

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

BILANCIO DI MISSIONE

2008

SEZIONE 1 CONTESTO DI RIFERIMENTO	1
Territorio	3
Collocazione geografica	3
Distribuzione territoriale della popolazione residente	4
Ambiente	5
Inquinamento atmosferico	5
Popolazione	10
Struttura demografica della popolazione residente	10
Indice di vecchiaia e di dipendenza	12
Percentuale di anziani e grandi anziani	13
Composizione delle famiglie	14
Presenza di stranieri	15
Speranza di vita	20
Natalità	20
Gravidanza e natalità a Parma – Cedap	22
Condizioni socio-economiche	23
Livello di istruzione	23
Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	25
L'associazionismo	27
Osservazioni epidemiologiche	29
Mortalità	29
Morbosità	33
Stili di vita	36
Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute	36
Dipendenze patologiche	45
Sicurezza	47
Incidenti stradali	47
Infortuni sul lavoro	48
Gli infortuni in provincia di Parma nel periodo 2000 – 2007	48
La gravità degli infortuni	52
Gli infortuni nei lavoratori stranieri in provincia di Parma	53
Infortuni domestici	56
Conclusioni	57
I Distretti In Cifre	58

SEZIONE 2 PROFILO AZIENDALE	62
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	64
Sostenibilità Economica	64
Sostenibilità finanziaria	71
Sostenibilità patrimoniale	73
Impatto sul contesto territoriale	78
Impatto economico	78
Impatto sociale	79
Impatto culturale	80
Mobilità aziendale	82
Sviluppo sostenibile	83
Livelli essenziali di assistenza	84
Costi e finanziamento	84
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	88
Sviluppo dei programmi regionali di screening	88
Copertura vaccinale nei bambini	90
Copertura vaccinale nella popolazione anziana	94
Controllo sugli ambienti di lavoro	95
Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari	96
Assistenza distrettuale	98
Assetto organizzativo	98
Assistenza residenziale e semiresidenziale	101
Assistenza domiciliare	102
Area Handicap	106
Psichiatria	107
La rete delle cure palliative ADI e Hospice	108
Consultori familiari	114
Spazio immigrati	120
Salute Mentale	123
Dipendenze Patologiche	125
Assistenza protesica	128
Assistenza farmaceutica	132
Assistenza specialistica ambulatoriale	134
Assistenza Ospedaliera	149
Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense	151
Ospedale di Borgo Val di Taro	152
Tasso di ospedalizzazione	154
Mobilità passiva	158
Tempi di attesa	161
Piano Sangue	162
Qualità dell'assistenza	164
Basso Peso Alla Nascita	164
Ricoveri Per Polmoniti ed Influenza negli Anziani	164
Diabete, complicanze a breve termine	165
Diabete, complicanze a lungo termine	165
Parto Cesareo	166
Mortalità Intraospedaliera a seguito d'interventi chirurgici in elezione e a basso rischio	166
Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto	167
Tasso di ospedalizzazione evitabile	168

SEZIONE 3 OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI	171
Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	174
L'attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	174
Atto di indirizzo e coordinamento della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria	175
Profilo di Comunità	175
Elaborazione del Piano Attuativo Locale 2009/2011	176
Le progettualità dei Comitati di Distretto	176
I Comitati di Distretto e la promozione delle lauree in "Infermieristica"	179
I Piani per la Salute: promuovere la salute attraverso la partecipazione diretta di enti, associazioni, singoli cittadini	182
Universalità ed equità di accesso	185
L'assistenza ospedaliera	185
Liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri	186
Mobilità Passiva	187
La programmazione dei controlli	187
Ospedale di Fidenza - San Secondo	188
Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro	191
Accordi interaziendali	194
Il governo delle liste di attesa	195
Percorsi per l'accreditamento e la qualità	198
La prevenzione individuale	199
La prevenzione collettiva	201
Attività distrettuale e cure primarie	202
Area della Salute Mentale	206
Area Anziani e il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	211
Area disabili	213
Minori	214
Centralità del cittadino	215
I Comitati Consultivi Misti	215
Il Comitato Consultivo Misto Aziendale per la Salute Mentale	218
La qualità nel rapporto con i cittadini	218
Lo Sportello Unico per le Imprese	220
Le relazioni con le associazioni degli immigrati	220
Le Associazioni degli emigranti all'estero delle Val Taro e Val Ceno	221
Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	222
Appropriatezza clinica ed organizzativa	222
Le reti cliniche	222
La gestione del rischio	237
Sviluppo di percorsi multiprofessionali e presidio della continuità assistenziale	240
Attività dell'area Vasta Emilia Nord (Aven)	243
Promozione del cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo	249
Eccellenza clinica	249
Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	250
Progetto "Governo Clinico"	251
Health technology assessment	253
Eccellenza organizzativa	254
SEZIONE 4 CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE	264

La “carta di identità” del personale	266
Altri rapporti con personale non dipendente	270
I professionisti e la vita aziendale: partecipazioni alle decisioni e responsabilità	270
Elementi di rilievo dell’attività del Servizio Infermieristico e Tecnico	270
Gestione del rischio e della sicurezza	273
Valutazione dei rischi	273
Gestione delle Emergenze	274
Gestione del rischio e sicurezza	276
Medico competente: visite mediche preventive e periodiche D.Lgs 81/2008	280
Attività di partecipazione alla Valutazione dei Rischi (art 25 DLgs 81/2008)	282
Attività di formazione	282
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	283
Incarichi personale Aree dirigenziali	283
Incarichi personale Area Comparto	285
Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze	286
DIRIGENZA anno 2008	287
COMPARTO anno 2008:	288
Il Piano Aziendale di Formazione	289
SEZIONE 5 - SISTEMI DI RELAZIONE	293
Ruolo e strategia comunicativa	294
La comunicazione per l’accesso ai servizi	295
I meccanismi di coordinamento	295
Gli strumenti per l’accesso	296
Lo sviluppo del sito Internet	296
La rassegna delle documentazioni e delle pubblicazioni	298
La comunicazione per la gestione individuale dell’assistenza	300
L’informazione al momento dell’accesso	300
Il consolidamento del Progetto SOLE	300
Le potenzialità della banca dati del Numero Verde	301
La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	301
Le progettualità con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria	302
La comunicazione e la programmazione negoziata in ambito distrettuale	302
La comunicazione e la prevenzione	302
La comunicazione esterna per l’identificazione dell’Azienda	304
I rapporti con i mezzi di informazione	304
Trasmissioni e spot per le emittenti radiotelevisive locali	305
La comunicazione interna aziendale	306
La newsletter “Flash d’Azienda”	307
La rete intranet aziendale e la rassegna stampa on-line	307
L’accesso alle biblioteche on-line	308
L’attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni	308
SEZIONE 6 - RICERCA E INNOVAZIONE	310

Progetti di modernizzazione	312
La telemedicina	313
Altri ambiti di ricerca e modernizzazione	314
Area Socio-sanitaria	314
Area Clinica e Organizzazione di servizi sanitari	315
Alta Tecnologia	315
Innovazione tecnologica	315
Area della Prevenzione	316
Area della Salute Mentale	317
Area Dipendenze Patologiche	321
Attività del Comitato Etico Unico	326
SEZIONE 7 - OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE: LA COSTRUZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE	328
La costruzione del Piano Attuativo Locale	328
Atto di indirizzo	329
La definizione delle linee strategiche del PAL	331
Le priorità strategiche	332
La costruzione del PAL attraverso i gruppi di lavoro	332

SEZIONE 1 CONTESTO DI RIFERIMENTO

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:

1.1 Territorio;

1.2 Ambiente;

1.3 Popolazione;

1.4 Condizioni socio-economiche;

1.5 Osservazioni epidemiologiche;

1.6 Stili di vita;

1.7 Sicurezza.

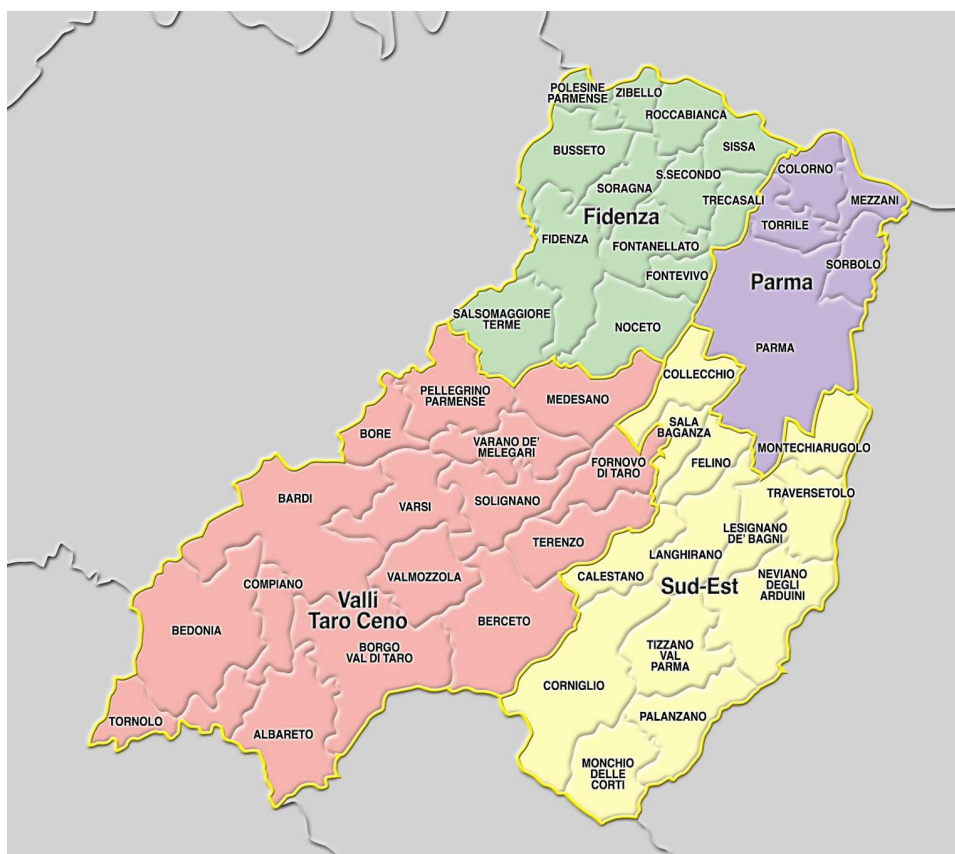
TERRITORIO

COLLOCAZIONE GEOGRAFICA

La provincia di Parma, in cui l'Azienda Usl di Parma, con i suoi quattro Distretti, svolge l'attività istituzionale, presenta una superficie di 3.449 Km², ponendosi così al secondo posto in Regione per estensione.

I suoi confini sono condivisi con altre 3 regioni (Lombardia, Liguria, Toscana), per un totale di 7 province: Piacenza a ovest, Reggio Emilia a est, a nord Cremona e Mantova, a sud Massa Carrara, La Spezia e Genova. Sviluppandosi tra il fiume Po e l'Appennino Tosco Emiliano, la provincia di Parma si caratterizza per una composizione geofisica diversificata. Il territorio risulta, infatti, composto per il 25% da pianura alluvionale, la Pianura Padana, da un restante tratto collinare e uno montano, la cui estensione la posizionano al primo posto in regione. Il territorio forestale e boschivo si estende per circa il 38%, arrivando a punte di 80% in alcuni comuni appenninici.

FIGURA 1 CARTINA GEOGRAFICA DELL'AZIENDA USL DI PARMA E DEI SUOI DISTRETTI



Fonte: Elaborazione Azienda USL di Parma.

La presenza di corsi d'acqua è buona, ma, essendo a regime mutevole, si alternano piene, a volte tumultuose, a secche desolate. Discendono dal versante appenninico in direzione Sud Nord e, tipicamente, sfociano nel Po. Per mettere in sicurezza il territorio del capoluogo dai rischi idrogeologici di una piena del torrente, nel 2005 è stato creato un bacino di raccolta pochi chilometri a sud del centro urbano, attraverso una barriera lunga oltre 260 metri e alta 24. L'invaso può arrivare a contenere dodici milioni di metri cubi d'acqua.

Ma è l'instabilità geomorfologica, e la conseguente pericolosità, che presenta ancora aspetti rilevanti. Partendo dal presupposto che il territorio collinare-montano raggiunge un'estensione pari al 75% di quella complessiva, posizionandosi, così, al vertice nella Regione, la superficie totale dei dissesti interessa circa 675 kmq di territorio, con un totale di circa 18.000 frane tra attive, quiescenti e stabilizzate. L'indice di franosità dell'intero territorio provinciale risulta essere di 26,1%, con punte massime, fra le più elevate in regione, di 47,9% del comune di Varsi e di 47,3% di Tizzano Val Parma, ma con la numerosa presenza, a seguire, di comuni dagli indici numericamente inferiori, ma sicuramente non meno critici. (fonte: Variante P.T.C.P. L'aggiornamento della Carta del Dissesto idrogeologico, 19 marzo 2008, Amministrazione Provinciale di Parma).

Il territorio della provincia è attraversato in direzione ovest-est dall'arteria autostradale dell'A1 e in direzione nord-sud dall'A15 (detta anche Autocamionale della Cisa), importante sbocco viario verso il mare. Parallelamente alla A1 corrono: la vitalissima Strada Statale 9, la storica via Emilia, e la linea ferroviaria Milano Bologna, in cui si innestano 5 rami minori. L'aeroporto Giuseppe Verdi, nei pressi della città, e l'interconnessione ferroviaria che collegherà la stazione cittadina alla linea ad alta velocità, completano una dotazione logistica di rilievo.

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Distribuzione della popolazione per zone altimetriche

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

TABELLA 1 DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO E ZONA ALTIMETRICA

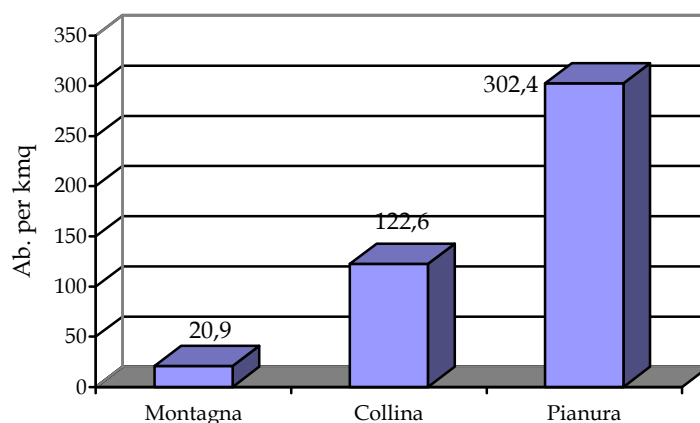
Zona altimetrica	Montagna	Collina	Pianura	TOTALE
Distretto Fidenza	0	56,5%	43,5%	100,0
Distretto Parma	0	0	100,0%	100,0
Distretto Valli Taro e Ceno	53,5%	46,5%	0	100,0
Distretto Sud-Est	9,1 %	76,8%	14,1%	100,0
TOTALE	7,4%	31,3%	61,3%	100,0

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Negli ultimi 4 anni si è assistito ad una progressiva diminuzione della popolazione nella zona montana (- 0,5%), a favore di quella collinare, mentre è rimasta invariata la quota relativa alla pianura.

La densità abitativa, che nel complesso è di 123,4 ab/km quadrati, presenta una disomogeneità tra i quattro Distretti e le tre tipologie altimetriche, che si è accentuata negli ultimi anni, evidenziando il costante spopolamento delle zone appenniniche. Infatti, dal 2005 al 2008 la densità abitativa della montagna è passata da 21,5 ab/km quadrati a 20,9.

FIGURA 2 DENSITÀ ABITATIVA DEL TERRITORIO (AB/KM QUADRATI)



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Ovviamente il dato relativo alla pianura risente della presenza della città capoluogo di provincia che, con i suoi 178.718 abitanti e una densità di 685,3 ab/km quadrato, influenza in maniera decisiva il risultato.

TABELLA 2 DENSITÀ ABITATIVA PER DISTRETTO

Distretto	Min	Max	Totale
Parma	108,9 (Mezzani)	685,3 (Parma)	500,3
Fidenza	59,2 (Polesine P.)	260,4 (Fidenza)	151,9
Valli Taro e Ceno	9,3 (Valmozzola)	117,5 (Medesano)	31,3
Sud Est	12,7 (Corniglio)	226,2 (Collecchio)	80,2

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

AMBIENTE

INQUINAMENTO ATMOSFERICO

Aria

L'inquinamento atmosferico è determinato dalla presenza nell'aria di una o più sostanze indesiderabili o estranee, in quantità e per una durata tale da alterare la salubrità dell'aria stessa e da costituire un pericolo per la salute, a partire dai gruppi più suscettibili: anziani, bambini, soggetti affetti da patologie croniche. Le polveri fini (PM10 e PM2,5) sono gli indicatori più frequentemente associati a rischi per la salute, come dimostrato da numerosi studi epidemiologici. Gli effetti nocivi possono essere sia di tipo acuto, manifestandosi nei giorni in cui la concentrazione degli inquinanti è più elevata (aggravamento di sintomi respiratori e cardiaci in soggetti predisposti, infezioni

respiratorie acute, crisi d'asma, disturbi respiratori o ischemici), sia di tipo cronico, per effetto di esposizioni di lungo periodo (bronchite cronica, diminuita capacità polmonare, tosse).

Nella tabella seguente vengono riassunte le conseguenze per la salute ad un aumento di 10 microg/m³ di PM 10. Per quanto riguarda il nostro territorio, la percentuale di giornate/anno con valori di PM10 nella norma sta progressivamente aumentando, passando dal 39% del 2001 al 67% del 2008 (limite 2010). Tale andamento favorevole, riscontrabile su tutto il territorio regionale, è anche frutto della collaborazione tra enti e dei provvedimenti presi all'interno dell'Accordo di Programma. In particolare, il 7° Accordo di programma prevede l'impegno all'attuazione di misure riguardanti la mobilità sostenibile, la logistica regionale, l'uso razionale dell'energia, l'edilizia sostenibile e le attività produttive.

TABELLA 3: PM10 IN EMILIA ROMAGNA. NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI. LIMITE 50µg/M3

Province		PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN
2005	> 50 µg/m ³	100	100	83	108	100	91	80	67	63
	dati validi	339	328	227	320	337	326	254	312	346
2006	> 50 µg/m ³	120	90	146	130	108	91	50	121	79
	dati validi	331	319	343	343	322	297	363	349	349
2007	> 50 µg/m ³	136	95	149	147	122	104	23	113	86
	dati validi	364	355	365	365	365	365	365	365	359

Fonte: "Elaborazioni ARPA su dati provenienti dai Rendiconti comunali"

Acque

Acque destinate al consumo umano dal Piano provinciale di tutela delle acque

I principali corsi d'acqua della provincia sono il Taro, con il suo affluente Ceno, il Parma con il suo affluente Baganza e l'Enza al confine con la provincia di Reggio Emilia. Tali bacini sono interessati nel tratto collinare da significativi prelievi industriali di acque di subalveo mediante pozzi, e nella stagione tardo primaverile- estiva da rilevanti derivazioni irrigue per il rifornimento dei territori dell'alta pianura. Nell'anno medio trovano ancora sufficienti risorse defluenti nei mesi di Maggio e Giugno, che diventano inferiori alle necessità in Luglio e Agosto, per effetto di portate esigue e richieste massime, con l'integrazione, di conseguenza, di acque sotterranee, ove disponibili.

Le ingenti richieste acquedottistiche della pianura sono tutte soddisfatte da emungimenti dalle falde di conoide dei principali corsi d'acqua. I prelievi industriali della pianura sono puntualmente distribuiti sul territorio, mediante pozzi di adeguata profondità e potenzialità.

Come conseguenza di questa situazione si hanno deflussi naturali estivi dei corpi idrici superficiali pressoché assenti in pianura, con una condizione qualitativa scadente, nonché acquiferi profondi quantitativamente in deficit in termini di ricarica e prelievi e qualitativamente critici relativamente alla presenza di nitrati. Questi ultimi sono legati essenzialmente all'infiltrazione di acque di pioggia dai suoli agricoli, arricchite dalle sostanze azotate derivanti dall'utilizzo intensivo di fertilizzanti chimici e organici (letami, ma soprattutto liquami zootecnici).

In generale, le principali problematiche di tipo qualitativo sono le seguenti:

- Presenza di nitrati in concentrazioni a volte superiori a 50 mg/l, causata dall'eccessivo apporto di sostanze azotate sulla superficie agraria;
- Sporadica presenza di ferro, manganese o di altri contaminanti di origine naturale, prevalentemente nell'area della bassa parmense;
- Presenza di contaminanti organici, in particolare solventi organici clorurati (PCE) dovuta a inquinamenti puntuali di origine industriale.

La disponibilità di risorsa idrica non ha mai evidenziato rilevanti problemi di scarsità ai fini dell'approvvigionamento dei diversi comparti (civile, industriale ed irriguo): tuttavia, negli ultimi anni, si registra una tendenza alla diminuzione della risorsa, attribuibile sia al fenomeno dell'antropizzazione dei corsi d'acqua, evidente in special modo nell'alta pianura, sia alla riduzione delle precipitazioni medie indotta dai cambiamenti climatici. La zona montana risulta quella maggiormente sofferente: infatti il sistema idrico è costituito da sorgenti estremamente vulnerabili e superficiali, soggette, nel periodo estivo, a notevoli cali di portata. Il problema viene acuito dalla presenza, in alcuni periodi dell'anno, di popolazione turistica. Le altre aree provinciali, compresa la città di Parma, sono servite da pozzi profondi e per ora non presentano particolari criticità se non in alcuni tratti terminali di rete in cui si evidenziano rilevanti diminuzioni di pressione nelle ore di massima richiesta idrica.

In termini di infrastrutture, i sistemi acquedottistici di significative proporzioni presenti nella provincia sono due:

- Emiliambiente (ex ASCAA) ha una lunghezza complessiva di 170 km e serve praticamente tutti i comuni della bassa: si approvvigiona da tre campi pozzi principali, Priorato di Fontanellato, Parola di Fidenza e San Donato di Parma;
- ENIA, che riguarda soprattutto il capoluogo ed è costituito da un anello in cui si immettono direttamente i pozzi di alimentazione.

I comuni dell'area collinare sono invece caratterizzati da reti acquedottistiche distinte, in cui l'approvvigionamento avviene mediante pozzi e/o prese di sub-alveo: nei comuni dell'area montana esiste una notevole frammentazione strutturale a livello delle singole frazioni che si approvvigionano tramite sorgenti e pozzi di sub-alveo.

L'attività dell'AUSL di Parma nell'ambito del controllo delle acque destinate al consumo umano si esplica attraverso il campionamento periodico delle reti e delle fonti acquedottistiche e le verifiche ispettive delle strutture. Nel corso del 2008 sono stati effettuati 1330 campioni destinati ad analisi chimiche e 1259 per analisi batteriologiche, mentre sulle fonti si sono effettuati 280 campioni chimici e 224 batteriologici, nonché 88 ispezioni su fonti di approvvigionamento, serbatoi ed impianti di trattamento.

Acque termali

La provincia di Parma dispone di un'offerta termale ampia e diversificata, grazie alla presenza di acque con caratteristiche differenti: sono principalmente 4 i centri termali.

