativa, mediante le fasi in cui si articola, permetterà il raggiungimento di tre obiettivi:

- supportare la Regione per la determinazione delle procedure di controllo appropriate, in funzione della fase della filiera alimentare.
- definire lo standard di funzionamento di un'entità di controllo, rispetto agli obblighi previsti dalla Unione Europea (Reg. 882/2004), con riferimento alla norma EN 45.004.

- formare, addestrare e validare un iniziale nucleo di operatori del controllo ufficiale, ai principi e alle modalità di lavoro in qualità certificata, da utilizzare negli audit regionali sulle aziende sanitarie ed ai fini della formazione degli operatori del controllo ufficiale.

Con l'approvazione dei nuovi regolamenti Comunitari del "Pacchetto Igiene" è iniziato un percorso di formazione sul personale e di "accreditamento" dei servizi SVET e SIAN. Tenendo conto della particolare vocazione agroalimentare del territorio e della necessità di garantire la "sicurezza alimentare" della nostra produzione, si è iniziato a lavorare per procedure al fine di garantire i criteri di omogeneità, trasparenza e qualità nell'attività dei servizi. Questo approccio ha permesso di affrontare anche le varie emergenze sanitarie, come l'aflatossina, in modo efficace e condiviso. Un importante risultato per i servizi veterinari e servizi di igiene alimenti e nutrizione: la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto la competenza specifica in tema di sicurezza alimentare e certificazione di qualità dei nostri servizi, affidando loro un incarico importante: realizzare un'"Agenzia per l'ispezione". Si tratta di un organismo che, coinvolgendo tutte le Aziende Sanitarie regionali, diventerà punto di riferimento, in questo settore, per la Regione.

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 2005

05