Salsomaggiore: acqua salsobromiodica, utilizzata già dai Celti e dai Romani per estrarre il sale da cucina, poi dall'800 è iniziato lo sfruttamento termale. Si tratta di acque fredde (16 C), ipertoniche, con elevata concentrazione di Cloruro di Sodio (150 g/litro), Iodio, Bromo e Sali ferrosi, che ossidandosi a contatto con l'aria, ne danno la caratteristica colorazione rossiccia.

Tabiano: acqua fredda (15,6 C), sulfureo solfato calcio magnesiacca ad alto contenuto di bicarbonato e idrogeno solforato. E' considerata una delle acque a maggiore contenuto di solfati e gas sulfurei: le terme vengono definite "del respiro" per lo specifico utilizzo nelle malattie dell'apparato respiratorio.

Monticelli: scoperte per caso nel 1924, sono acque salsobromoiodiche e sulfuree: la elevata concentrazione di bromo le rende tra le più bromurate delle acque termali conosciute.

Sant'Andrea: si tratta di una delle poche stazioni termali a raccogliere in uno stesso bacino acque per bibita (sulfuromagnesiache, solforose e ferruginoso-potassiche ad azione purgativa) e acque per bagni (salsobromoiodiche e sulfureocalciche). I pozzi hanno cominciato ad essere sfruttati a fine '800, dopo che era fallita la ricerca del petrolio.

Rifiuti

La produzione di rifiuti urbani, che può essere considerata indice del carico ambientale generato dai consumi, ha visto nel 2007 una lieve flessione. Nella nostra provincia è stata di 263,3 t/anno (- 0,5% rispetto al 2006), con una produzione pro capite di 619 kg/abitante, -1,7% dal 2006. Analizzando i dati provenienti dal Rapporto 2007 dell'Osservatorio Provinciale Rifiuti, si evince una notevole variabilità tra i Comuni: infatti si passa dai 411,4 kg/ab di Albareto a 1009,3 di Sala Baganza.

La Regione Emilia – Romagna si è da sempre contraddistinta per una politica di valorizzazione della raccolta differenziata che, iniziata con le campagne stradali, ha conosciuto continui e significativi sviluppi a livello locale (raccolta porta a porta, campagne ecologiche ..). Il risultato è stato un costante aumento della percentuale di Raccolta Differenziata, che è arrivata nel 2007 al 39,8%, con un incremento nel quinquennio 2003/2007 del 9,5%. Nella tabella seguente si può notare come Parma superi ampiamente la media regionale, con il 45,2% che è inferiore solo al dato di Reggio Emilia, ed ha conosciuto, sempre nel quinquennio 2003/2007 un aumento del 16,6%.

TABELLA 4 – RACCOLTA DIFFERENZIATA REGIONE EMILIA– ROMAGNA (%) – ANNO 2002–2007

	2003	2004	2005	2006	2007
PC	32,2	33,3	35,3	36,6	38,8
PR	28,6	33,1	34,0	37,8	45,2
RE	42,1	44,8	45,5	47,2	48,7
MO	32,5	35,2	36,8	39,3	42
BO	24,8	25,6	27,2	29,4	31
FE	32,6	38,0	39,2	39,0	40,4
RA	34,7	39,4	40,7	42,0	43,7
FC	20,1	22,1	25,5	30,6	37,5
RN	24,8	22,9	24,0	25,2	35
RER	30,3	32,7	34,2	36,3	39,8

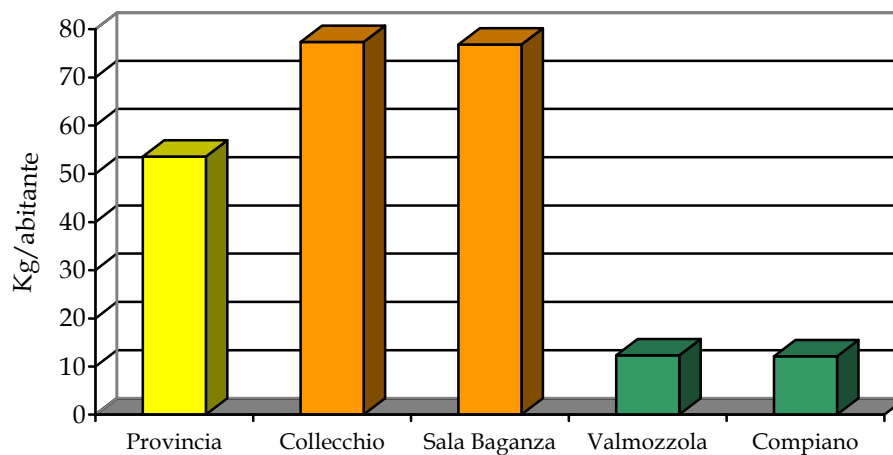
Fonte – Regione Emilia-Romagna

Per quanto riguarda la classifica per comune, si passa dal 73,0 % di Sorbolo al 10,6% di Corniglio: il Distretto di Parma risulta in assoluto il più virtuoso, dato che raggiunge una media del 63%. Passando alle frazioni merceologiche, la raccolta pro capite del 2007 riflette uno sviluppo generalizzato che in alcuni casi ha portato a superare l'obiettivo per il 2012 fissato dal Piano Provinciale Gestione Rifiuti. In particolare, nelle tabelle seguenti si evidenziano i due comuni con i valori più alti e più bassi per tipologia merceologica.

CARTA E CARTONE

OBTV 2012 = 96,50 Kg/ab

	PROVINCIA	65,31 Kg/ab	
COLLECCHIO	102,18 Kg/ab	VALMOZZOLA	15,26 Kg/ab
SALA BAGANZA	83,9 Kg/ab	COMPIANO	14,81 Kg/ab



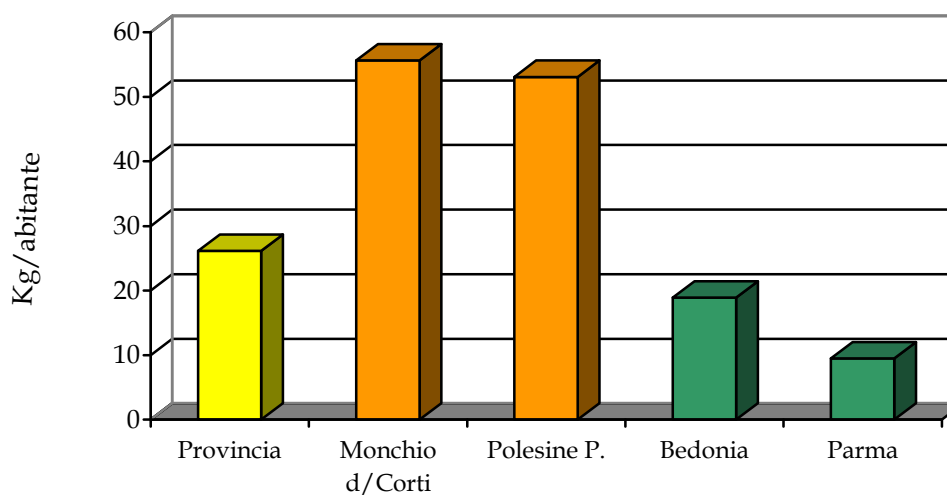
Fonte: Osservatorio provinciale rifiuti

VETRO

OBTV 2012 = 33,90 Kg/ab

	PROVINCIA	26,15 Kg/ab	
MONCHIO D/CORTI	55,66 Kg/ab	BEDONIA	18,88 Kg/ab
POLESINE P.SE	53,11 Kg/ab	PARMA	9,48 Kg/ab

Fonte: Osservatorio provinciale rifiuti



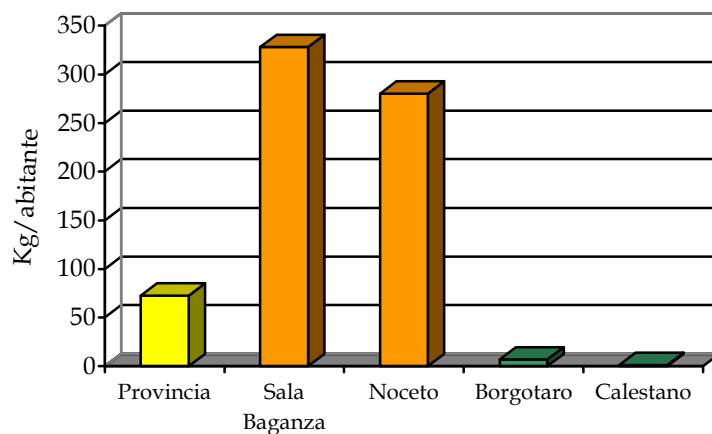
SFALCI E POTATURE*

OBTV 2012 = 67,50 Kg/ab

	PROVINCIA	77,64 Kg/ab	
SALA BAGANZA	327,93 Kg/ab	BORGOTARO	6,95 Kg/ab
NOCETO	280,20 Kg/ab	CALESTANO	1,15 Kg/ab

*19 Comuni non effettuano questo tipo di raccolta differenziata

Fonte: Osservatorio provinciale rifiuti



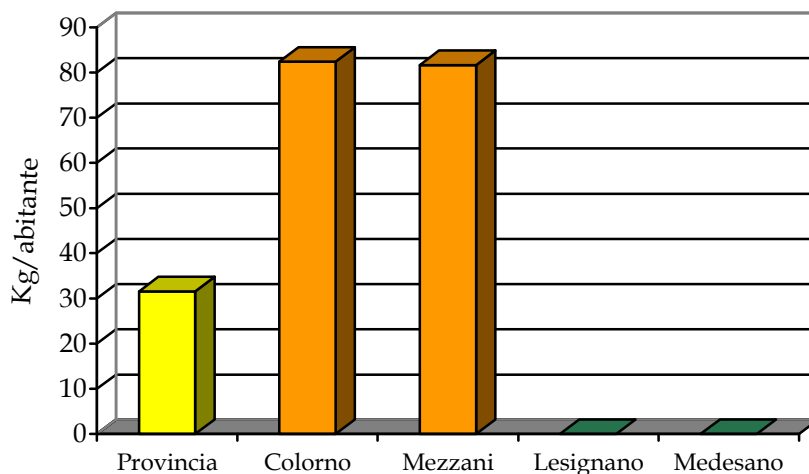
FRAZIONE UMIDA (scarti da cucina compresi oli e grassi)*

OBTV 2012 = 75,60 Kg/ab

		PROVINCIA	31,56Kg/ab
COLORNO	82,42 Kg/ab	LESIGNANO	
MEZZANI	81,69Kg/ab	MEDESANO	

* 23 Comuni non effettuano questo tipo di raccolta differenziata

Fonte: Osservatorio provinciale rifiuti



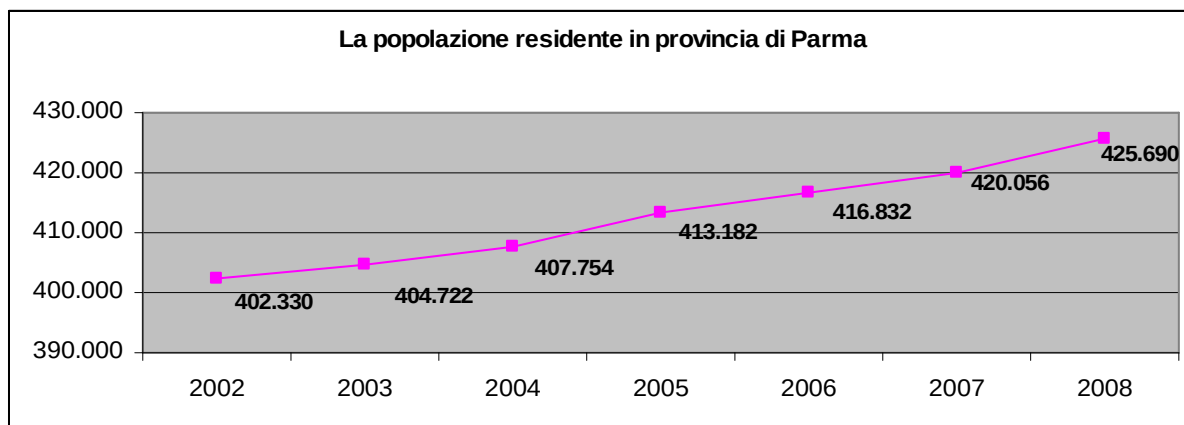
POPOLAZIONE

STRUTTURA DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Variazione assoluta e percentuale della popolazione

La popolazione della Provincia di Parma è in costante aumento e nel quinquennio è aumentata del 4,3%, arrivando a 425.690 abitanti al 1/1/2008.

FIGURA 3: LA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI PARMA 2002-2008

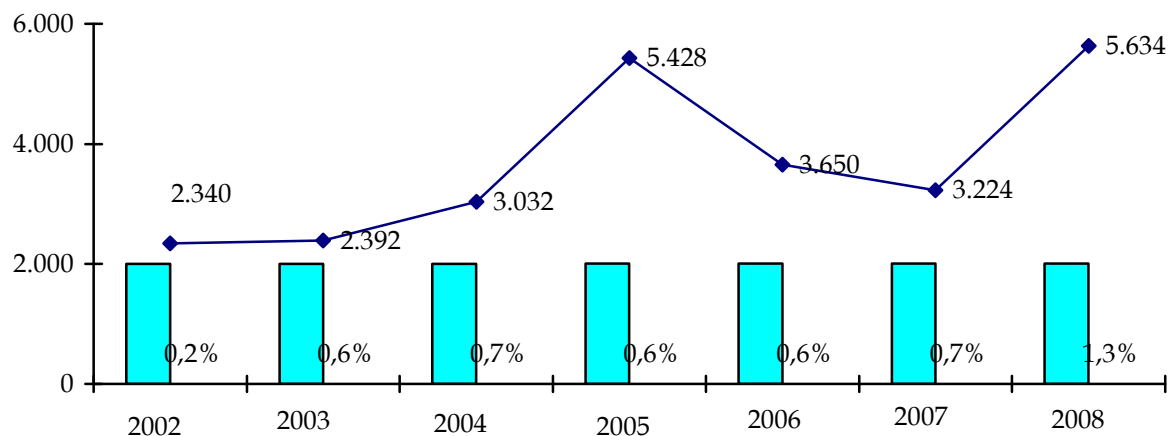


Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008 - Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2008 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Solo nell'ultimo anno vi è stato un aumento di 5.634 persone: il costante aumento della popolazione anziana è controbilanciato da altri fattori che conducono ad un generale ringiovanimento e ad una lieve diminuzione dell'indice di vecchiaia:

- L'afflusso di popolazione immigrata, per lo più in età lavorativa
- L'aumento della natalità sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, della popolazione immigrata, che presenta comportamenti riproduttivi diversi da quelli dei residenti.

FIGURA 4: VARIAZIONE ASSOLUTA E % DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI PARMA 2002-2008



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008 - Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2008 - Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

La distribuzione demografica per distretto vede il Distretto di Parma che arriva al 48,8% della popolazione totale, seguito da Fidenza (23,4%), Sud-Est (16,9%) e Valli Taro (10,9%).

TABELLA 5: POPOLAZIONE RESIDENTE PER DISTRETTO ALL'1/1/2008

Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Parma	99.213	108.381	207.594
Fidenza	48.911	50.893	99.804
Valli taro e Ceno	22.990	23.445	46.435
Sud Est	35.613	36.244	71.857
Totale	206.727	218.963	425.690

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008 - Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

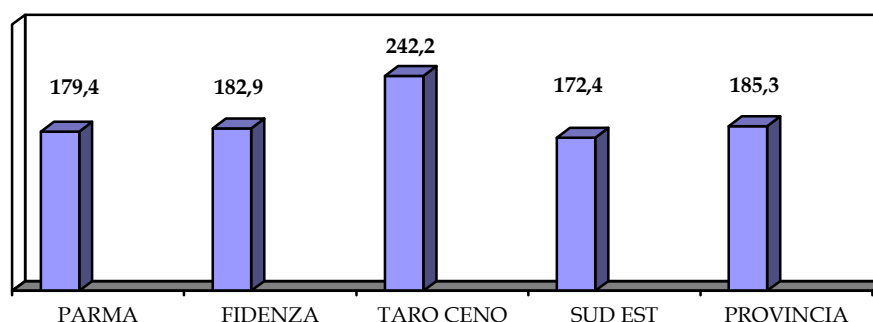
Così come avviene ormai da anni, a crescere maggiormente sono i comuni attorno al capoluogo, due dei quali aumentano di oltre il 4% nel corso dell'ultimo anno, Lesignano + 4,7% e Torrile + 4,1%. I comuni con saldo annuale negativo sono 15, tutti, tranne Zibello, della fascia montana: a perdere il maggior numero di residenti sono Bore - 2%, Pellegrino - 1,7% e Tornolo - 1,6%.

INDICE DI VECCHIAIA E DI DIPENDENZA

L'indice di vecchiaia si calcola rapportando in percentuale la popolazione ultrasessantacinquenne con quella fino a 14 anni, e fornisce una buona "fotografia" del grado di invecchiamento raggiunto dalla popolazione considerata.

Ciò è particolarmente significativo perché si tratta di un problema sociosanitario di rilevanti proporzioni, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate ed articolate a questa fascia di cittadini utenti, sia per quanto riguarda la rete dei servizi che per rispondere a bisogni espressi. In generale, l'indice di vecchiaia è in diminuzione in tutta la Regione Emilia-Romagna ed anche a Parma: dal 1997 al 2008 è passato da 213,2 a 185,3, con un range che va da 242,2 (Distretto Taro Ceno) a 172,4 (Sud-Est)

FIGURA 5: INDICE DI VECCHIAIA PER DISTRETTO



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008 - Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Analizzando la situazione per area geografica, si rende evidente la massiccia presenza di persone anziane nei comuni montani, mentre Torrile è l'unico comune in cui i giovani prevalgono.

TABELLA 6 – INDICE DI VECCHIAIA PER COMUNE

Comuni con I.V. più alto		I.V.	Comuni con I.V. più basso		I.V.
Monchio d.Corti	(Sud Est)	678,1	Torrile	(Parma)	87,2
Varsi	(Valli taro e Ceno)	678	Lesignano B.	(Sud Est)	113,7
Bore	(Valli Taro e Ceno)	603,3	Mezzani	(Fidenza)	129,9

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008 - Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Un altro importante indice demografico è rappresentato dall'indice di dipendenza, suddivisibile in giovanile o senile: il numeratore è composto dalla quota di popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non essere autonoma (fino a 14 anni e oltre 65), cioè dipendente, e il denominatore dalla fascia di persone in età lavorativa (15/64 anni). Risente della struttura economica della società: infatti nei paesi più avanzati una parte consistente delle persone al denominatore sono ancora dipendenti (studenti). In generale comunque l'indice tende ad essere minore di 100 quando prevale la popolazione dipendente: infatti in Emilia Romagna è di 55, analogamente a quanto avviene nella nostra provincia (54,9).

Nella tabella seguente viene presentata la scomposizione percentuale della popolazione per distretto e fasce d'età.

TABELLA 7 – COMPOSIZIONE % DELLA POPOLAZIONE PER DISTRETTO E PER FASCE D'ETÀ

Distretto	0-14	15-64	65-74	75+
Parma	12,4%	65,4%	11,0%	11,2%
Fidenza	12,7%	64,0%	11,2%	12,0%
Taro Ceno	11,3%	61,3%	12,7%	14,7%
Sud Est	12,9%	64,8%	10,8%	11,5%
Provincia	12,4%	64,5%	11,2%	11,8%

PERCENTUALE DI ANZIANI E GRANDI ANZIANI

Gli ultrasessantacinquenni sono 98.074 e rappresentano il 23% del totale dei residenti: risulta sempre più consistente il peso dei cosiddetti "grandi anziani", dal momento che il 3,3% ha più di 85 anni e i centenari sono 103, 91 donne e 12 uomini.

TABELLA 8 – POPOLAZIONE ANZIANA PER DISTRETTO, SERIE STORICA PER GENERE E FASCIA DI ETÀ

		65-74	75-84	85+	totale
al 1.1.04	maschi	21.528	13.630	3.349	38.507
	femmine	25.357	21.865	8.497	55.719
al 1.1.05	maschi	21.814	14.056	3.343	39.213
	femmine	25.537	22.292	8.639	56.468
al 1.1.06	maschi	22.006	14.074	3.656	39.736
	femmine	25.562	22.269	9.141	56.972
al 1.1.07	maschi	22.165	14.088	3.885	40.138
	femmine	25.533	22.064	9.680	57.277
al 1.1.08	maschi	22.294	14.147	4.119	40.560
	femmine	25.452	21.891	10.171	57.514

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" - Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

TABELLA 9 – POPOLAZIONE ULTRA 65 ENNE

	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007	1/1/2008
Parma	94.321	95.478	96.731	97.407	98.012
Regione	921.812	937.390	951.403	961.323	968.208

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

TABELLA 10 – POPOLAZIONE ULTRA 75 ENNE

	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007	1/1/2008
Parma	47.472	48.219	49.157	49.707	50.268
Regione	451.235	461.202	472.167	481.575	488.469

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

TABELLA 11 – POPOLAZIONE ULTRA 85 ENNE

	1/1/2004	1/1/2005	1/1/2006	1/1/2007	1/1/2008
Parma	12.044	11.958	12.817	13.564	14.294
Regione	109.440	110.122	118.306	127.093	134.527

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

TABELLA 12 – PERCENTUALE POPOLAZIONE ANZIANI E GRANDI ANZIANI PER DISTRETTO

Distretto	+65		+ 75		Oltre 85	
	N°	%	N°	%	N°	%
Parma	46.079	22,20%	23.213	11,2%	6.492	3,1%
Fidenza	23.203	23,25%	11.977	12%	3.355	3,4%
Taro Ceno	12.706	27,36%	6.816	14,7%	2.062	4,4%
Sud Est	16.024	22,30%	8.263	11,5%	2.385	3,3%
Provincia	98.012	23,02%	50.268	11,8%	14.294	3,4%

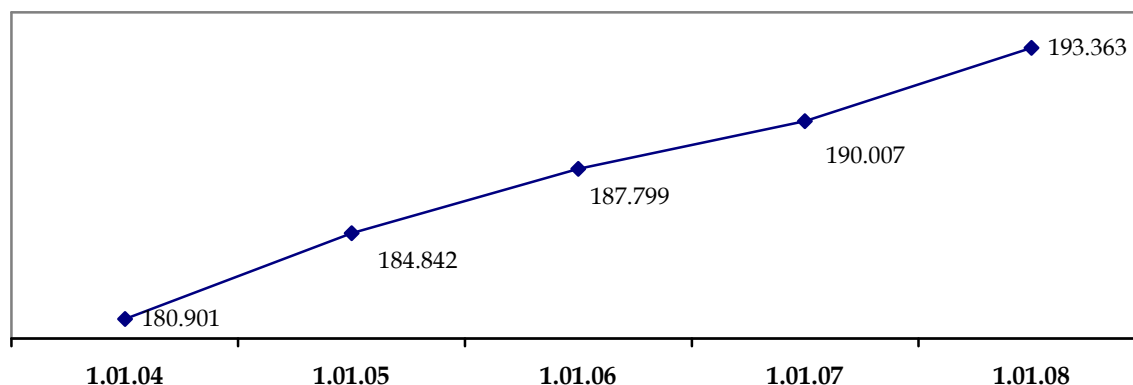
Fonte - Elaborazioni da Statistica self service : www.regione.emilia-romagna.it/statistica - Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE¹

Il numero delle famiglie cresce ad un ritmo superiore a quello della popolazione complessiva, essendo aumentato dal 1997 al 2008 di 28.500 nuclei, fino a raggiungere il numero totale di 193.363. Si assiste ad una accentuata presenza di nuclei familiari piccoli, 1 o 2 persone: infatti le famiglie unipersonali superano ormai il 36% del totale, di cui oltre il 43% è costituito da persone con più di 65 anni, quelle costituite da due persone il 28%. Il numero medio di componenti è di 2,2 abitanti.

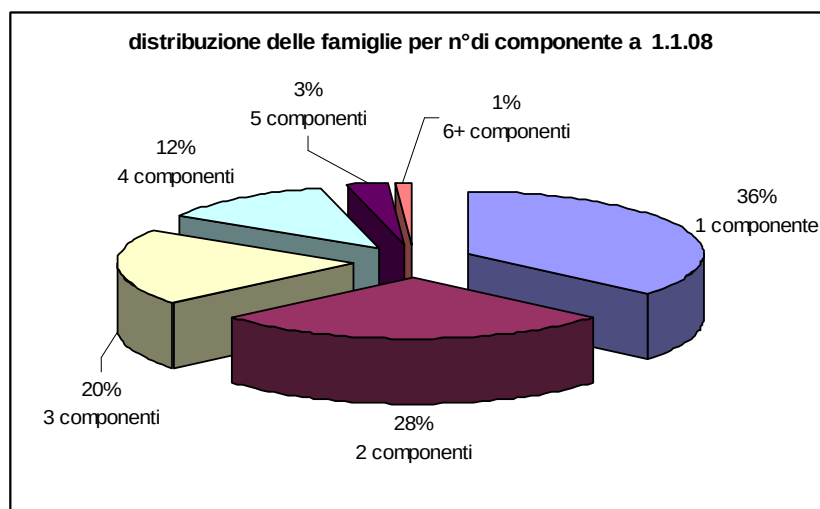
¹ La famiglia in provincia di Parma (ricerca statistica e campionaria) Osservatorio Provinciale Politiche Sociali marzo 2009

FIGURA 6– NUMERO DEI NUCLEI FAMILIARI



Fonte: “La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all’1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri” Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

FIGURA 7 – DISTRIBUZIONE DELLE FAMIGLIE PER NUMERO DI COMPONENTI



Fonte: “La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all’1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri” - Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Per quanto riguarda lo stato civile, si nota la crescita dei non coniugati, che raggiungono il 39% del totale, mentre i coniugati, pur diminuendo del 5% nell’ultimo decennio, restano oltre la metà dei residenti. Il quoziente di nuzialità, costituito dal rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell’anno e l’ammontare medio della popolazione residente per 1000, è di 3,6, inferiore al 4,2 della media nazionale: i matrimoni religiosi sono circa il 60%, i matrimoni misti sono il 16%, quelli tra persone entrambe straniere il 12%.

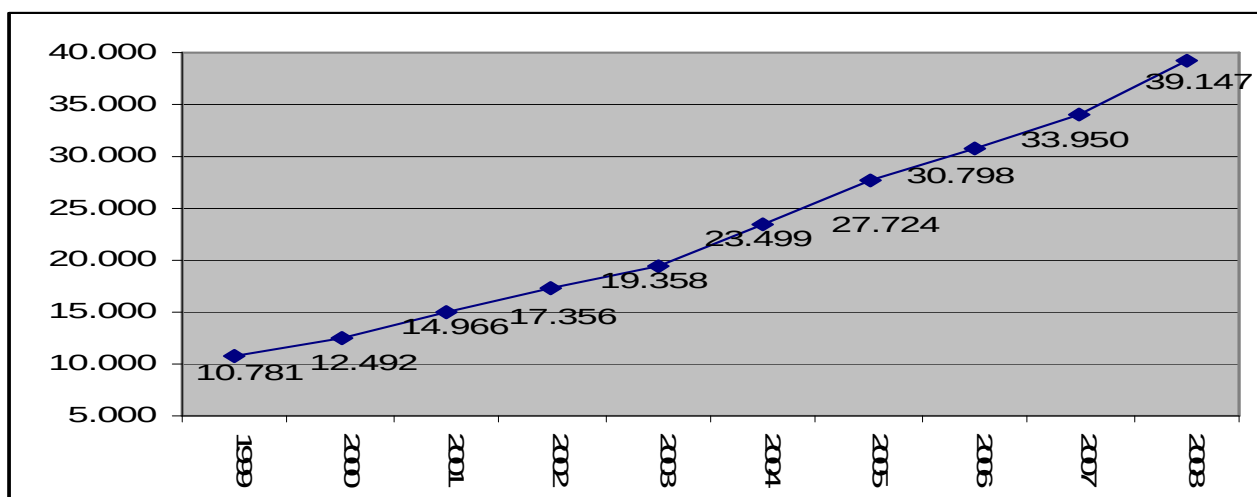
PRESENZA DI STRANIERI²

La popolazione straniera residente in Italia ha raggiunto i 3,5 milioni di persone (5,8% del totale dei residenti) al 1/1/2008, ma sia l’Emilia Romagna che la nostra città sono caratterizzate da flussi migratori molto più consistenti.

Infatti, sempre al 1/1/2008, gli stranieri residenti in Regione sono 365.720, pari all’8,6%, mentre a Parma hanno raggiunto i 39.147 (9,2%) e risultano quadruplicati nell’arco di un decennio.

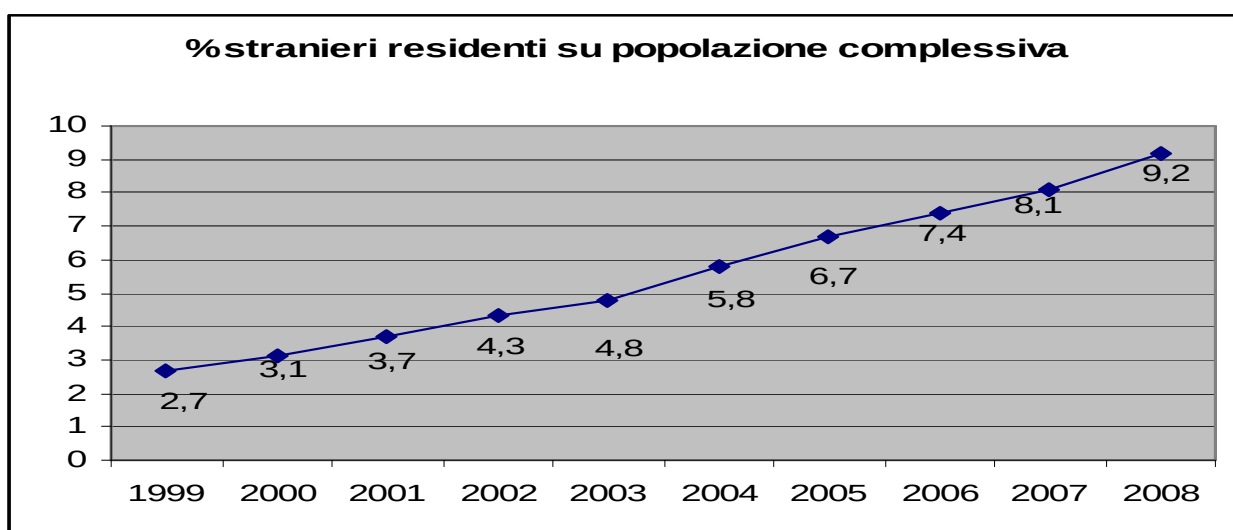
² Rapporto provinciale 2008 sull’immigrazione (Assessorato Politiche Sociali e Sanitarie – Provincia di Parma)

FIGURA 8 – STRANIERI RESIDENTI IN PROVINCIA, VALORE ASSOLUTO (1999–2008)



Fonte: “La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all’1.1.2008.-Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri” – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

FIGURA 9 – STRANIERI RESIDENTI IN PROVINCIA, PERCENTUALE SU POPOLAZIONE COMPLESSIVA (1999–2008)



Fonte: “La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all’1.1.2008.-Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri” – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

I comuni nei quali la popolazione immigrata è maggiormente presente sono quelli della fascia collinare anche se, pur partendo da numeri molto esigui, anche in montagna si sono evidenziati aumenti significativi.

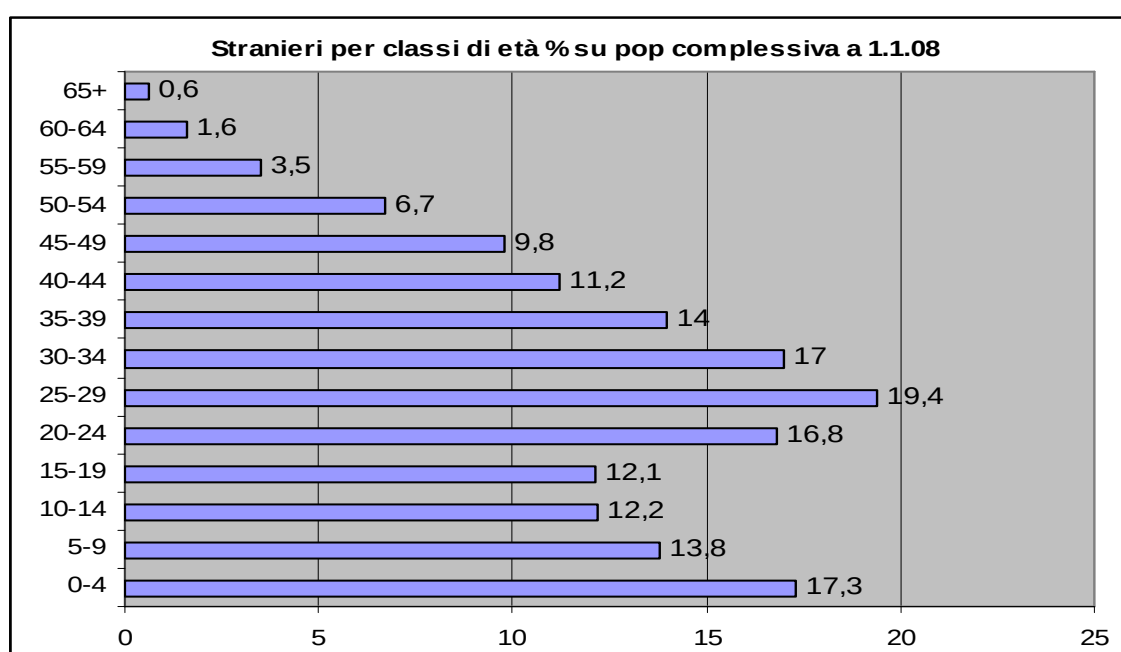
TABELLA 13 – DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DI STRANIERI NEI COMUNI DELLA PROVINCIA

DISTRETTO DI PARMA	10,1	Sorbolo	6,0
		Torrile	10,2
		Parma	10,2
		Mezzani	10,7
		Colorno	13,2
DISTRETTO DI FIDENZA	8,8	Trecasali	7,4
		Zibello	7,9
		Fidenza	7,9
		Roccabianca	8,1
		Noceto	8,4
		Fontanellato	8,7
		San Secondo	8,8
		Soragna	9,4
		Sissa	9,5
		Busseto	9,6
		Salsomaggiore	9,8
		Fontevivo	10,0
		Polesine P.	10,5
DISTRETTO VALLI TARO E CENO	7,0	Tornolo	1,1
		Albareto	2,2
		Bore	2,6
		Varsi	3,2
		Pellegrino	4,5
		Bardi	5,0
		Borgotaro	5,2
		Compiano	5,2
		Bedonia	5,3
		Terenzo	5,3
		Solignano	5,7
		Valmozzola	5,9
		Berceto	6,0
		Varano	7,0
		Medesano	9,5
		Fornovo	13,1
DISTRETTO SUD EST	8,5	Monchio	1,7
		Corniglio	2,5
		Palanzano	6,3
		Felino	6,5
		Montechiarugolo	7,7
		Collecchio	7,8
		Lesignano	7,8

Neviano	8,3
Sala Bganza	8,6
Tizzano	9,5
Traverse tolo	10,2
Langhirano	11,9
Calestano	13,5

Come si può notare, Calestano è il comune con la percentuale più elevata, probabilmente per la vicinanza alla zona dei salumifici, e sono ormai 10 i comuni che superano il 10% di stranieri, tra cui il capoluogo. Si tratta di persone giovani, in piena età lavorativa: infatti quasi la metà ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni. Molto numerosa è anche la componente infantile: tra 0 e 4 anni il 17,3% è straniero, tra 5 e 9 anni il 13,8%.

FIGURA 10 – DISTRIBUZIONE DEGLI STRANIERI PER CLASSI DI ETÀ % SU POPOLAZIONE COMPLESSIVA – ALL'1.1.2008



Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008.-Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Per quanto riguarda la differenza di genere, negli ultimi anni si è verificata una massiccia immigrazione di sesso femminile, specialmente dai paesi dell'Est Europa, in gran parte legata alla richiesta di attività lavorativa nel settore socio assistenziale, che ha portato ad un sostanziale pareggio, poiché le donne sono il 49,8%.

La nazionalità più rappresentata è quella albanese, con 5085 unità, seguita dalla marocchina e dalla tunisina. Sono anche le nazionalità in cui prevale ancora nettamente la componente maschile, insieme a quella nordafricana: per quasi tutte le altre etnie, prevalgono le donne, con punte dell'80,9% per l'Ucraina, il 72,1% per la Polonia e il 68,9% per la Moldova.

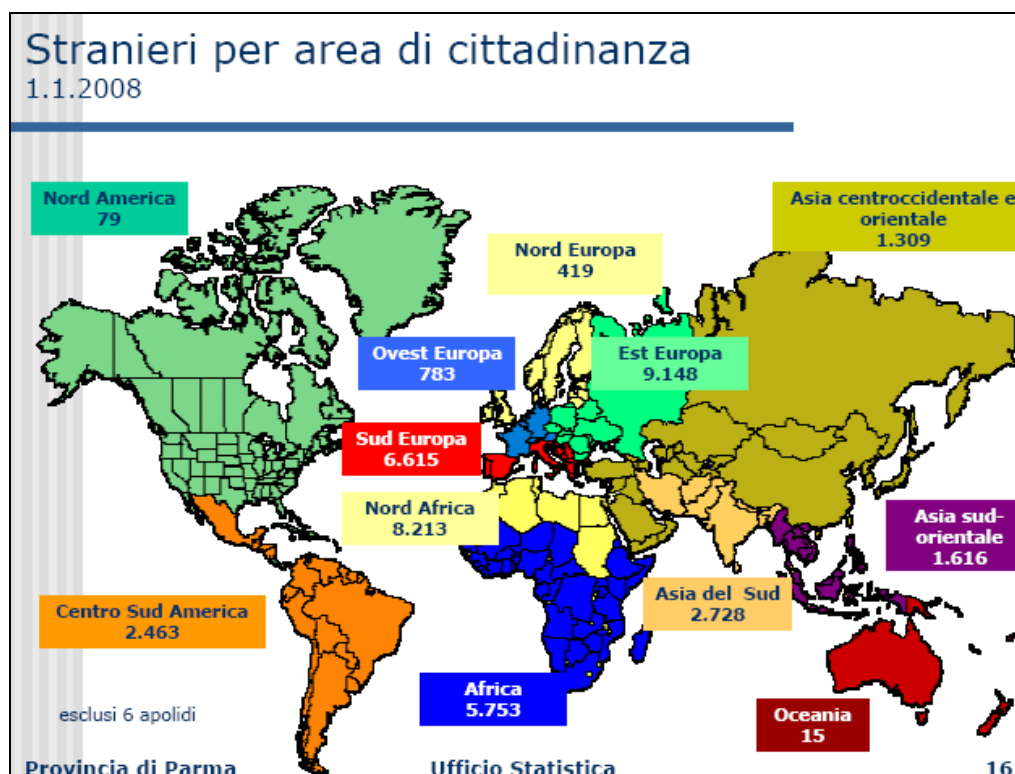
TABELLA 14 – COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER GENERE

	Maschi	Femmine	Totale
Parma	10.329	10.644	20.973
Fidenza	4.536	4.283	8.819
Taro Ceno	1.603	1.657	3.260
Sud Est	3.202	2.893	6.095
Provincia	19.670	19.477	39.147

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008.-Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

La nazionalità più rappresentata è quella albanese, con 5085 unità, seguita dalla marocchina e dalla tunisina. Sono anche le nazionalità in cui prevale ancora nettamente la componente maschile, insieme a quella nordafricana: per quasi tutte le altre etnie, prevalgono le donne, con punte dell'80,9% per l'Ucraina, il 72,1% per la Polonia e il 68,9% per la Moldova.

FIGURA 11 – PROVENIENZA DEGLI STRANIERI RESIDENTI IN PROVINCIA DI PARMA ALL'1.1.2008



Nel 2007 gli stranieri hanno rappresentato il 10,5% degli occupati: i settori coperti in maggior misura sono stati quelli legati ai servizi sociosanitari, familiari, trasporti e magazzinaggio, costruzioni e pulizie industriali.

E' migliorata in generale la occupabilità, ma resta ancora una divisione molto netta del lavoro in termini qualitativi tra cittadini italiani e stranieri.

Vale la pena infine di porre l'accento su alcune problematiche determinate anche dal progressivo cambiamento strutturale e generazionale della popolazione immigrata:

- La presenza sempre più consistente di donne sole, che vivono una condizione di solitudine e di sradicamento degli affetti;
- Il ricongiungimento dei nuclei familiari, che si è accentuato negli ultimi anni, pone serie questioni di politiche abitative e di inserimento scolastico;
- D'altro canto, sono spesso i figli che, grazie alla frequentazione scolastica, risultano più facilmente inseriti nel tessuto sociale, a supportare i genitori nell'accesso ai servizi e nella partecipazione alla vita sociale;
- Un fenomeno da non sottovalutare è anche l'alto livello di scolarità di molti migranti che, pur essendo in possesso di lauree tecnico scientifiche, vengono prevalentemente utilizzati in lavori scarsamente motivanti.

SPERANZA DI VITA

Si tratta del numero medio di anni che una persona si può aspettare di vivere al tasso di mortalità specifico prevalente nel territorio considerato. Per gli indicatori considerati la nostra provincia si colloca tra le migliori in regione. La tendenza all'aumento della speranza di vita è più accentuata tra i maschi: infatti la tendenza all'avvicinamento tra i due sessi è ormai un fatto acquisito, dal momento che in poco più di 20 anni la distanza tra maschi e femmine si è ridotta di quasi un anno.

TABELLA 15 – SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA SU BASE TRIENNALE

	2000/2002		2003/2005		2005/2007	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	76,98	83,08	77,61	83,09	78,62	84,07
Regione	77,49	83,22	78,33	83,60	n.d.	n.d.

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM)

TABELLA 16 – SPERANZA DI VITA A 65 ANNI SU BASE TRIENNALE

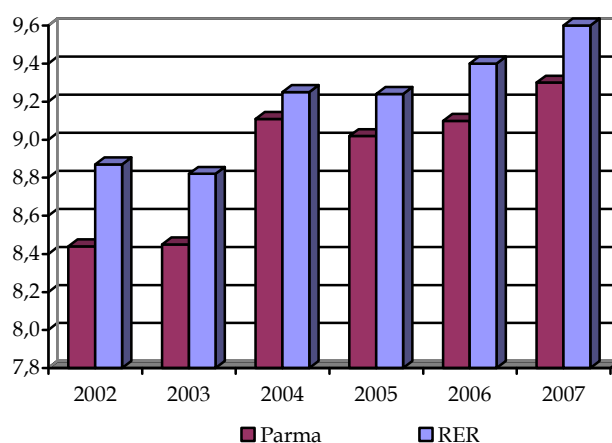
	2000/2002		2003/2005		2005/2007	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Parma	16,85	20,84	17,19	21,07	17,67	21,49
Regione	17,16	21,03	17,65	21,3	n.d.	n.d.

Fonte: Registro di mortalità regionale (REM)

NATALITÀ

Il tasso grezzo di natalità (numero dei nati vivi nell'anno/ammontare medio della popolazione residente per 1000) ha subito un aumento significativo nell'arco di un decennio, con una stabilizzazione negli ultimi tre anni a livelli lievemente inferiori alla media regionale (9,1 vs 9,4).

FIGURA 12 – TASSO GREZZO DI NATALITÀ – 2002-2007



Fonte -
Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio
Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, elaborazione interna (a nov. 2008)

Il tasso di natalità interaziendale vede primeggiare il Distretto Sud-Est con il 10,2 , seguito da Parma, Fidenza e Valli Taro con l'8,4.

I nuovi nati sono stati 3959, 214 più dell'anno precedente, aumentati in tutti i distretti, ad eccezione del Sud-Est: i bambini di cittadinanza straniera sono 748, pari al 18,9%, in lieve calo rispetto all'anno precedente.

TABELLA 17 – NUOVI NATI PER DISTRETTO A 1.1.08

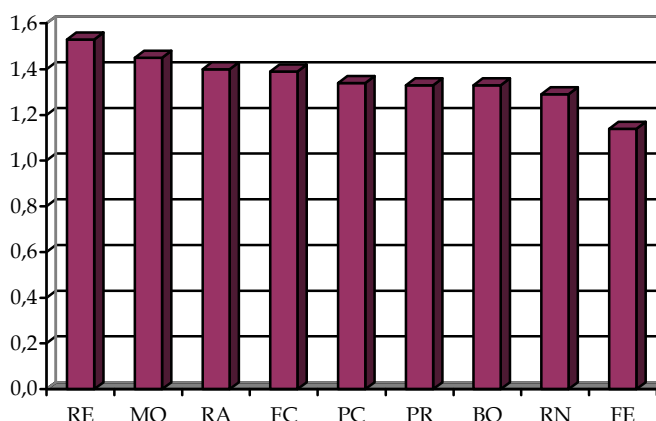
Distretto	Totale	Stranieri	%
Parma	1.988	359	18,1%
Fidenza	893	188	21,1%
Valli Taro Ceno	405	86	21,2%
Sud Est	673	115	17,1%
Totale	3.959	748	18,9%

Fonte: "La popolazione residente nei comuni della provincia di Parma all'1.1.2008. Struttura per età, e sesso, famiglie, stranieri" – Aprile 2008 – Pubblicazione edita dalla Provincia di Parma

Il tasso di fecondità totale (TFT) e i tassi di fecondità specifici per età sono indicatori utili ad analizzare l'andamento delle nascite, poiché non risentono dell'effetto della composizione per età della popolazione e permettono quindi di poter confrontare diversi territori o archi temporali. La nostra provincia si colloca ai livelli bassi della graduatoria regionale, con un numero medio di 1,32 figli per donna e un'età media della madre di 30,9 anni.

Per quanto riguarda la fecondità ed in particolare il Tasso di Fecondità Totale (TFT), spesso espresso come numero medio di figli per donna, nel 2007 è stato in regione di 1,41, superando la media nazionale di 1,34. Si tratta comunque di un dato molto basso, se si considera che nel 2005 il tasso medio era di 1,53. Considerando separatamente la fecondità per le donne italiane e straniere, il numero medio di figli per le donne straniere risulta oltre il doppio di quelle italiane (2,56 vs 1,21 nel 2007): questo spiega come sia la natalità che la fecondità dipendono dalla percentuale di stranieri residenti nel territorio. Infatti Reggio Emilia ha una natalità di 11,2 tra le più alte d'Italia, mentre al contrario Ferrara si attesta al 7,4, valore tra i più bassi a livello nazionale.

FIGURA 13 – TASSO DI FECONdità TOTALE – 2006



Fonte – "La nascita in Emilia-Romagna. IV Rapporto CEDAP. Anno 2006" pubblicazione Regione ER - novembre 2007

GRAVIDANZA E NATALITÀ A PARMA – CEDAP³

Dal 2004 la RER pubblica il rapporto “La nascita in Emilia-Romagna”, basato sull’analisi dei dati del Certificato di Assistenza al Parto” dell’anno precedente. La rilevazione è caratterizzata da un ampio contesto informativo sia di carattere socio demografico che sanitario che fornisce informazioni dettagliate e precise utili per la pianificazione e programmazione dei ----. Nella Provincia di Parma sono presenti 4 punti nascita, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Fidenza, Borgotaro, Casa di Cura “Città di Parma”.

La mobilità passiva per Azienda di residenza (luogo del parto diverso da Asl di residenza) è pari al 15,5%, in media regionale, mentre la mobilità passiva di evento (residenza diversa da Asl di parto) è, insieme a Ferrara, la più alta della Regione: 25,7%.

Nella tabella seguente vengono riportati alcuni indicatori distinti per Distretto di residenza della madre e la Regione.

TABELLA 18 – INDICATORI CEDAP A PARMA ANNO 2007

	PARMA	FIDENZA	BORGOTARO	SUD EST	TOTALE	RER
N° parti	1.815	812	373	619	3.630	37.127
Eta' media madre	32,4	30,7	30,8	31,0	31,6	31,6
Eta' madre > 35 anni	34,7	25,1	25,5	26,2	30,1	30,6
Madre straniera	20,7	16,3	16,9	19,9	19,1	22,9
Madri primipare	45,3	48,8	52,5	46,2	47,0	46,0
Prima visita oltre la 12a settimana	19,0	24,1	21,4	19,5	20,5	13,3
Utilizzo del consultorio pubblico per controllo	25,8	27,6	35,7	25,8	27,3	30,0
Parti cesarei	39,6	27,1	31,6	33,9	35,0	29,8
Nati basso peso	5,4	4,7	8,0	6,1	5,6	5,7
Nati pretermine	6,7	7,0	10,7	7,7	7,3	7,1

In sintesi, gli aspetti più rilevanti sono:

- L'età media della madre, pur in media regionale, se scomposta indica che ci sono quasi quattro punti percentuali di differenza tra le madri di cittadinanza italiana e straniera (33,1 vs 29,4)
- Le madri con età superiore ai 35 anni sono per lo più concentrate nel distretto di Parma;
- La frequenza di coloro che effettuano tardivamente la prima visita (oltre le 12 settimane) è più elevata della media regionale. Si ricorda che l'elevata frequenza di questo indicatore può essere un segnale di inappropriata assistenza;
- L'utilizzo del consultorio pubblico per il controllo della gravidanza è più basso della media regionale in tre Distretti, solo nel Distretto Valli Taro e Ceno è superiore (oltre il 35%);
- Il tasso di parti cesarei è superiore di circa 5 punti percentuali alla media regionale. Vale la pena di specificare il tasso dei parti cesarei per punto nascita:

FIDENZA	VALLI TARO	AOSP	CASA di CURA Città di Parma
24,9%	31,6%	37,7%	57,6%

- i nati pretermine sono più alti rispetto alla media regionale.

³ 5° rapporto CEDAP – Dati di sintesi – Regione Emilia Romagna

CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

LIVELLO DI ISTRUZIONE

TABELLA 19 – ALUNNI PER GRADO E TIPOLOGIA DI SCUOLA: ANNO SCOLASTICO 2007–2008

	STATALE	NON STATALE	TOTALE	VARIAZIONE % SU ANNO PRECEDENTE
Scuola dell'infanzia	4176	5726	9.902	1
Scuola primaria	16.326	1.154	17.480	3
Scuola secondaria di primo grado	9.288	716	10.004	1
Scuola secondaria di secondo grado	17.082	491	17.573	1
TOTALE	46872	8.087	54.959	2

Fonte: rapporto regionale 2008 sul sistema educativo

I dati degli alunni iscritti per tipologia di scuola confermano quanto già osservato l'anno precedente, ovvero la preponderanza della scuola non statale per quanto riguarda la scuola dell'infanzia. Per quanto riguarda la variazione percentuale degli iscritti, il valore più significativo si osserva a carico della scuola primaria, da attribuirsi quasi totalmente alla scuola statale.

TABELLA 20 – TASSO DI SCOLARITÀ – ANNO SCOLASTICO 2007–2008 (SUI SOLI RESIDENTI)

Età	Anno di nascita	Popolazione 1/1/2008	Frequentanti scuole sec. 1° e 2° grado	Tasso di scolarità
13	1994	3.146	3.167	100,7
14	1993	3.230	3.229	100
15	1992	3.359	3.327	99
16	1991	3.470	3.194	92
17	1990	3.449	2.951	85,6
18	1989	3.366	2.574	76,5

Fonte: rapporto regionale 2008 sul sistema educativo

Anche i dati riferiti al tasso di scolarità confermano l'andamento dell'anno precedente: una scolarizzazione del 100% fino all'età di 15 anni ed una progressiva diminuzione negli anni successivi, indicatore di un abbandono scolastico, presumibilmente per un inserimento, o avvicinamento, al mercato del lavoro.

TABELLA 21 – ALUNNI CON CITTADINANZA NON ITALIANA PER ORDINE DI SCUOLA – ANNO SCOLASTICO 2007–2008

	Scuola infanzia		Scuola Primaria		Scuola sec. 1° grado		Scuola sec. 2° grado		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Parma	1.176	11,9	2.456	14,1	1.396	14	1.763	10	6.791	12,4
Regione	11.962	11	24.808	13,6	13.728	13,2	14.592	8,9	65.090	11,6

Fonte: rapporto provinciale sull'immigrazione 2008)

Si conferma l'aumento degli alunni e studenti stranieri, ma con alcune tendenze differenti rispetto all'anno precedente: la maggiore presenza non si registra più nella scuola dell'infanzia (dove vi è un calo della presenza di bambini stranieri, dal 13,9% al 11,9%), bensì nella scuola primaria e secondaria di primo grado. Nella scuola secondaria di secondo grado si osserva un

incremento consistente (dal 7,1% al 10%), anche se rimane quella in cui l'incidenza degli studenti stranieri è più bassa.

Il confronto con il dato complessivo regionale evidenzia una maggiore incidenza di alunni e studenti stranieri nelle scuole della provincia di Parma.

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza, per le quali non è disponibile il dato delle scuole dell'infanzia, si confermano maggioritari i paesi della UE, che aumentano e nell'ambito dei quali assume particolare rilevanza la Romania.

Cresce anche il continente asiatico che nell'anno scolastico 2007/2008 costituisce il 15,3% della popolazione scolastica straniera; aumenta soprattutto la comunità indiana, in particolare nella scuola primaria (+ 29,8% rispetto al precedente anno scolastico) e nella scuola secondaria di secondo grado (+ 41,3%). I paesi europei non appartenenti all'UE aumentano in termini assoluti (da 1615 a 1715 unità), ma diminuisce il loro peso sul totale, che passa dal 33,4% al 31,6%.

Anche il continente africano aumenta in termini assoluti (da 1562 a 1691 alunni), ma diminuisce in termini percentuali il peso nella distribuzione sul totale, pari a circa il 2%.

I paesi del continente americano si mantengono sostanzialmente invariati e costituiscono circa il 10% del totale degli alunni stranieri.

TABELLA 22 – IL RITARDO SCOLASTICO PER TIPO DI SCUOLA E NAZIONALITÀ – VALORI %

Tipo di scuola	Non italiani	Variazione % su anno precedente	Italiani	Variazione % su anno precedente
Primaria	17,2	0,3	1,1	0
Secondaria 1° grado	44,3	-3	5	-0,8
Secondaria 2° grado	65,8	-0,2	17,2	1,2

Fonte: rapporto provinciale sull'immigrazione 2008

I dati sul ritardo scolastico confermano un notevole divario tra alunni italiani e stranieri, con un aumento notevole nel passaggio dalla scuola primaria agli altri ordini scolastici.

Si evidenzia però anche un segnale positivo, soprattutto nella scuola secondaria di primo grado, nella quale si osserva una diminuzione di tre punti percentuali degli alunni stranieri con ritardo scolastico rispetto all'anno precedente, mentre gli alunni italiani diminuiscono solamente dello 0,8%. Nella scuola secondaria di secondo grado, è praticamente invariata la percentuale di studenti stranieri con ritardo scolastico, che, pur attestandosi su valori significativi, comunque fanno registrare il segno meno, mentre a carico degli studenti italiani si osserva un aumento dell'1,2%.

TABELLA 23 – BOCCIATURE PER TIPOLOGIA DI SCUOLA E APPARTENENZA DI GENERE – AS 2006/2007 – VALORI %

	Maschi	Femmine	Totale
Scuola Secondaria 1° grado	2,6	3,2	2,9
Scuola secondaria 2° grado	dato n.d.	dato n. d.	11,9

Fonte dati: rapporto regionale 2008 sul sistema educativo

TABELLA 24 – RIPETENTI PER TIPOLOGIA DI SCUOLA E APPARTENENZA DI GENERE – ANNO SCOLASTICO 2007/2008 – VALORI %

	Maschi	Femmine	Totale
Primaria	0,2	0,2	0,2
Secondaria I grado	4,5	1,4	3
Secondaria II grado	6,8	3,9	5,4

Fonte dati: "Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca" elaborazione dati in v.a.:
Ufficio Scuola Provincia di Parma - elaborazione in valori % interna

La variabile di genere sembra incidere in modo diverso per quanto riguarda le bocciature e la presenza di ripetenti nella scuola. Per quanto riguarda le bocciature è più alta la percentuale di femmine, mentre sono in numero inferiore in quanto ripetenti. Sarebbe interessante approfondire questo dato, al fine di verificare se, e in che misura, corrisponda ad un maggior abbandono scolastico da parte delle femmine, peraltro nel ciclo di istruzione obbligatorio.

Per quanto riguarda la nazionalità si osserva una diminuzione della presenza di ripetenti stranieri sul totale dei ripetenti, a seconda della tipologia di scuola: nella scuola primaria sono il 62%, nella scuola secondaria di primo grado sono il 23% e nella scuola secondaria di secondo grado rappresentano il 15,5%. Si può ipotizzare che l'alta percentuale di alunni stranieri ripetenti nella scuola primaria, per quanto i numeri assoluti siano bassi (26 su 42), sia da attribuire alla scarsa conoscenza della lingua italiana.

CARATTERISTICHE DEL TESSUTO PRODUTTIVO E DEL MERCATO DEL LAVORO

TABELLA 25 TASSI DI: ATTIVITÀ, OCCUPAZIONE, DISOCCUPAZIONE

	2006			2007		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Tasso di attività	80,7	63,5	72,2	82,1	65,9	74,1
Tasso di occupazione	78,8	61,4	70,2	80,7	63,8	72,4
Tasso di disoccupazione	2,3	3,2	2,7	1,6	3,1	2,3

Fonte dati: Osservatorio Sul Mercato del Lavoro – Provincia di Parma

Da una lettura dei dati occupazionali emerge come la provincia di Parma, nel 2007, registri un andamento decisamente positivo, che la colloca al primo posto a livello nazionale per livello di occupazione. Il panorama nazionale registra infatti un tasso di occupazione pari al 58,7%; a livello regionale sono in testa Emilia Romagna, Valle D'Aosta e Trentino Alto Adige, mentre a livello provinciale i tassi di occupazione più elevati sono quelli di Parma, Ravenna e Bologna (Parma e Bologna occupavano le prime posizioni anche nel 2006).

L'analisi della variabile di genere conferma Parma al primo posto per quanto riguarda il tasso di occupazione maschile, e la mantiene tra le prime tre province, ma al terzo posto dopo Ravenna e Bologna, in riferimento al tasso di occupazione femminile, anche se si registra una diminuzione della discriminazione di genere negli avviamenti al lavoro.

Anche il tasso di disoccupazione pone Parma tra le province con meno preoccupazioni; è infatti al quartultimo posto per tasso di disoccupazione complessivo, preceduta solo da Reggio Emilia (1,9%), Belluno (2,1%), Cuneo e Piacenza (entrambe al 2,2%).

Il 2007 registra un valore record per l'occupazione parmense anche in termini assoluti: 200.000 occupati, con un incremento annuale notevole (nel 2006 si erano registrato un numero di occupati

pari a 194.000). Il 2007 è anche l'anno che fa registrare un tasso di disoccupazione al minimo storico: si registra infatti un totale di 5.000 disoccupati, solo il 2,3% delle forze lavoro.

TABELLA 26 OCCUPATI PER SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA (DATI ASSOLUTI IN MIGLIAIA)

Settore	2006	2007
Agricoltura	7	7
Industria	72	73
Servizi	115	120
Totale	194	200

L'analisi per settore di attività indica come l'aumento più consistente degli occupati nel 2007 si osserva nel settore dei servizi.

TABELLA 27 LAVORATORI AVVIATI NELLE SEDI DI LAVORO IN PROVINCIA DI PARMA PER PAESE DI NASCITA E SESSO NEL 2007

PAESE DI NASCITA	M	%	F	%	TOTALE	%
Italia	22.300	71,1	23.189	74,6	45.488	72,8
Paesi comunitari	1.562	5,0	1.951	6,3	3.513	5,6
Paesi extracomunitari	7.510	23,9	5.931	19,1	13.441	21,5
TOTALE	31.372	100,0	31.071	100,0	62.442	100,0

Dal 2003 l'immigrazione ha invertito la tendenza al declino della popolazione giovanile e nel 2007 i residenti stranieri rappresentano l'11,2% della popolazione in età lavorativa. Nella recente creazione di posti di lavoro alle dipendenze, uno su due è ricoperto da immigrati, in particolare provenienti da paesi extracomunitari.

Per quanto riguarda la tipologia dei contratti di lavoro, nel 2007, su 6.000 posti di lavoro in più, sono stati creati 3.000 posti di lavoro a tempo indeterminato e pieno. Tra questi spicca la netta prevalenza maschile nel settore delle costruzioni, del commercio, dei trasporti e della logistica. Una situazione speculare, a vantaggio però della componente femminile, vale per l'area del pubblico impiego, dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali. Una situazione di equilibrio tra i generi si osserva invece nel settore alberghi e ristoranti e nei servizi finanziari.

Nell'area dei servizi sanitari, sociali, familiari e personali, si concentra un nuovo posto di lavoro su tre. Per quanto riguarda il lavoro a tempo parziale, dal 2005 questo è al 20% delle assunzioni, ma è al 9,8% nello stock degli occupati. Il lavoro a tempo determinato è invece al 70% delle assunzioni, ed è il 7,4% nello stock degli occupati.

TABELLA 28 LAVORATORI CON CONTRATTO INTERINALE IN PROVINCIA DI PARMA

2005	2006	Variazione %	2007	Variazione %
6045	6646	9,9	7197	8,3

Come si può osservare, vi è un costante incremento dei contratti di tipo interinale.

Alcune prime osservazioni sul 2008

⁴La crisi in corso a livello nazionale e internazionale colpisce anche il sistema Parma. Dai dati sul terzo trimestre 2008, raccolti dalla Camera di Commercio di Parma in collaborazione con Unioncamere, emerge in particolare:

⁴ Il MESE magazine

- un rallentamento della produzione nel settore dell'industria manifatturiera pari a -1,9% rispetto all'anno precedente
- un rallentamento della produzione artigiana pari a -3,8%
- difficoltà anche per l'industria delle costruzioni che registra un saldo negativo (-36) tra le imprese che hanno dichiarato di aver diminuito la produzione e quelle che hanno dichiarato di averla aumentata
- una diminuzione delle vendite al dettaglio che, nel terzo trimestre 2008, fanno registrare una flessione tendenziale dello 0,3% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

I dati negativi sono però bilanciati da una positività per quanto riguarda la natalità e mortalità delle aziende. Durante il terzo trimestre 2008, il Registro delle Imprese rileva la nascita di 705 nuove imprese a fronte di 632 imprese cessate, con un saldo positivo di 73 unità, che determina un tasso di crescita imprenditoriale dello 0,15%. I settori dove si registra la positività sono quelli numericamente più rilevanti a livello provinciale (costruzioni, alberghi e ristoranti, servizi alle imprese, attività manifatturiere); l'agricoltura registra una flessione, mentre il commercio rimane stabile.

L'ASSOCIAZIONISMO

La realtà della nostra provincia si conferma estremamente vivace per quanto riguarda l'impegno dei cittadini e cittadine nell'Associazionismo

Le Organizzazioni di Volontariato⁵

Dall'indagine condotta da Forum Solidarietà sulle Organizzazioni di Volontariato nel 2008, risultano essere oltre diecimila i cittadini e cittadine di Parma e provincia che, con regolarità e continuità, fanno esperienza diretta in organizzazioni di solidarietà. Questo ci dice delle dimensioni che nel nostro territorio assume questa risorsa, riconducibile a ciò che viene identificato come capitale sociale, utile punto di riferimento non solo nella costruzione e salvaguardia di reti di solidarietà diffuse, ma anche per l'apporto ai compiti delle Istituzioni locali.

La distribuzione delle Organizzazioni di Volontariato per ambito di intervento e per territorio evidenzia come queste siano presenti in tutti i Distretti, se pure con incidenza diversa, a favore del Distretto di Parma, e in tutti, o quasi, gli ambiti che concorrono a definire la realtà sociale.

TABELLA 29 – LE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO PER DISTRETTO E AMBITO DI ATTIVITÀ

	Tutela beni culturali	Tutela animali	Tutela diritti	Tutela patrimonio ambientale	Protezione civile	Attività Sanitarie	Attività Socio Assist.	Attività educative	TOTALE
Parma	0	8	54	9	21	125	106	9	332
Fidenza	1	3	11	2	7	39	28	3	94
Sud Est	1	2	4	5	6	29	17	2	66
Valli Taro e Ceno	1	1	1	0	0	26	9	0	38
TOTALE	3	14	70	16	34	219	160	14	530

Come si può osservare la decisa maggioranza delle Organizzazioni di Volontariato svolge attività nell'ambito sanitario (41,3%); se a queste si aggiungono le Organizzazioni che operano in ambito socio assistenziale si raggiunge la percentuale del 71,5% di organizzazioni che operano negli stessi ambiti di competenza dell'Azienda Sanitaria.

⁵ Pagine Aperte – a cura di Forum Solidarietà – Centro di Servizi per il Volontariato in Parma

Le Associazioni di Promozione Sociale⁶

A completare il quadro dell'impegno sociale dei cittadini e cittadine di Parma e provincia si aggiunge la fotografia delle Associazioni di Promozione Sociale. Per queste, a differenza che per le Organizzazioni di Volontariato, si fa riferimento al Registro provinciale che comprende non tutte le Associazioni presenti sul territorio, ma quelle che si sono iscritte al registro provinciale, secondo la normativa vigente.

TABELLA 30 – LE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE PER DISTRETTO E AMBITO DI ATTIVITÀ

	Prom. Etica, cult, e spir.	Pace	Sviluppo personalità	Sport	Turismo sociale	Tutela patr. Storico, art.	Altro	TOTALE
Parma	32	13	23	17	2	15	12	114
Fidenza	10	0	7	7	9	3	0	36
Sud Est	4	0	6	4	17	4	0	35
Valli Taro e Ceno	8	0	4	0	18	7	2	39
TOTALE	54	13	40	28	46	29	14	224

Il Tenore Di Vita⁷

TABELLA 31 – REDDITO MEDIO PRO CAPITE NELLE PROVINCE DELL'EMILIA ROMAGNA

Province	2007			2008			Variazione %
	Popolazione	Reddito	Reddito medio	Popolazione	Reddito	Reddito medio	
Piacenza	279,74	5.839,73	20,88	283,73	6112,96	21,55	3,2
Parma	422,65	8.959,68	21,2	429,77	9416,65	21,91	3,3
Reggio Emilia	505,4	10.189,09	20,16	514,96	10606,25	20,6	2,2
Modena	674,16	15.000,05	22,25	683,66	15687,19	22,95	3,1
Bologna	960,33	21.853,68	22,76	970,79	22884,32	23,57	3,6
Ferrara	354,35	7.368,67	20,79	356,72	7727,04	21,66	4,2
Ravenna	376,41	7.878,07	20,93	382,33	8215,2	21,49	2,7
Forlì- Cesena	380,48	8.221,23	21,61	385,62	8569,81	22,22	2,8
Rimini	295,99	6.478,75	21,89	300,81	6790,93	22,58	3,2

Popolazione: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: ISTAT

Reddito: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP).

Valori a prezzi correnti, milioni di euro

In entrambi gli anni presi in considerazione, Parma si colloca al quinto posto nella graduatoria delle province della nostra regione per reddito medio pro capite. Nel 2008 si colloca al terzo posto quanto ad incremento dello stesso reddito.

⁶ Provincia di Parma – Assessorato Politiche Sociali e Sanitarie

⁷ PROMETEIA - Scenari per le economie locali

TABELLA 32 – REDDITO E CONSUMO FAMILIARE

Province	2007			2008			Variazione
	Reddito	Spesa	Consumo	Reddito	Spesa	Consumo	
Piacenza	5.839,73	4.818,69	17,23	6.112,96	4.999,53	17,62	2,3
Parma	8.959,68	8.050,64	19,05	9.416,65	8.352,53	19,44	2
Reggio Emilia	10.189,09	7.415,82	14,67	10.606,25	7.683,67	14,92	1,7
Modena	15.000,05	11.199,02	16,61	15.687,19	11.618,36	16,99	2,3
Bologna	21.853,68	18.910,63	19,69	22.884,32	19.618,98	20,21	2,6
Ferrara	7.368,67	6.299	17,78	7.727,04	6.542,69	18,34	3,1
Ravenna	7.878,07	7.362,04	19,56	8.215,2	7.636,81	19,97	2,1
Forlì-Cesena	8.221,23	8.265,26	21,72	8.569,81	8.573,07	22,23	2,3
Rimini	6.478,75	6.005,52	20,29	6.790,93	6.228,52	20,71	2,1

Reddito: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP).

Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Spesa: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Anche per quanto riguarda le spese per i consumi delle famiglie, Parma si colloca al quinto posto nella graduatoria regionale. A fronte di un aumento del reddito medio pro capite pari al 3% nel 2008, i consumi vedono un incremento pari al 2%.

TABELLA 33 – CONFRONTO REDDITO MEDIO PRO CAPITE E CONSUMO FAMILIARE

Province	2007		2008	
	Reddito medio	Spesa	Reddito medio	Spesa
Piacenza	20,88	17,23	21,55	17,62
Parma	21,2	19,05	21,91	19,44
Reggio Emilia	20,16	14,67	20,6	14,92
Modena	22,25	16,61	22,95	16,99
Bologna	22,76	19,69	23,57	20,21
Ferrara	20,79	17,78	21,66	18,34
Ravenna	20,93	19,56	21,49	19,97
Forlì-Cesena	21,61	21,72	22,22	22,23
Rimini	21,89	20,29	22,58	20,71

REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP).

Valori a prezzi correnti, milioni di euro

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Il confronto fra reddito disponibile e consumi, come in altre province, induce a considerare una non omogenea distribuzione del reddito tra la popolazione.

OSSERVAZIONI EPIDEMIOLOGICHE

MORTALITÀ

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

Il numero di decessi/anno a Parma si mantiene stabilmente poco al di sotto dei 5000, con una prevalenza del sesso femminile.

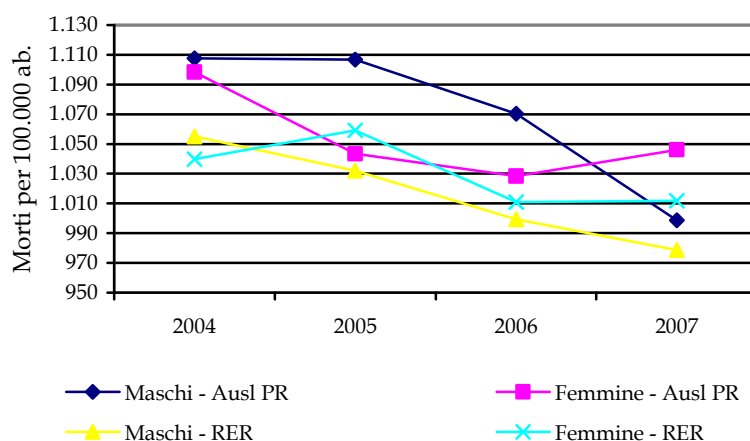
TABELLA 34 – MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE – ANNI 2004/2007

	Parma			Regione E-R		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2004	2.322	2.533	4.855	21.975	22.626	44.601
2005	2.404	2.483	4.887	22.214	23.789	46.003
2006	2.374	2.515	4.889	22.154	23.441	45.595
2007	2263	2.616	4.879	22.214	24.093	46.307

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

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

FIGURA 14 – TASSO MORTALITÀ STANDARDIZZATO (TUTTE LE CAUSE)

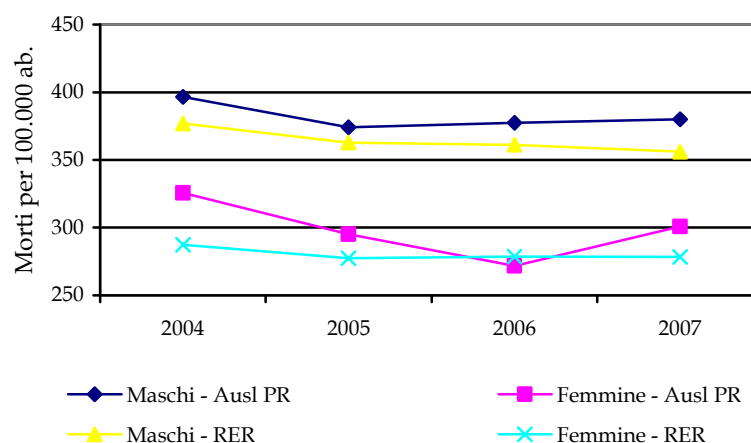


Fonte – Elaborazioni da Statistica self service: www.regione.emilia-romagna.it/statistica-Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Anche se la mortalità per tumore è significativamente diminuita dal 1998 ad oggi, oltre il 30% delle morti è dovuta a patologia neoplastica, con una prevalenza nei maschi, dove il tumore del polmone è al primo posto, con 202 decessi nel 2007, pari al 24% delle morti per tumore, seguito dal fegato e dal colon retto. Nelle femmine prevale la neoplasia mammaria, 115 casi pari al 15,6%, seguita dal polmone e dal colon retto.

Valutando congiuntamente i due sessi, il tumore del polmone è di gran lunga il più frequente: è comunque importante notare che la mortalità per neoplasia polmonare è in calo nei maschi, sia a livello nazionale che locale, mentre è in aumento tra le femmine e tale situazione sembra essere determinata soprattutto dal cambiamento delle abitudini al fumo nei due sessi.

FIGURA 15 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (TUMORI)



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

I tassi standardizzati per tumore risultano, già da alcuni anni, superiori alla media regionale per 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 il collo dell'utero si mantiene da sempre a livelli molto bassi.

TABELLA 35 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ COLON-RETTO

	2004		2005		2006		2007	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
Maschi	28,12	39,11	35,37	37,89	41,30	41,92	39,1	36,9
Femmine	34,82	32,98	33,35	32,66	31,31	34,49	31,9	30,5
Totale	31,59	39,09	34,34	32,29	36,17	38,16	35,5	33,8

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

TABELLA 36 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ MAMMELLA DELLA DONNA

	2005		2006		2007	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
Femmine	48,57	46,62	42,22	44,64	49,86	43,54

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

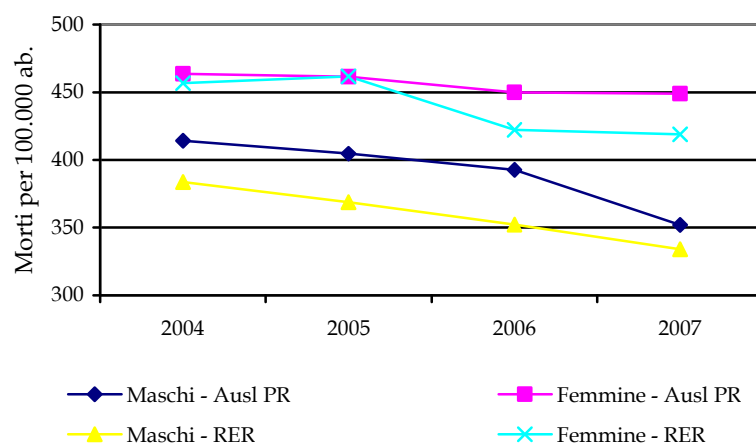
TABELLA 37 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ COLLO DELL'UTERO

	2005		2006		2007	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
Totale	n.d.	1,23	0,79	1,31	1,71	1,29

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

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono la prima causa di morte in entrambi i sessi, 36% maschi e 44% femmine: negli ultimi anni si è assistito ad una diminuzione della mortalità per Infarto Miocardico Acuto, anche se a Parma si registra il tasso più alto a livello regionale e ad un aumento delle cardiopatie ischemiche croniche.

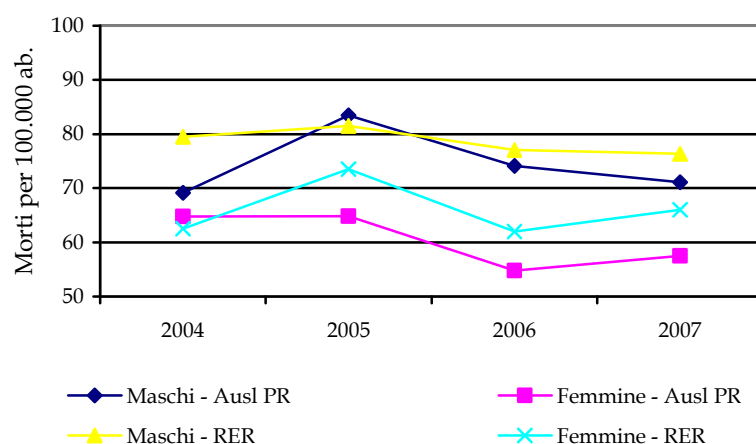
FIGURA 16 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO)



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

Il tasso standardizzato è a Parma costantemente tra i più alti della regione, soprattutto tra i maschi. Le malattie dell'apparato respiratorio sono la terza causa di morti tra i grandi gruppi: sono costantemente più frequenti tra i maschi e tendono ad aumentare parallelamente all'età anagrafica.

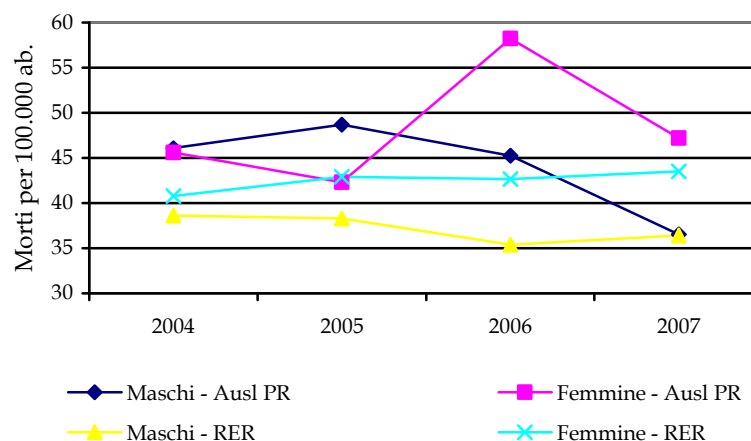
FIGURA 17 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO)



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

Le malattie dell'apparato 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 o a malattie croniche del fegato.

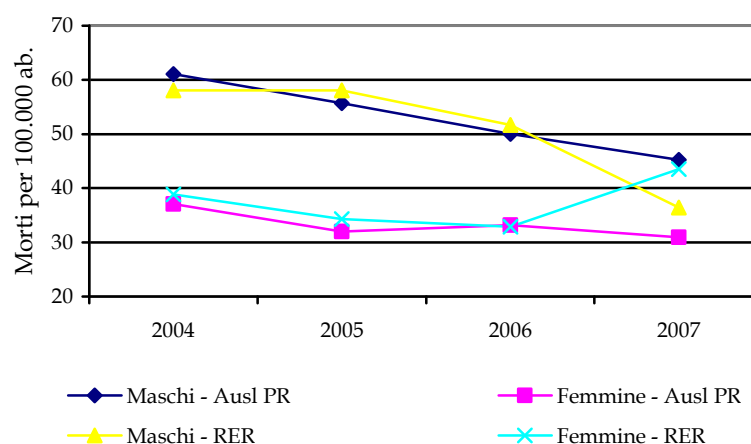
FIGURA 18– TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE)



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

I traumatismi, in particolar modo gli incidenti stradali, sono la prima causa di morte nella coorte 14 – 24 anni, soprattutto tra i maschi: le cadute accidentali sono invece maggiormente correlate all'età avanzata e al sesso femminile e a Parma presentano il tasso più alto di tutta la regione.

FIGURA 19 – TASSO STANDARDIZZATO MORTALITÀ (TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI)



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

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

MORBOSITÀ

AIDS⁸

Dal 1982 (anno della prima diagnosi in Italia) sono stati 59.106, di cui 35.358 deceduti (pari al 59,8%) ; il 77,4% maschi, l'1,3% di età pediatrica, il 7,2% stranieri. Nel confronto nazionale l'Emilia Romagna risulta al 4° posto per tasso di incidenza, dopo Lazio, Lombardia e Toscana. Le principali caratteristiche epidemiologiche della malattia nella nostra regione sono la diminuzione dell'incidenza, che si è attestata negli ultimi anni a 3,5 casi/100.000 ab., un aumento della

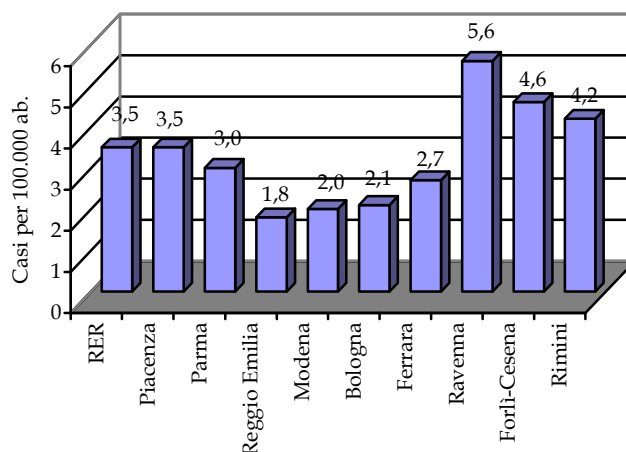
⁸ Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2007. Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia Romagna

sopravvivenza e della qualità di vita. La riduzione dei casi incidenti non è però attribuibile ad una riduzione delle infezioni da HIV, che sono sostanzialmente stabilizzate, ma all'utilizzo di terapie costituite da farmaci retrovirali che allungano il periodo di sieropositività. Dal punto di vista demografico, i maschi sono più numerosi (3:1 rispetto alle femmine), l'età mediana alla diagnosi è di circa 40 anni ed aumentano le notifiche ai cittadini di nazionalità straniera, ora al 19,4%. Per quanto riguarda i casi pediatrici, sono andati progressivamente riducendosi, fino all'azzeramento del numero degli infetti. I 69 casi che si sono verificati fin'ora sono tutti dovuti a trasmissione verticale madre-figlio: la parziale ripresa dei casi positivi negli ultimi anni è dovuta per lo più alla mancata corretta applicazione del protocollo di profilassi materno-fetale.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione, i "rapporti eterosessuali" rappresentano circa il 45% dei casi, superando ormai di molto la categoria "assunzione di droghe". Ogni caso viene classificato in un solo gruppo, anche se sono numerosi i soggetti con rischi multipli.

Il fatto che quasi la metà delle persone ammalate di AIDS non fosse a conoscenza della propria sieropositività e che questa percentuale salga al 60% per i contagi eterosessuali, è un importante segnale del fatto che si tratta di una malattia a rischio per tutta la collettività.

FIGURA 20– AIDS PREVALENZA (TASSO DI INCIDENZA ANNI 2005 /2006)



Fonte: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2006 in Regione Emilia – Romagna" - Pubblicazione dell'Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia – Romagna.

TABELLA 38 AIDS: PROFILO REGIONALE DAL 1 /1 /87 AL 31 /12 /07

	▪ 95% notificati in Regione
	▪ quasi 4.000 deceduti
5.714 diagnosi di AIDS	▪ 75% maschi
	▪ 1,2% età pediatrica
	▪ 5,6% stranieri
120 casi incidenti 2007	
7.000/10.000 sieropositivi	

TABELLA 39 AIDS: INCIDENZA

AIDS: INCIDENZA				
	2000/2001		2006/2007	
	N° casi	Tasso	N° casi	Tasso
AUSL PR	42	5,3	20	2,4
RER	373	4,7	256	3,0

Tubercolosi

Dalla seconda metà del 1900 fino agli anni '80 si è assistito ad una progressiva riduzione di frequenza nella popolazione italiana, mentre negli ultimi 20 anni il trend si è sostanzialmente stabilizzato. L'attuale situazione epidemiologica in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza della popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e dall'emergenza di ceppi tubercolari multiresistenti.

Il tasso annuale di incidenza della TBC in Italia è di 7,7 casi/100.000 ab. Nel 2007, quindi al di sotto del limite che definisce la classificazione di bassa prevalenza (10 casi/100.000 ab.). Per quello che riguarda la Regione Emilia Romagna e Parma, la situazione appare stabile.

TABELLA 40 – TBC POLMONARE: INCIDENZA

	2002-2003		2004-2005		2006-2007	
	N° casi	Tasso	N° casi	Tasso	N° casi	Tasso
AUSL PR	53	6,5	45	5,4	53	6,3
RER	657	8,1	620	7,4	692	8,2

L'incidenza per sesso è costantemente più elevata nei maschi adulti (tra 25 e 44 anni), soprattutto per le forme polmonari, mentre nelle extrapolmonari l'incidenza è la stessa tra maschi e femmine.

I casi di TBC registrati in "cittadini non italiani" sono in costante aumento ed ha superato il 50% dei nuovi casi: sono quasi tutti concentrati nelle fasce di età intermedia (15-44), peraltro la più rappresentata tra i cittadini non italiani presenti nel Paese. Il rischio maggiore di sviluppare la malattia si verifica durante due anni dalla data di---. Una criticità ancora presente risulta essere la ridotta "compliance" alla terapia: infatti l'obiettivo OMS di raggiungere l'85% i casi curati non viene quasi mai raggiunto.

TABELLA 41 TBC – AUSL PARMA CASI CERTIFICATI ANNO 2008

	Polmonare	Extrapolmonare	totale
Parma	21	3	24
Fidenza	4	1	5
Valli Taro Ceno	0	0	0
Sud est	5	1	6
Totale	30	5	35

STILI DI VITA

PRINCIPALI COMPORTAMENTI DELLA POPOLAZIONE INFLUENTI SULLO STATO DI SALUTE⁹

Il campione provinciale

Nel 2007 nell'Azienda USL di Parma il campione intervistato è stato di 203 persone residenti di 18-69 anni.

Donne	49,6%	
Uomini	50,4%	
Età	18 - 34	30%
	35 - 49	34%
	50 - 69	36%
Titolo di studio	Nessuno/elementare	10%
	Scuola media infer.	24%
	Scuola media super.	50%
	Laurea/diploma un.	16%
	Celibe/nubile	34,6%
Stato civile	Coniugato/conviv.	57%
	Separato/divorz.	6%
	Vedovo/a	2,4%
Lavoro regolare	79%	

Il campione risulta equamente diviso tra uomini e donne; queste ultime risultano prevalenti nella fascia d'età più elevata, sia rispetto agli uomini, sia nella composizione del campione femminile. Il 66% del campione è in possesso di un elevato titolo di studio; gli uomini prevalgono di sette punti percentuali in quanto al possesso del titolo di scuola media superiore, mentre le donne prevalgono sugli uomini di tre punti percentuali nell'area dei laureati. In linea con l'andamento provinciale generale, si conferma una elevata percentuale del campione che lavora regolarmente.

In relazione alle condizioni economiche, il 58,9% del campione dichiara di non avere alcuna difficoltà, il 32,5% dichiara di avere qualche difficoltà, mentre l'8,6% dichiara molte difficoltà.

Un quadro generale

- Il 70% degli intervistati si giudica in buona salute.
- Il 46% fa una buona attività fisica
- Il 6% ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- Il 39% fuma
- Il 38 è in eccesso ponderale (28% sovrappeso, 10% obeso)
- Il 21% è iperteso
- Il 23% ha il colesterolo alto
- Il 21% è un bevitore "a rischio"

⁹ Fonte: studio PASSI 2007 - elaborazione dati interni AUSL

- Il 16% ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nell'ultimo mese

La percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

Il 70% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute, con un aumento di quattro punti percentuali rispetto alla rilevazione 2006. A riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini, le persone con alto livello d'istruzione e quelle che non soffrono di patologie croniche. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute indica che le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici (in media 4 giorni al mese rispetto ai 2 giorni degli uomini).

Sintomi di depressione

Il 6% delle persone intervistate ha riferito di "aver provato scarso interesse o piacere nel fare le cose" oppure di "essersi sentito giù di morale, depresso o senza speranze" nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne sono interessate in modo significativamente maggiore da questa sintomatologia, unitamente alle persone con molte difficoltà economiche e alle persone con patologie croniche.

Il 62% delle persone con sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute in termini non positivi (da "discreto" a "molto male"), rispetto al 27% delle persone non depresse. Tra le persone con sintomi di depressione solo il 31% si è rivolto ad un operatore sanitario e il 54% non ha cercato nessun aiuto.

Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative ed è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce.

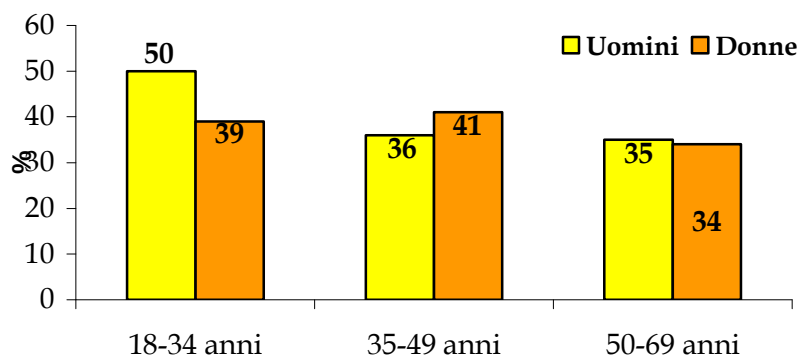
Nell'AUSL di Parma il 44% dei residenti intervistati è risultato essere non fumatore, il 39% fumatore, il 17% ex fumatore. Rispetto alla rilevazione del 2006, la quota dei fumatori risulta più alta di 10,5 punti percentuali (nel 2006 la percentuale di fumatori del campione era del 28,5%). I fumatori nella nostra provincia risultano in numero superiore anche rispetto al campione regionale, nel quale sono il 31%. L'abitudine al fumo appare più frequente nei giovani maschi.

In media vengono fumate circa 14 sigarette al giorno. Meno di un intervistato su due (42%) ha dichiarato che un medico o un operatore sanitario ha indagato le abitudini al fumo. Il 67% dei fumatori ha riportato altresì di aver ricevuto un invito a smettere di fumare o a ridurre il numero giornaliero di sigarette fumate da parte di un operatore sanitario.

La quasi totalità degli ex fumatori, 97%, hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli; solo il 3% infatti ha riferito di aver smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto od operatori sanitari.

Il 79% delle persone ha riferito che la nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici è sempre rispettata e il 16% quasi sempre, mentre il 80% degli intervistati ha riferito il rispetto assoluto di tale divieto in ambito lavorativo.

FIGURA 21 FUMATORI PER SESSO E CLASSE DI ETÀ



Consumo di alcol

Il 71% delle persone intervistate ha dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore).

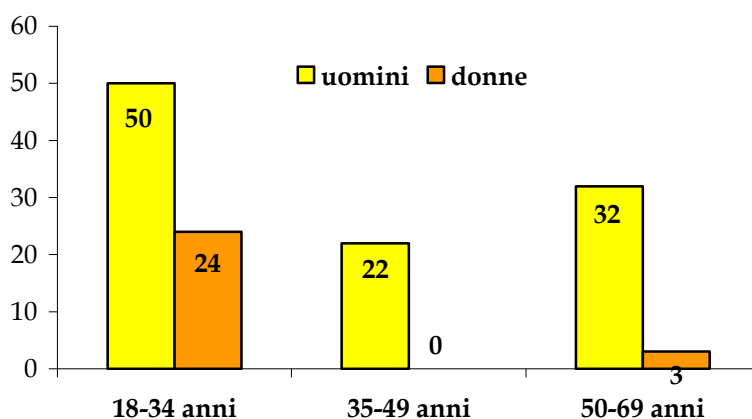
Complessivamente il 21% degli intervistati, contro il 18% del campione regionale, può essere considerato un consumatore a rischio (forte bevitore e/o beve prevalentemente fuoripasto e/o è un bevitore "binge").

L'8% degli intervistati può essere considerato un forte bevitore (inteso come consumo superiore a 3 unità/die nel maschio e 2 unità/die nella femmina) con una maggiore prevalenza negli uomini delle classi d'età più avanzate.

L'11% è bevitore "binge" (almeno una volta nell'ultimo mese ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità di bevande alcoliche). Questa pericolosa modalità di consumo di alcol risulta più diffusa tra i giovani e nel sesso maschile.

Nell'AUSL di Parma solo il 15% di chi consuma alcol ha riferito che un operatore sanitario gli ha chiesto del proprio comportamento nei confronti dell'alcol.

FIGURA 22 FUMATORI PER SESSO E CLASSE DI ETÀ



Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: riduce del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, tumore del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Il 46% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 38% svolge una moderata attività fisica; il restante 16% svolge poca o nessuna attività fisica.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane rispetto ai giovani e tra gli uomini.

Solo al 35% degli intervistati è stato chiesto da un medico o un operatore sanitario se effettuassero attività fisica; al 74% di questi è stato consigliato di svolgerla regolarmente. Al 62% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente raccomandata.

Il ruolo attivo degli operatori sanitari nel follow-up sembra associarsi positivamente al raggiungimento di un buon livello di attività fisica (svolto dal 45% degli intervistati che riferiscono il follow-up del sanitario contro il 32% di chi non lo riferisce).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

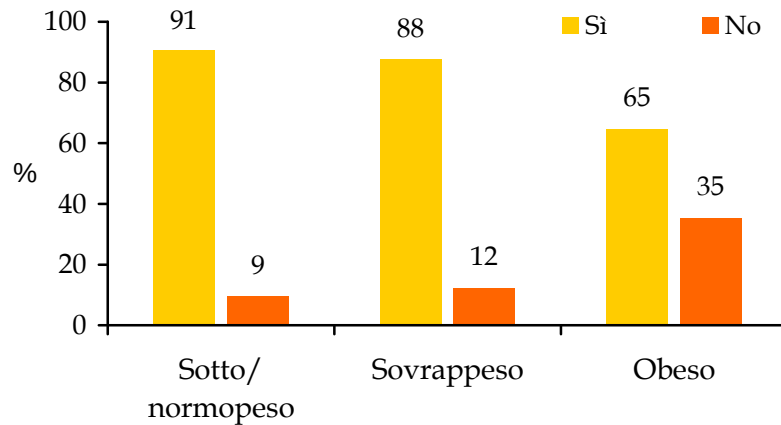
Dieta non corretta ed eccesso di peso sono cause rilevanti di malattia e morte nei paesi industrializzati: l'eccesso di peso, definito sulla base del valore del Body Mass Index (BMI o indice di massa corporea), aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura. È riconosciuta invece l'efficacia protettiva di frutta e verdura, di cui se ne raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno.

Nell'AUSL di Parma il 6% delle persone intervistate è risultato sottopeso, il 56% normopeso, il 28% sovrappeso e il 10% obeso. Le persone in sovrappeso o obese risultano in percentuale inferiore rispetto al campione regionale, dove sono rispettivamente il 31% e l'11%. Si osserva anche una percentuale decisamente inferiore di persone sovrappeso rispetto alla rilevazione 2006, dove erano il 40,5%, mentre diminuisce di un punto la percentuale delle persone obese.

L'eccesso ponderale (sovrappeso od obesità) cresce in modo significativo con l'età ed è più frequente negli uomini. Quasi la metà delle persone in sovrappeso (44%) percepisce il proprio peso come più o meno giusto. Interessante anche il dato relativo alla percezione del proprio peso delle persone sottopeso/normopeso in cui un 7% percepisce il proprio peso come troppo alto.

Interessanti anche le risposte relative alla corretta percezione della propria alimentazione a seconda del proprio stato nutrizionale: l'88% delle persone in sovrappeso e il 65% delle obese ritiene che ciò che mangia faccia bene alla propria salute.

FIGURA 23 POPOLAZIONE PER CLASSE DI PESO



Il 43% delle persone in sovrappeso e il 75% delle persone obese ha ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso. Il 30% delle persone sovrappeso e il 39% di quelle obese ha riferito di seguire una dieta per perdere peso dopo aver ricevuto il consiglio del medico che risulta influenzare significativamente la decisione di adottare un regime dietetico corretto (nelle stesse categorie rispettivamente il 16% ed il 25% ha riferito di seguire una dieta senza aver ricevuto alcuna indicazione dal proprio medico curante). L'88% delle persone sovrappeso e il 72% di quelle obese pratica un buon livello di attività fisica. Solo il 15% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni internazionali circa l'adeguato livello di consumo di frutta e verdura, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno; il 43% ne mangia almeno 3 porzioni al giorno. L'abitudine a mangiare frutta e verdura è più diffusa tra le persone fra i 50 e i 69 anni.

Comportamenti Sicuri

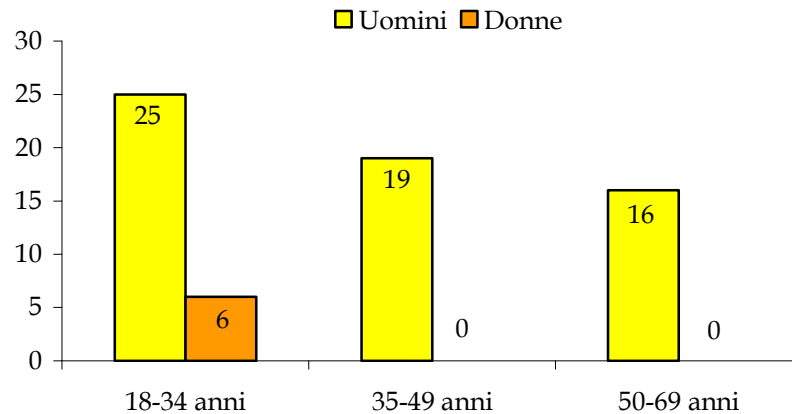
Guidare con livelli di alcol nel sangue pericolosi è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra i giovani. L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza appare elevato per il casco e la cintura anteriore, mentre è ancora molto basso per la cintura posteriore. Il rischio di infortunio domestico, pur essendo un evento frequente, non è percepito come tale dalla maggior parte della popolazione.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità nei giovani. Tra gli intervistati è elevata la percentuale di coloro che dichiarano di utilizzare sempre i dispositivi di sicurezza il cui obbligo è di più vecchia introduzione: il 97% ha dichiarato di usare sempre il casco, l'88% la cintura anteriore; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (21%).

L'11% degli intervistati, contro il 15% del campione regionale ha dichiarato di aver guidato almeno una volta, nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. Tale percentuale sale al 16% nella classe di età 18-34 anni. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (20% contro 2% delle donne).

FIGURA 24 POPOLAZIONE CHE NEL MESE PRECEDENTE HA GUIDATO IN STATO DI EBBREZZA



Sicurezza domestica

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, la sorveglianza PASSI evidenzia che il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 91% dei residenti. La percezione del rischio è più alta nella fascia d'età 50-69 anni e tra chi vive con persone potenzialmente a rischio come anziani o bambini (16% contro 6%). Informazioni per prevenire questi infortuni sono state ricevute solo dal 29% degli intervistati, soprattutto tramite opuscoli/mass media, meno da operatori sanitari. Circa il 39% di chi ha ricevuto informazioni ha cambiato i propri comportamenti o ha adottato provvedimenti preventivi.

Fattori Di Rischio Cardiovascolare

I fattori di rischio cardiovascolare sono diffusi: il 21% della popolazione intervistata soffre di ipertensione e il 23% ha elevati livelli di colesterolo nel sangue.

Ipertensione arteriosa

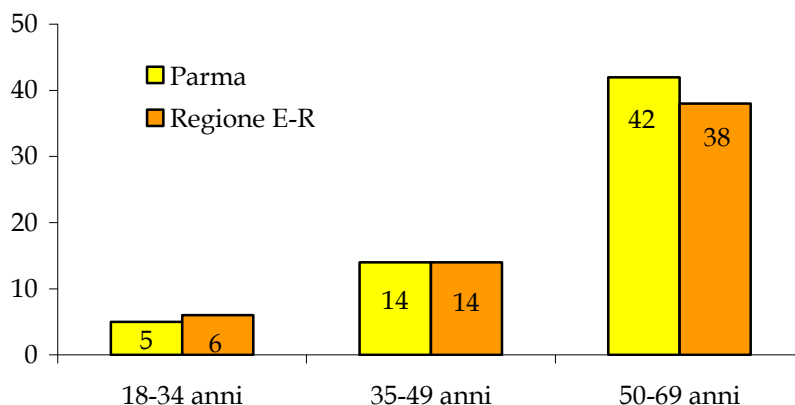
L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso nella popolazione.

Il 93% degli intervistati, contro l'86% del campione regionale, ha riferito di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, mentre il 4% più di 2 anni fa. Il 3% dichiara che non gli è mai stata misurata o non ricorda quando è avvenuta la più recente misurazione.

Il 21% delle persone a cui è stata misurata la pressione, in linea ha riportato di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa; in particolare, tra i 50 e i 69 anni, il 42% ha riferito di essere iperteso. Il 68% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di porre attenzione al consumo di sale (84%), controllare il proprio peso corporeo (69%) e svolgere regolare attività fisica (81%).

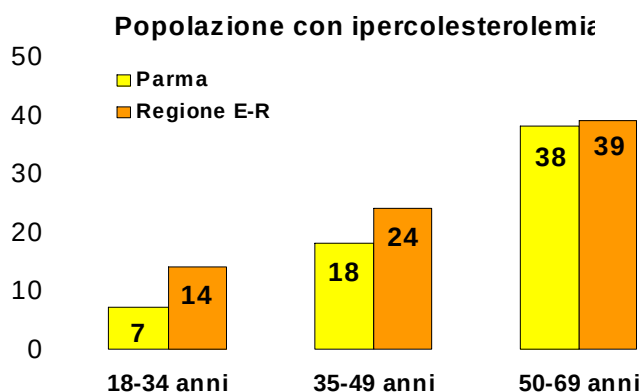
FIGURA 25 POPOLAZIONE CON IPERTENSIONE



Ipercolesterolemia

L'84% della popolazione intervistata ha riferito di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia ed il 23% di questi ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare, il 38% circa delle persone tra i 50 e i 69 anni ha riportato di avere elevati livelli di colesterolo. Il 27% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico. Il 77% degli ipercolesterolemici ha ricevuto consiglio da un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 82% di svolgere regolare attività fisica, il 68% di controllare il proprio peso corporeo e il 73% di aumentare il consumo di frutta e verdura.

FIGURA 26 POPOLAZIONE CON IPERCOLESTEROLEMIA



Punteggio di rischio cardiovascolare

Il punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del proprio paziente di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici. Nell'AUSL di Parma la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare risulta del 3%.

Interventi Di Prevenzione

Nella popolazione residente appare elevata l'adesione alla diagnostica precoce dei tumori della mammella e dell'utero. In crescita la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test del sangue occulto fecale. Ancora bassa è l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti affetti da patologie croniche, adesione che si attesta invece a valori soddisfacenti tra i soggetti con più di 65 anni.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne sotto i 50 anni.

L'80% delle donne di età compresa tra 25 e 64 anni, contro l'85% del campione regionale, ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Nella rilevazione del 2006, le donne comprese nella fascia d'età considerata, che avevano effettuato un pap test negli ultimi tre anni erano l'83,5%.

L'84% delle donne intervistate di 25 anni o più (con esclusione delle isterectomizzate) ha dichiarato di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL e il 63% di aver ricevuto da medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.

Nell'AUSL di Parma, tra le donne che hanno effettuato il Pap test con la periodicità consigliata, il 65% non ha pagato la prestazione ed il 35% l'ha pagata del tutto o in parte, informazioni che possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket, 11%) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero, 24%). Tra le motivazioni riferite dalle donne che non hanno mai effettuato un Pap test troviamo la convinzione dell'inutilità dell'esame (31%), la mancanza di consiglio sanitario (30%), l'imbarazzo (25%).

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza, sia per mortalità. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50 – 69 anni, è in grado di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, oltre che di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa.

Il 74% delle donne intervistate di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni o sintomi) nell'ultimo biennio, come previsto dalla raccomandazioni. Nel campione regionale la percentuale risulta dell'82%.

L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni (45 anni). Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 40% delle donne dichiara di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 35 anni.

Tra le intervistate della fascia di età 50-69 anni, l'89% ha riportato di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL e il 63% il consiglio da un medico o da un operatore sanitario di effettuare periodicamente la mammografia. Nell'AUSL di Parma, tra le donne che si sono sottoposte ad una mammografia con la periodicità consigliata, circa il 79% non ha pagato la prestazione ed il 21% l'ha pagata del tutto o in parte; queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket, 14%) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero, 7%).

Screening neoplasia del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia in entrambi i sessi. Il 54% delle persone di età compresa tra 50 e 69 anni ha riferito di essersi sottoposto alla ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio, in accordo alle linee guida, e il 3% di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni. Rispetto alla rilevazione del 2006, la percentuale di coloro che si sono sottoposti a test preventivo è aumentata di otto punti percentuali.

Sono in maggioranza le donne che aderiscono al programma di prevenzione; queste risultano infatti essere il 68,4% contro il 44,4% degli uomini.

Il 43% non ha mai effettuato una ricerca del sangue occulto o una colonscopia preventiva. Il 69% delle persone intervistate tra i 50 e 69 anni ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL, il 35% di aver ricevuto da medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità la ricerca del sangue occulto e il 71% ha visto una campagna informativa. Tra le persone che riferiscono di non aver mai effettuato un sangue occulto o una colonscopia preventiva, il 25% ritiene di non averne bisogno e il 29% ha riferito la mancanza del consiglio sanitario

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

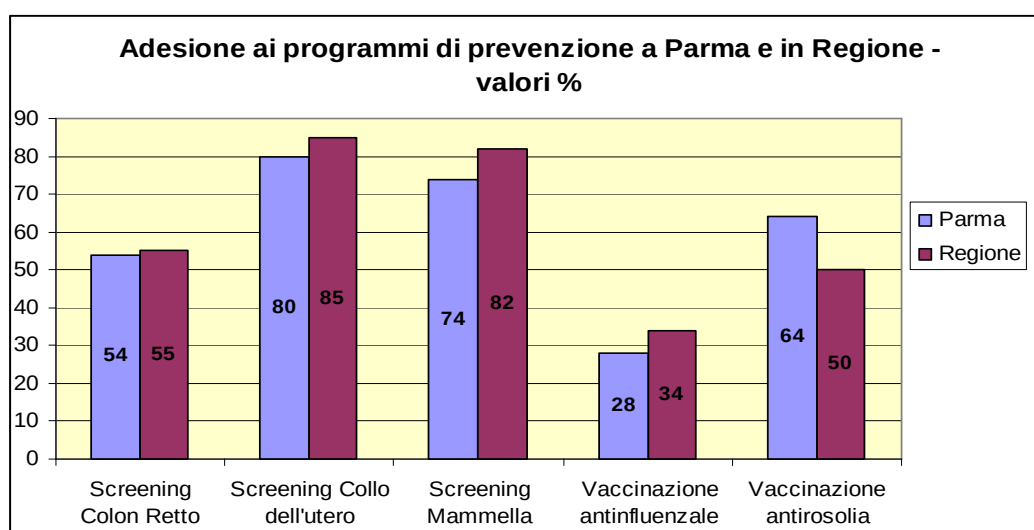
Nell'AUSL di Parma il 13% delle persone intervistate (18-64 anni) ha riferito di essersi vaccinata nella campagna vaccinale 2006/07. Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica risulta vaccinato il 28%.

Vaccinazione antirosolia

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita. Per raggiungere questo obiettivo, contenuto nel Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, è necessario vaccinare almeno il 95% delle donne in età fertile.

Il 64% delle donne intervistate di 18-49 anni, contro il 50% del campione regionale, ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia; dall'indagine si riscontra che il 18% delle donne in quella classe di età è suscettibile, in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha riferito un rubeotest negativo, mentre l'82% è immune (vaccinata o rubeotest positivo).

La risposta ai programmi di prevenzione



I dati della vaccinazione antinfluenzale si riferiscono solamente alla popolazione di età inferiore ai 65 anni con almeno una patologia cronica

Come si può osservare dalla figura, le risposte offerte dagli intervistati della nostra provincia dicono che vi è una minore risposta ai programmi di prevenzione rispetto al dato regionale. Fanno eccezione lo screening colon retto, dove la % è praticamente uguale, e la vaccinazione antirosolia alla quale le donne di Parma si sottopongono in misura decisamente superiore.

DIPENDENZE PATOLOGICHE

La situazione in Emilia Romagna¹⁰

Lo studio IPSAD Italia (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) è uno studio di prevalenza sull'uso di alcol e altre sostanze psicoattive, sia lecite che illecite.

L'indagine consiste nella somministrazione ad un campione, rappresentativo della popolazione generale 15 – 64 anni, estratto casualmente dalle liste anagrafiche dei Comuni, di un questionario postale anonimo.

L'indagine Ipsad regionale relativa al 2005 (ultimi dati disponibili) evidenzia che circa il 7% dei residenti in Emilia-Romagna tra i 15 e i 54 anni ha fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita e l'1,8% l'ha usata nell'ultimo anno. Ma sono gli studenti, e soprattutto i maschi, a far salire le percentuali, perchè le femmine sono sempre e comunque presenti con numeri più bassi.

Il 5,7% dei giovani tra i 15 e i 19 anni residenti in Emilia Romagna confessa di aver fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita, ma il 3,5% ne ha fatto uso nell'ultimo anno, e l'1,9% l'ha presa nell'ultimo mese. Ai vertici della classifica regionale ci sono Parma e Ravenna, con una media del 4% di utilizzatori nell'ultimo anno (più del 5% dei maschi, poco meno del 3% le ragazze). L'eroina, invece, è ferma al 2,4% (almeno una volta nella vita) per la Regione che è comunque sotto la media nazionale.

La cannabis resta la sostanza più diffusa, e qui le femmine sono meno morigerate che nell'uso delle altre droghe. A Ravenna, la prima delle province per il consumo, il 31% degli studenti maschi e

¹⁰ Idagine Ipsad

il 23% delle femmine tra i 15 e i 19 l'ha usata almeno una volta nell'ultimo anno. A Parma i numeri sono rispettivamente circa al 30% e al 22%.

Considerando la fascia d'età 15 – 54 anni, le province dove la cocaina è più diffusa sono Rimini e Reggio Emilia. Nella prima, sempre nel 2005, quasi il 3,5% dei maschi ne ha fatto uso (quasi l'1,5% delle donne), a Reggio Emilia poco più del 3% dei maschi e l'1,3% delle femmine. Seguono Forlì Cesena, con poco più del 2,5% tra gli uomini (l'1% delle donne), Parma, Piacenza e Modena si attestano sul una percentuale poco inferiore al 2,5%, sempre tra i maschi.

Anche la cannabis è ancora molto diffusa e vede Rimini al primo posto con una percentuale di uso tra il 15 e il 16% tra i maschi (il 1% tra le femmine), Parma a poco più del 12% (ma con le donne quasi al 10%). Ferrara, Forlì Cesena, Bologna, Ravenna e Modena sono sul 12% abbondante (con le femmine tra l'8 e l'8,5%).

Per l'eroina i consumi e la diffusione risultano più bassi (tra lo 0,5 e lo 0,1%): Parma, insieme a Modena e Piacenza, si attesta tra lo 0,4 per i maschi e lo 0,3% tra le femmine.

Infine gli stimolanti, con Rimini sempre in cima alla lista, con un consumo per l'1% della popolazione maschile (lo 0,45% quella femminile) seguita da Bologna (0,9% tra i maschi, 0,4% le femmine), Ferrara (quasi 0,8% i maschi e più di 0,4% le femmine) e poi Forlì Cesena, Ravenna, Reggio Emilia, Parma, Modena e Piacenza (dallo 0,6% allo 0,4% dei maschi, dallo 0,3 allo 0,2% delle femmine).

Un riferimento a dati più recenti, lo si può ricavare dallo studio Ipsad 2007 nazionale (dalla "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia – 2007"), per il quale non sono ancora disponibili analisi disaggregate per provincia.

Per quanto riguarda la diffusione del consumo di eroina, che dal 2001 aveva presentato una costante diminuzione, sembra essersi stabilizzata negli ultimi quattro anni.

Relativamente al consumo di cocaina, il 2007 non evidenzia sostanziali differenze con le rilevazioni del 2006; sembrerebbe quindi essersi esaurito il trend pluriennale degli anni precedenti per entrambi i generi e per tutte le classi di età.

Così come per l'eroina, anche per ciò che riguarda la cocaina si osservano nella popolazione scolarizzata prevalenze più alte: quattro studenti ogni mille ne fanno un uso frequente e complessivamente venti ogni mille hanno usato cocaina nel corso del mese precedente la compilazione del questionario. Sono 420 ogni mille ad averla assunta una o più volte nel corso del 2007.

Come per l'eroina, anche per quanto riguarda la cocaina l'utilizzo "esplorativo", ovvero un'esperienza transitoria, sembra essere quello di gran lunga prevalente.

Aumenta invece la diffusione dell'uso di cannabis: l'1,4% degli italiani (14 persone ogni mille), di età compresa tra i 15 e i 64 anni, consuma frequentemente cannabis. Si osservano incrementi sia per quanto riguarda l'uso occasionale (una o più volte negli ultimi dodici mesi), sia per quanto riguarda l'uso negli ultimi trenta giorni e l'uso quotidiano. Da segnalare che l'incremento maggiore si osserva tra le donne.

Stabile la diffusione dell'uso di stimolanti e allucinogeni nella popolazione generale, mentre è in aumento tra gli studenti.

Aumenta sia tra la popolazione generale che tra gli studenti la percentuale di persone che fanno uso di più sostanze psicoattive illegali (poliassuntori), con un livello maggiore tra coloro che usano cocaina.

SICUREZZA

INCIDENTI STRADALI

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

In Emilia Romagna l'andamento del fenomeno è simile a quello nazionale. Per quanto riguarda l'anno 2007, l'Ufficio Statistica della Provincia di Parma ha pubblicato i dati degli incidenti avvenuti nel nostro territorio.

Complessivamente nell'ultimo triennio si è assistito ad una riduzione del fenomeno.

TABELLA 42 – INCIDENTI STRADALI IN PROVINCIA DI PARMA – ANNI 2005–2007

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

Fonte: Ufficio Statistica Provinciale di Parma

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

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

TABELLA 43 – INCIDENTI STRADALI "UTENTI DEBOLI" IN PROVINCIA DI PARMA – ANNI 2005 – 2007

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

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

INFORTUNI SUL LAVORO

Il contrasto degli infortuni sul lavoro è uno degli obiettivi che ha caratterizzato le azioni del Dipartimento di Sanità Pubblica, e dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro in particolare, negli ultimi anni, ora reso ancora più stringente a seguito del sostenuto impegno normativo e programmatico di Governo e Ministeri.

Non solo adesione agli obiettivi definiti dal Piano Regionale della Prevenzione, non solo risposta alla declinazione regionale degli indirizzi di politica nazionale (il Patto per la Salute), ma da parte dei Servizi impegno consapevole sulla necessità di individuare nuove e più appropriate strategie per fronteggiare un fenomeno grave e diffuso; strategie che necessariamente devono fare leva sulla formazione a tutti i livelli, per far crescere e consolidare un nuovo modello di cultura della prevenzione, ma allo stesso tempo devono coinvolgere tutta la collettività attraverso una penetrante opera di sensibilizzazione.

Oltre ad orientare la propria pianificazione sulla riduzione degli infortuni nei settori produttivi di interesse regionale potenziando i controlli, come il contesto sociale richiede, ma equilibrandoli con un'implementata attività di assistenza, lo sforzo degli SPSAL è orientato a mantenere e rinnovare, su questa tematica, alleanze e convergenze, sfruttando appieno, e possibilmente allargando, il consolidato tessuto di relazioni costruito con i Piani per la Salute.

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

GLI INFORTUNI IN PROVINCIA DI PARMA NEL PERIODO 2000 – 2007

Sono riportati i dati infortunistici elaborati in collaborazione con l'Osservatorio Regionale per l'Epidemiologia degli Infortuni sul Lavoro (OREIL), partendo da Banca Dati INAIL, fonte di flussi correnti ormai uniformemente adottata per l'analisi del fenomeno in quanto costituisce una base dati standardizzata ed omogenea e come tale confrontabile.

E' riportato l'andamento degli infortuni nella serie storica dal 2000, integrata dall'ultimo aggiornamento disponibile relativo al 2007.

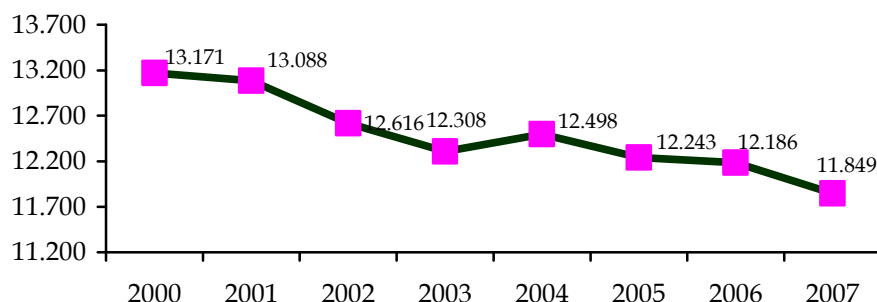
Nell'analisi sono considerati:

- gli infortuni denunciati espressi in numeri assoluti;
- gli infortuni definiti espressi in termini di Indice di Incidenza (n° infortuni/ n° addetti x 100), sia per gli infortuni complessivi che per comparti significativi;
- la gravità degli infortuni espressa come percentuale degli infortuni permanenti sul totale degli eventi;
- gli infortuni mortali.

Infortuni denunciati

Nel periodo considerato si mantiene, nel contesto locale, la tendenza alla diminuzione degli infortuni totali denunciati, che passano dai 15.354 casi del 2001 ai 12.896 casi del 2007. Il dato complessivo riflette l'andamento che si registra nella Gestione Industria e Servizi, che maggiormente contribuisce al fenomeno. Gli infortuni denunciati in questo ramo di gestione INAIL documentano un'ulteriore flessione attestandosi nel 2007 al minimo storico con 11.849 casi.

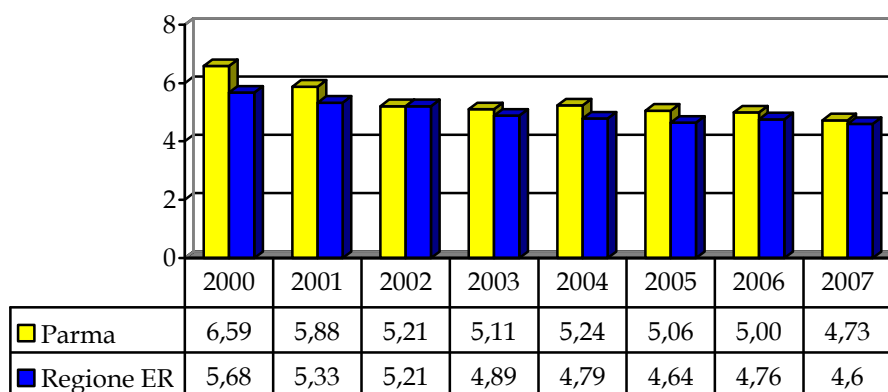
FIGURA 27 – INFORTUNI DENUNCIATI (GESTIONE INDUSTRIA- SERVIZI)



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

In provincia di Parma l'indice di incidenza degli infortuni complessivi conferma la costante tendenza alla diminuzione, pur mantenendosi nel tempo sempre lievemente superiore al dato medio regionale. L'indicatore passa da 6.59 del 2000 al valore di 4.73 del 2007, con un calo tendenziale negativo del 28.2%.

FIGURA 28 – INDICE DI INCIDENZA INFORTUNI COMPLESSIVI. CONFRONTO PROVINCIA DI PARMA E MEDIA REGIONALE

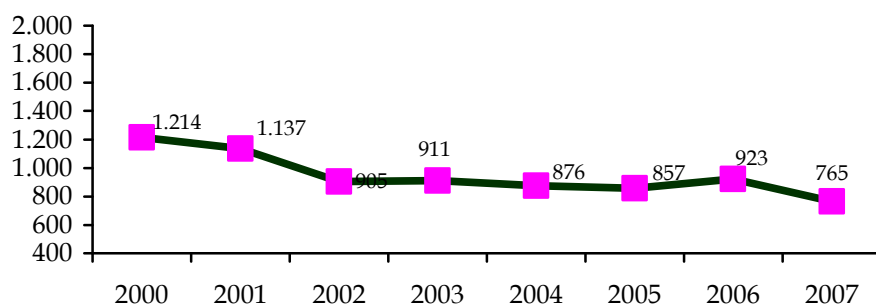


Agricoltura

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

Per la Gestione Agricoltura si riporta, pertanto, l'andamento degli infortuni denunciati, che dimostra una marcata diminuzione tra il 2000 al 2002, seguita da un periodo di stabilizzazione e da un sensibile calo nel 2007.

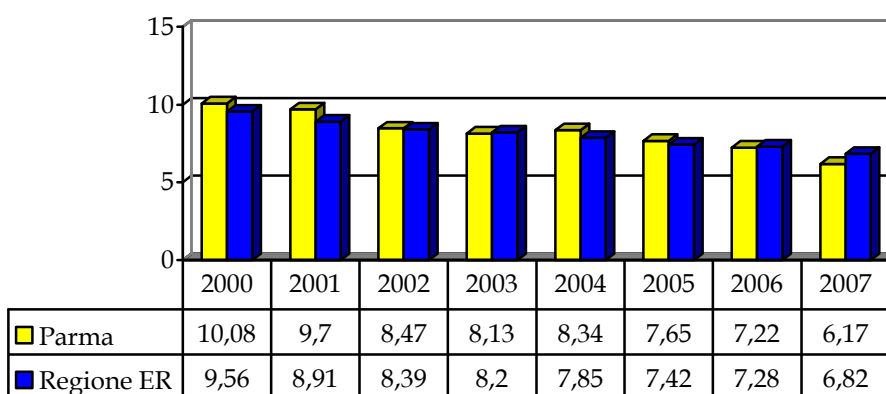
FIGURA 29 – EVENTI DENUNCIATI IN PROVINCIA DI PARMA NEL RAMO INAIL "GESTIONE AGRICOLTURA" NEL PERIODO 2000-2007



Edilizia

L'edilizia, tradizionalmente considerato settore ad alto rischio infortunistico, continua a registrare un trend in costante diminuzione, con indice di incidenza che si attesta nel 2007 al valore minimo di 6.17, inferiore al dato medio regionale e corrispondente ad un calo tendenziale, rispetto all'anno 2000, pari a - 38.4%.

FIGURA 30 – EDILIZIA (GRANDE GRUPPO 3) – INDICE DI INCIDENZA COMPLESSIVO DEL SETTORE

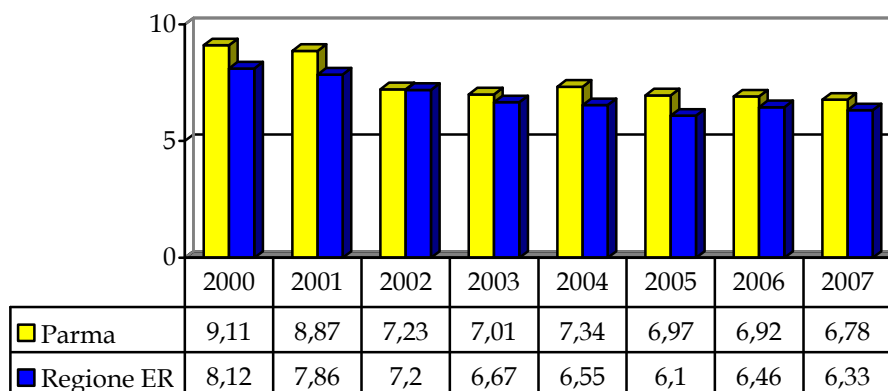


La diminuzione risulta ancora più consistente se si considera il solo sottogruppo Costruzioni Edili (3100), riguardante l'edilizia civile tradizionale, dove l'indice infortunistico si attesta al minimo storico (6.61), con una differenza percentuale rispetto al 2000 di - 39.9%.

Metallurgia

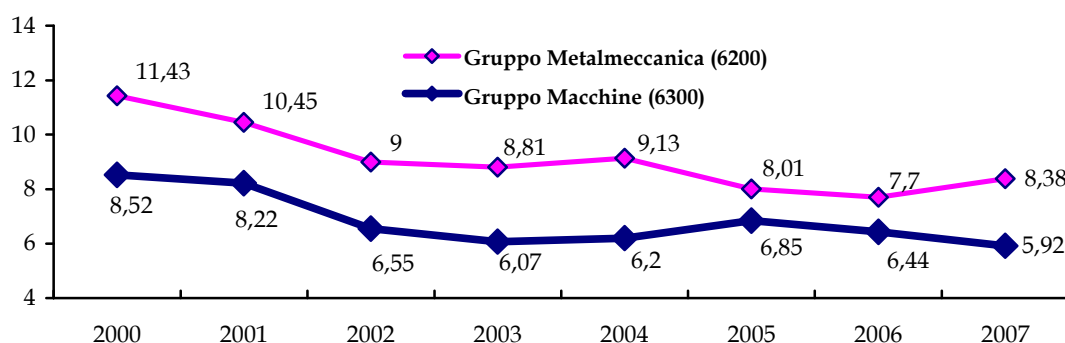
Anche in questo Grande Gruppo continua a registrarsi a Parma la diminuzione dell'indice infortunistico, con un calo tendenziale nel 2007 rispetto al 2000 pari a 25.6%.

FIGURA 31 – INDICE DI INCIDENZA NEL GRANDE GRUPPO METALLURGIA



Tuttavia, differente è l'andamento dell'indice di incidenza nei due gruppi di lavorazione più significativi (Gruppo 6200 Metalmeccanica e Gruppo 6300 Macchine), che costituiscono anche i settori di interesse regionale, rappresentato in figura 6.

FIGURA 32 ANDAMENTO DELL'INDICE DI INCIDENZA NEI GRUPPI METALMECCANICA (6200) E MACCHINE (6300) IN PROVINCIA DI PARMA NEL PERIODO 2000-2007



Altre

Lavorazioni Di Interesse

Nella tabella seguente viene riportato, per alcune lavorazioni di particolare interesse locale (come ad esempio la produzione alimenti e la lavorazione vetro) o generale, l'indice di incidenza 2007 e la variazione percentuale rispetto all'anno 2006 e all'anno 2000.

TABELLA 44 – INDICE DI INCIDENZA 2007 IN ALTRE LAVORAZIONI DI INTERESSE LOCALE O GENERALE E VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALL'ANNO 2006 E ALL'ANNO 2000

Gruppi INAIL di lavorazioni	Ind. Incid. 2007	△ % 2007-2006	△ % 2007-2000
1400 Produzione Alimenti	6.76	+ 5.6	- 29.2
2400 Chimica	5.18	- 23.4	- 25.3
5200 Falegnameria/Restauro	7.42	- 2.1	- 15.6
7200 Lavorazione rocce	12.90	- 14.0	- 31.2
7300 Lavorazione vetro	9.30	+ 9.8	- 16.1
9200 Facchinaggio	14.62	- 15.9	- 56.1
0300 Servizi Sanitari	6.57	+ 5.6	- 1.5
0400 Servizi di Pulizia	10.71	+ 1.7	-56.3

In tutte le lavorazioni descritte si assiste ad una sensibile riduzione dell'indice di incidenza rispetto al dato del 2000, ma anche l'incremento della frequenza infortunistica nel 2007, rispetto

all'anno precedente, nei settori della produzione alimenti, lavorazione vetro e nei servizi sanitari e di pulizia.

LA GRAVITÀ DEGLI INFORTUNI

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

I dati, riportati in nella tabella seguente, sembrano documentare negli anni la tendenza verso una maggiore gravità degli eventi; gli infortuni sono complessivamente meno frequenti, ma tendenzialmente più gravi e tale andamento è attribuibile alla gestione Industria/Servizi, mentre la gestione agricoltura registra un evidente diminuzione degli eventi gravi

TABELLA 45 – GRAVITÀ DEGLI INFORTUNI DEFINITI ESPRESSA IN TERMINI DI % DEGLI INFORTUNI PERMANENTI SUL TOTALE DEGLI EVENTI (SONO ESCLUSI GLI INFORTUNI IN CONTO STATO)

	2003			2007		
	Eventi	Perm.	%	Eventi	Perm.	%
Industria/Servizi	8383	333	4.0	8009	352	4.4
Agricoltura	748	63	8.4	629	46	7.3
Totale	9131	396	4.3	8638	398	4.6

L'andamento descritto viene confermato utilizzando un altro parametro costituito dalla Durata Media degli infortuni, che nella gestione Industria/Servizi passa dai 29 giorni del 2003, ai 31 giorni del 2007.

Gli infortuni mortali

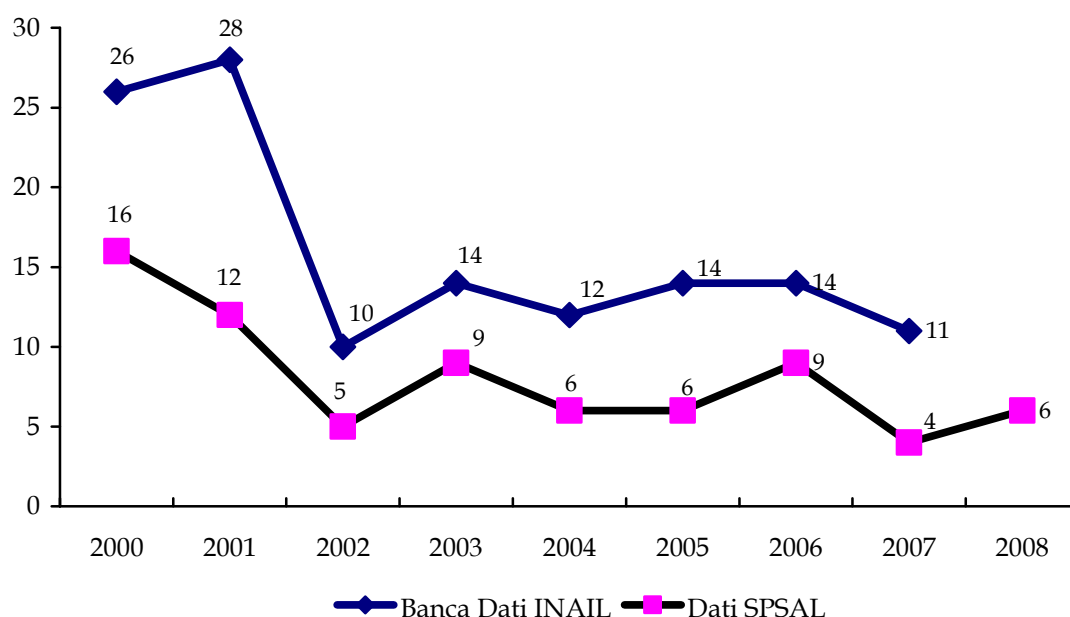
La Banca dati INAIL fornisce il dato di 129 infortuni mortali occorsi a Parma nel periodo 2000-2007 (11 eventi nel 2007), dato tuttavia comprensivo degli eventi mortali stradali.

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

Pare più utile rappresentare il fenomeno considerando i soli eventi mortali rispetto ai quali i Servizi PSAL dell'ASL si sono attivati con indagini di Polizia Giudiziaria e riportati nella Relazione Sanitaria Annuale, in quanto avvenuti in ambiente di lavoro e per cause allo stesso collegate, in questo caso con aggiornamento al 2008.

Nel periodo 2000-2008 sono state condotte dagli SPSAL indagini su 73 infortuni mortali. La maggior frequenza di questi tragici eventi si è registrata negli anni 2000 e 2001 rispettivamente con 16 e 12 eventi (fig. 7), mentre si osserva una sostanziale stabilizzazione, e su livelli decisamente inferiori, negli anni successivi con numero di eventi compresi tra 4 e 9.

FIGURA 33 – EVENTI MORTALI OCCORSI IN PROVINCIA DI PARMA DISTRIBUITI PER ANNO DI ACCADIMENTO. CONFRONTO BANCA DATI INAIL E DATI SPSAL ASL



GLI INFORTUNI NEI LAVORATORI STRANIERI IN PROVINCIA DI PARMA¹¹

In ambito regionale si assiste alla costante crescita della popolazione immigrata residente, cui corrisponde un incremento della forza lavoro straniera, che nel 2005 era stimata intorno al 12.5% del totale dei lavoratori. A questa logica non sfugge Parma che risulta tra le province a più alto tasso di stranieri occupati.

Il lavoratore immigrato rappresenta una fascia debole di popolazione lavorativa particolarmente vulnerabile, come testimoniato dal progressivo incremento degli eventi infortunistici in questo target che risulta in controtendenza rispetto all'andamento infortunistico registrato nel complesso dei lavoratori assicurati.

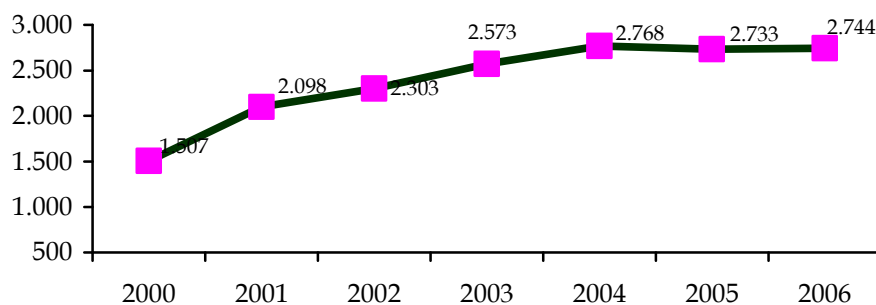
I dati presentati sono ricavati dai Nuovi Flussi INAIL; sono riferiti al periodo 2000-2006 (ultimo aggiornamento disponibile) e sono espressi in valore assoluto (numero di casi) e non in termini di Indice di Incidenza, in quanto non è disponibile il dato preciso sul numero complessivo di occupati stranieri.

Eventi Denunciati e Eventi Definiti

Nel periodo considerato si sono registrati in Provincia di Parma 16726 eventi denunciati occorsi a lavoratori stranieri; l'andamento documenta un trend in progressivo incremento negli anni con sostanziale stabilizzazione nel triennio 2004-2006.

¹¹ Nuovi flussi Inail

FIGURA 34 – ANDAMENTO DEGLI EVENTI INFORTUNISTICO DENUNCIATI IN PROVINCIA DI PARMA NEL PERIODO 2000–2006

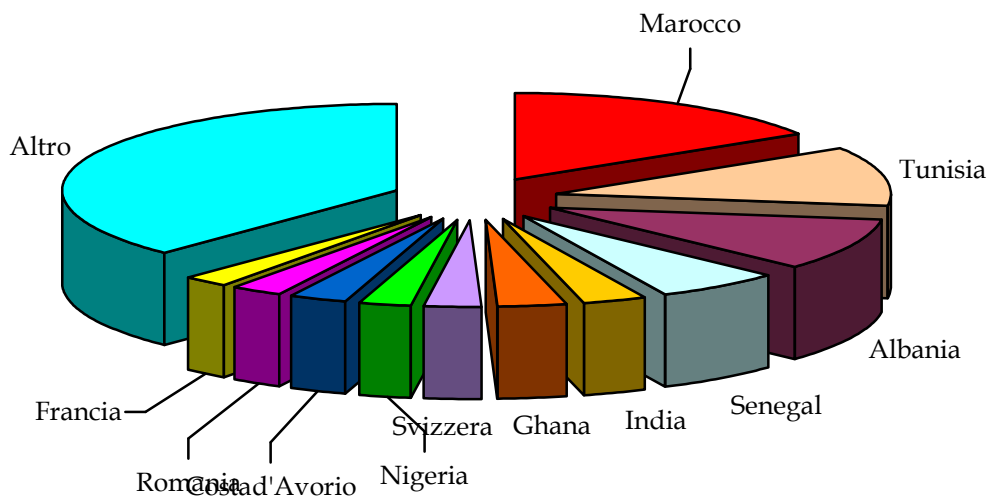


Rispetto al totale di eventi denunciati, i casi definiti positivamente dall'INAIL sono stati 11144 pari al 66.7%.

Distribuzione per nazionalità

Gli infortuni, definiti positivamente (11144), coinvolgono lavoratori stranieri provenienti da 122 diverse nazioni. In figura seguente è riportata la prevalenza di infortuni per nazionalità dell'infortunato: la maggiore rappresentatività riguarda lavoratori originari del Marocco (16.1%) e della Tunisia (11.2%), seguiti dai lavoratori provenienti da Albania (9.6%) e Senegal (6.0)

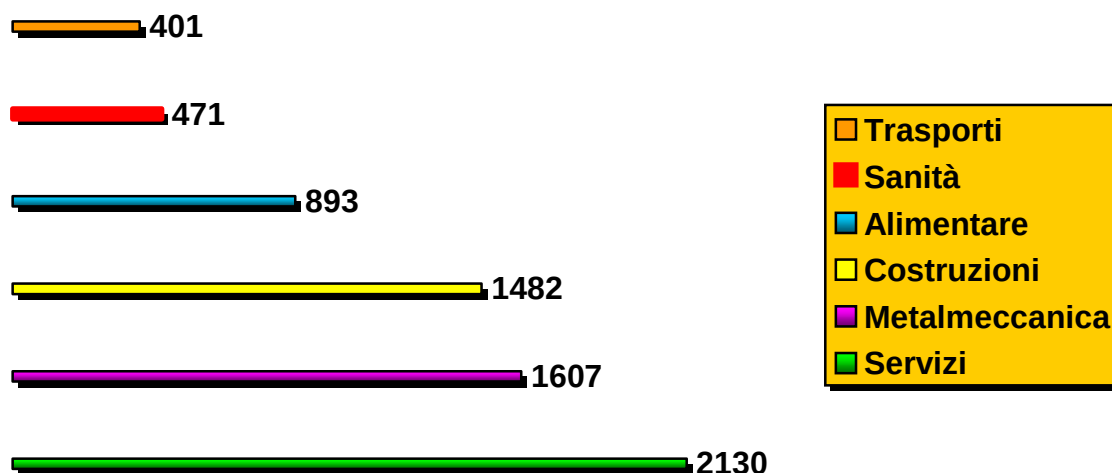
FIGURA 35 – DISTRIBUZIONE PER NAZIONALITÀ DEGLI INFORTUNI OCCORSI A LAVORATORI STRANIERI (PERIODO 2000–2006)



Distribuzione per comparto degli infortuni occorsi a lavoratori stranieri

Nella figura seguente è rappresentata la distribuzione degli infortuni occorsi a lavoratori stranieri per comparto produttivo. Il maggior numero di casi definiti positivamente occorsi a lavoratori stranieri si registra nel settore Servizi (22.1%) e nei comparti metalmeccanica (16.7%) e costruzioni edili (15.4%).

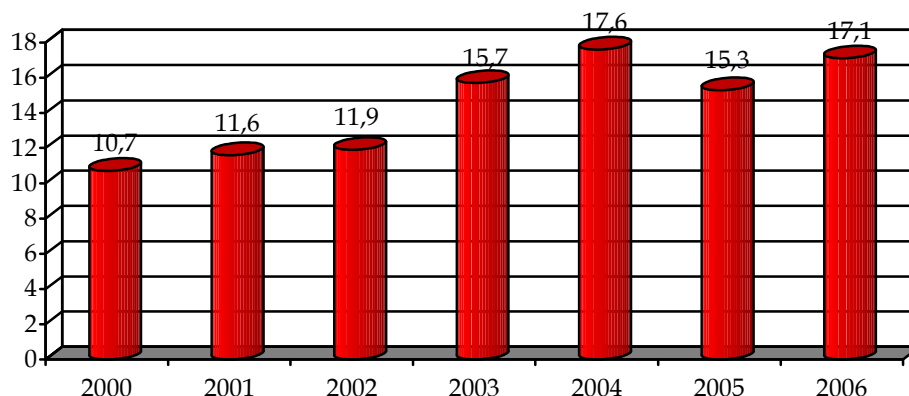
FIGURA 36 – DISTRIBUZIONE PER SETTORE PRODUTTIVO DEI CASI DI INFORTUNI A LAVORATORI STRANIERI DEFINITI POSITIVAMENTE (PERIODO 2000 – 2006)



Gravità degli infortuni a lavoratori stranieri

Come la frequenza, anche la gravità degli infortuni a lavoratori stranieri registra un trend in progressivo incremento nel periodo considerato. Nella figura seguente è riportato l'andamento, per anno, della percentuale di casi gravi sul totale degli infortuni definiti positivamente dall'INAIL

FIGURA 37 – ANDAMENTO DELLA PREVALENZA DI INFORTUNI GRAVI SUL TOTALE DEGLI EVENTI OCCORSI A LAVORATORI STRANIERI PER ANNO



INFORTUNI DOMESTICI

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica per il numero dei soggetti coinvolti, per la gravità delle lesioni che riportano, per i costi in termini di risorse spese per i costi sia diretti che indiretti.

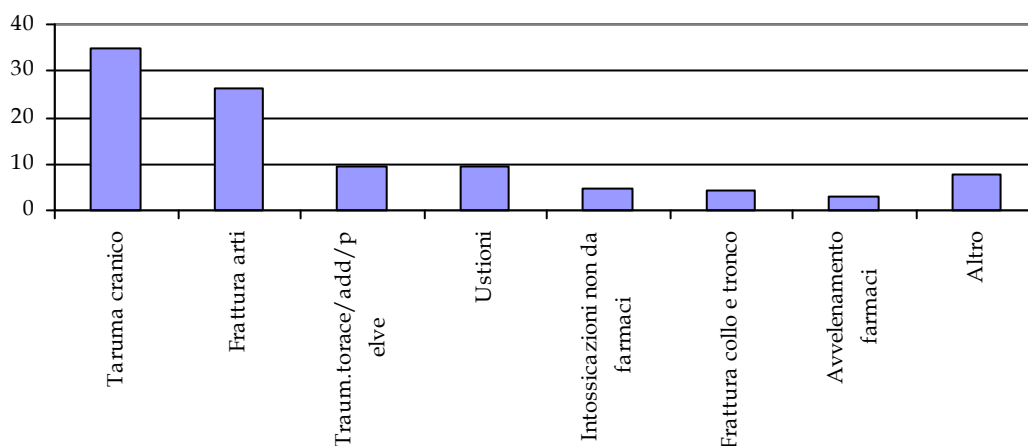
Le dimensioni del problema in Emilia Romagna risultano, fino ad ora, da ricerche specifiche finalizzate ciascuna ad indagare un aspetto particolare del fenomeno o svolte in ambiti territoriali ristretti.

Le indagini più significative sono:

- Ricerca Multiscopo ISTAT 2002
- Indagine Nazionale PASSI – Dati relativi all’Emilia Romagna
- Rilevamento dati SINIACA presso l’AUSL di Forlì
- Gli infortuni domestici in provincia di Modena – Sintesi dell’analisi sui dati correnti.

Dall’analisi dei dati, confrontati con quanto riportato dal rapporto SINIACA dell’ISS “Ambiente casa: la sicurezza domestica, dalla conoscenza alla prevenzione”, risulta che il fenomeno si comporta in Emilia Romagna in modo analogo al resto del Paese. Al primo posto, come incidenza, troviamo le donne, casalinghe e non, e poi gli anziani >65 anni. L’evento più frequente, il 48% per tutte le fasce d’età, è la CADUTA, seguono gli urti, le ustioni, gli avvelenamenti ed i soffocamenti.

FIGURA 38 DISTRIBUZIONE DEGLI INFORTUNI PER CAUSA DI MORTE



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

Due sono le fasce d’età per le quali il fenomeno risulta più rilevante per la gravità delle conseguenze: i bambini al di sotto dei 5 anni, per i quali, nei Paesi occidentali, gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte, e gli anziani, per i quali la caduta determina spesso la frattura di femore; inoltre, risulta che un anziano che ha sperimentato una caduta, ha una notevole probabilità di cadere di nuovo entro un anno, probabilità che aumenta col crescere dell’età.

Per quello che riguarda la nostra regione, il Piano per la Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici è stato adottato dalla Giunta Regionale nel marzo 2006, sono continuati i lavori dei sottogruppi regionali nella definizione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale, nello specifico operatori dell’Azienda hanno partecipato ai lavori per predisporre progetti specifici.

Per quanto attiene ai progetti cui ha aderito l'AUSL di Parma, e più precisamente per il progetto P2, nei primi mesi del 2008 i Gruppi di Lavoro regionali hanno completato la predisposizione del materiale documentale necessario per l'attivazione del progetto stesso (scheda di consenso informato, questionario sulla percezione del rischio, opuscolo informativo ""Uffa! Che fatica crescere sicuri", check list di valutazione dell'ambiente domestico).

La sperimentazione è partita nella tarda primavera, in due ambulatori vaccinali del Distretto di Fidenza, dove è stato somministrato il questionario sulla percezione del rischio a tutti i genitori dei nuovi nati, al momento dell'accesso per la prima vaccinazione. Agli stessi è stato consegnato, in occasione della seconda vaccinazione l'opuscolo informativo, contestualmente alla proposta di visita domiciliare per effettuare insieme la valutazione la presenza di elementi di pericolo e/o di comportamenti a rischio e le possibili soluzioni. Quasi tutti i genitori hanno accettato la proposta, almeno in questa fase; l'effettiva disponibilità andrà verificata in seguito, quando si richiederà per fissare il sopralluogo.

Prosegue inoltre il progetto di rilevamento dei dati SINIACA (in collaborazione con il progetto nazionale coordinato dall'ISS), relativamente agli accessi al P.S. dell'Ospedale di Vaio, secondo una griglia analitica sulle modalità di accadimento ed il tipo di lesione.

CONCLUSIONI

Dai dati presentati, Parma si conferma una provincia in espansione da un punto di vista demografico, dal momento che solo nell'ultimo anno si è verificato un aumento di 5634 abitanti, pari al 1,3% del totale.

Pur presentando un Indice di Vecchiaia in diminuzione, gli anziani sono ancora una componente importante della società: infatti gli ultra 65enni sono il 23%, concentrati soprattutto nei comuni montani, mentre l'unico comune con Indice di Vecchiaia negativo (in cui cioè prevalgono i giovani) resta, come accade da anni, Torrice.

Le famiglie unipersonali superano il 36% del totale, e di queste quasi la metà è composta da persone anziane.

La percentuale di stranieri è arrivata nel 2008 al 9,2%, ma in tre comuni supera stabilmente il 13% e in altri 7 il 10%: la componente femminile è ormai la metà del totale, costituita prevalentemente da donne provenienti dall'Est Europa, situazione legata alla richiesta di forza lavoro nel settore socioassistenziale. Il problema dell'integrazione scolastica resta aperto, come dimostrato dai dati relativi ai ritardi e bocciature, anche se nell'ultimo anno si sono registrati confortanti segnali di inversione di tendenza.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, la crisi mondiale del 2008 ha colpito anche la nostra provincia, che pure nel 2007 aveva il tasso di disoccupazione più basso d'Italia. Dai dati presentati da Unioncamere risulta rallentata la produzione in tutti i settori produttivi.

I DISTRETTI IN CIFRE

Distretto di Parma Popolazione residente

Densità	Comuni	Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
500,3	Colorno	8.788	9,9	13,2	23,6	18,9	136,0	50,5
	Mezzani	3.120	9,6	10,7	18,0	16,9	129,9	52,6
	Parma	178.718	11,6	10,2	15,6	16,8	190,8	53,6
	Sorbolo	9.421	9,5	6,0	8,8	8,8	137,4	50,2
	Torrile	7.547	6,3	10,2	15,3	14,0	87,2	42,3
	totale	207.594	11,2	10,1	15,6	16,4	179,4	52,8

Popolazione maschile **99.213**- Popolazione femminile **108.381**

Nazionalità più rappresentate: **Moldavia 11%, Albania Tunisia 10%**

Incremento stranieri nel periodo 2003-2008: **87,8%**

Distretto di Fidenza Popolazione residente

Densità	Comuni	Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
151,9	Busseto	6.904	13,3	9,6	24,2	16,4	224,1	58,2
	Fidenza	24.776	12,8	7,9	14,5	13,4	202,3	58,8
	Fontanellato	6.650	11,4	8,7	15,3	13,1	180,4	53,9
	Fontevivo	5.479	8,8	10	19,8	13,8	137,3	46,6
	Noceto	11.715	10,0	8,4	15,1	13,4	144,0	51,9
	Polesine P.se	1.481	12,6	10,5	25,2	18,3	193,4	56,4
	Rocca bianca	3.117	13,3	8,1	15,5	13,9	198,5	60,1
	SalsomaggioreT	19.937	12,7	9,8	17,3	16,9	197,5	59,1
	S.secondoP.se	5.453	12,5	8,8	15,4	14,7	176	55,4
	Sissa	4.191	12,8	9,5	18,3	14,9	171,2	58,8
	Soragna	4.717	10,6	9,4	19,7	15,0	149,9	51,9
	Trecasali	3.437	9,4	7,4	12,9	11,4	137,3	48,8
	Zibello	1.947	15,6	7,9	14,3	14,4	274,8	63,3
	totale	99.804	12,2	8,8	16,7	16,4	182,9	56,1

Popolazione maschile **48.911** - Popolazione femminile: **50.893**

Nazionalità più rappresentate: **Albania Marocco 14%, India 12%**

Incremento stranieri nel periodo 2003-2008: **127,3%**

Distretto Valli Taro e Ceno								
Popolazione residente								
Densità	Comuni	Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
31,3	Albareto	2.226	17,6	2,2	3,7	3,5	325,2	67
	Bardi	2.437	21,7	5	15,0	11,2	497,8	79,9
	Bedonia	3.724	15,4	5,3	11,3	10,0	296	66,3
	Berceto	2.292	18,9	6	14,2	17,9	426,7	65,4
	Bore	821	22,7	2,6	15,4	5,6	603,3	109,4
	Borgotaro	7.177	14,6	5,2	8,7	8,0	238,8	64,8
	Compiano	1.105	15,2	5,2	5,3	10,9	276,3	63,5
	Fornovo	6.146	12,3	13,1	28,0	21,7	176,9	60
	Medesano	10.432	10,0	9,5	19,1	13,7	142,7	51,8
	Pellegrino P.se	1.179	19,8	4,5	8,5	9,5	463,4	80
	Solignano	1.864	12,8	5,7	9,6	9,2	211,1	53,2
	Terenzo	1.217	17,6	5,3	6,9	13,5	455,2	65,8
	Tornolo	1.195	20,3	1,1	0,0	2,4	432,3	78,9
	Valmozzola	631	23,9	5,9	9,7	10,2	543,2	81,3
	Varano m.	2.625	10,1	7	15,5	9,4	142,5	55,9
	Varsi	1.364	25,1	3,2	7,5	8,7	678	87,9
	totale	46435	14,7	7	15,6	12,1	242,3	63

popolazione maschile **22.990** - Popolazione femminile **23.445**

Nazionalità più rappresentate: **Marocco 23%, Albania Romania 14%**

Incremento stranieri nel periodo 2003-2008: **124,7%**

Distretto Sud Est								
Popolazione residente								
Densità	Comuni	Complessiva	% ≥ 75 anni	% stranieri su complessiva	% 0-9 anni stranieri	% 25-44 anni stranieri	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza Totale
80,2	Calestano	2.003	13,8	13,5	25,7	22,6	220,1	59,7
	Collecchio	13.300	10,5	7,8	12,6	11,8	159,3	52,3
	Corniglio	2.104	23,1	2,5	2,2	5,5	592,0	82,0
	Felino	8.075	10,0	6,5	11,1	9,2	143,7	51,5
	Langhirano	9.341	10,2	11,9	20,5	18,1	142,2	51,1
	Lesignano B	4.485	8,2	7,8	11,4	10,5	113,7	44,8
	Monchio d/C	1.078	22,4	1,7	0,0	5,0	678,1	85,9
	Monteghiarugolo	10.145	9,6	7,7	13,3	12,0	152,4	50,9
	Neviano A.	3.748	18,3	8,3	18,1	15,1	302,2	76,5
	Palanzano	1.245	21,3	6,3	15,6	12,9	593,5	75,1
	Sala Baganza	5.205	9,3	8,6	11,4	13,3	138,5	50,3
	Tizzano V.P.	2.116	18,5	9,5	20,1	18,2	354,2	68,9
	Traversetolo	9.012	10,4	10,2	14,6	14,5	144,1	51,9
	totale	71.857	11,5	8,5	14,2	13,2	172,4	54,4

Popolazione maschile **35.613** - Popolazione femminile **36.244**

Nazionalità più rappresentate: **Albania 19%, Marocco 15%, Romania 11%**

Incremento stranieri nel periodo 2003-2008: **113,4**

SEZIONE 2 PROFILO AZIENDALE

PROFILO AZIENDALE

Questa sezione del documento è volta a tratteggiare i caratteri e le specificità che contraddistinguono l'azienda.

L'obiettivo informativo specifico è quello di fornire una sorta di “carta d'identità” dell'azienda, che consenta non solo di comprendere i tratti morfologici della stessa, ma anche la loro evoluzione nel tempo.

A tale scopo sono stati selezionati tre aspetti, rispettivamente in relazione a:

1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
2. Impatto sul contesto territoriale;
3. Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La sostenibilità economica, in larga parte rappresentata attraverso indici, permette di analizzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo, valutare il grado di incidenza dei costi connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi ed infine investigare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

L'Azienda USL di Parma ha chiuso l'esercizio 2008 con un risultato pari a – 1,988 milioni di €; a fronte di incremento dei ricavi pari a 39,372 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a 32,002 milioni di € (+ 4,9 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 35,312 milioni di € (+ 4,9%). Sui costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per acquisizione di servizi sanitari, per costo del personale dipendente e per impatto dell'accordo regionale con i medici di medicina generale.

TABELLA 46 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE – 2005–2008

	2006	2007	2008
Totale ricavi	673.698	719.998	759.370
Totale costi	676.744	715.282	750.594
Finanziamento regionale	613.128	651.535	683.537
Incremento finanziamento regionale	2,59	6,26	4,91

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali

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

TABELLA 47 RISULTATO D'ESERCIZIO

2006	2007	2008
- 12.214	-5.807	-1.988

Valori espressi in migliaia di euro – Fonte: bilanci aziendali

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

Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica

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

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

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

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

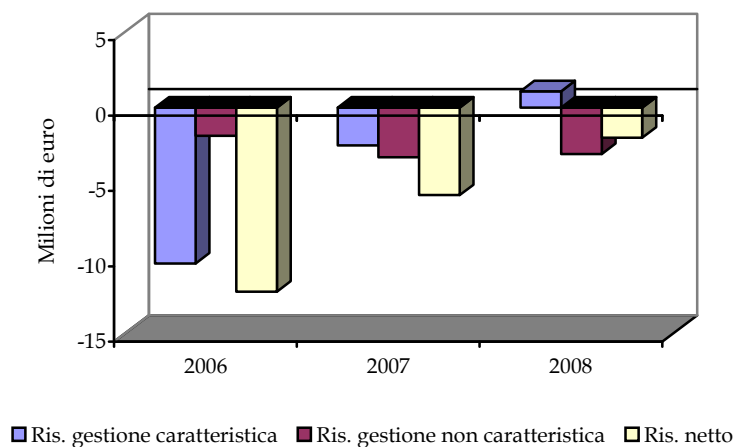
La Tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2003-2007 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 48 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2006	2007	2008
-8.848	-1.686	1.085

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

FIGURA 39 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



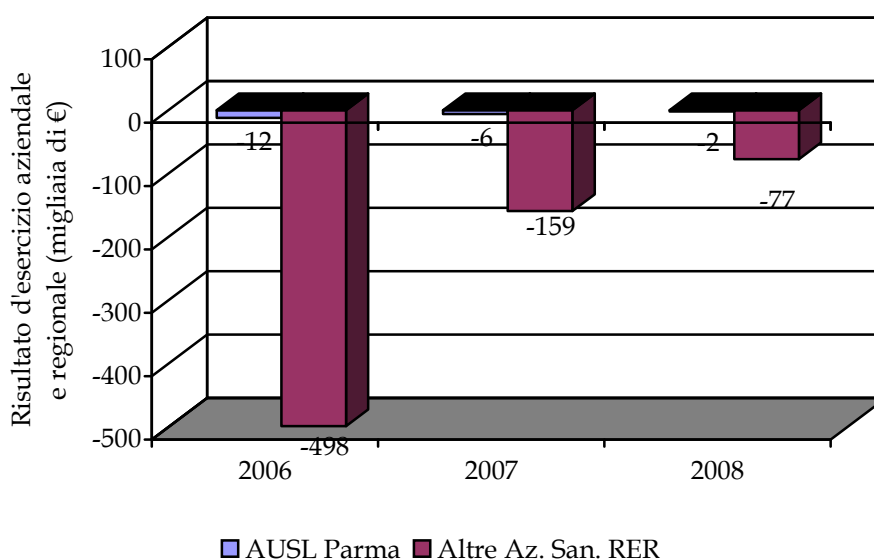
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nell'anno 2006 la gestione caratteristica ha determinato in modo predominante il deficit aziendale. Il valore negativo relativo alla gestione non caratteristica per gli anni 2007 e 2008 il risultato degli interessi passivi corrisposti ai fornitori ed alla tesoreria ed al saldo fra sopravvenienze attive e passive.

Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

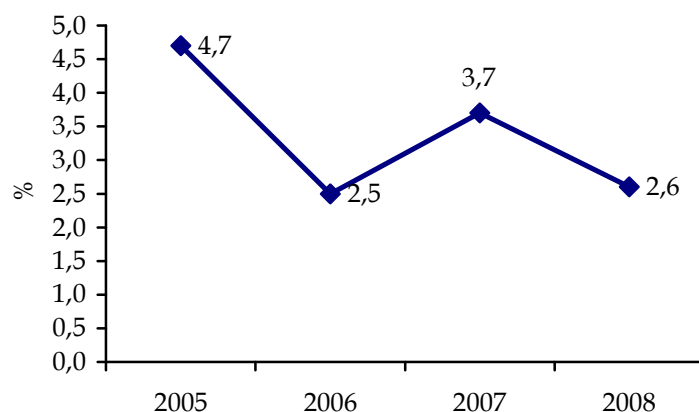
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale (Figure 2 e 3): tranne il 2003, nel quale l'incidenza del risultato dell'Azienda USL di Parma è stata relativamente contenuta (1,1%), in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

FIGURA 40 CONFRONTO RISULTATI D'ESERCIZIO CON RISULTATI REGIONE EMILIA-ROMAGNA



Fonte: Regione Emilia Romagna

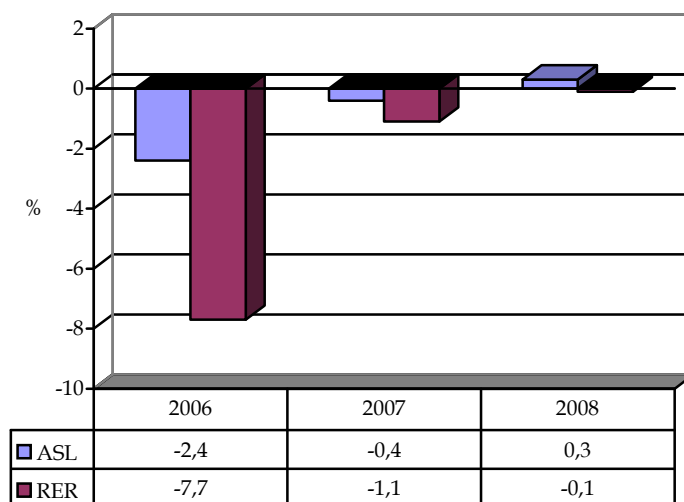
FIGURA 41 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



Trend della performance e della gestione caratteristica

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

FIGURA 42 INCIDENZA DELLA GESTIONE CARATTERISTICA SUI RICAVI DISPONIBILI



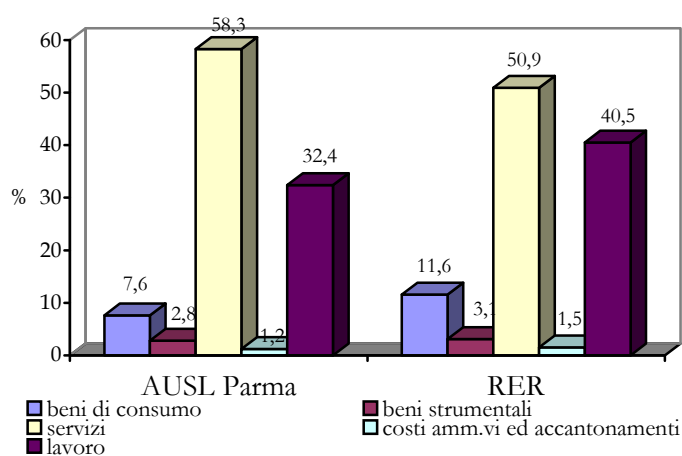
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2006 e 2007 i ricavi disponibili non coprivano la gestione caratteristica, mentre per l'esercizio 2008 l'indicatore evidenzia l'equilibrio della gestione caratteristica, grazie ad un aumento dei ricavi più che proporzionale rispetto all'aumento dei costi.

Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori

E' possibile verificare come i ricavi disponibili vengono assorbiti dai principali fattori produttivi, vale a dire beni di consumo, beni strumentali, servizi, costi amministrativi ed accantonamenti, costo del lavoro. Di seguito vengono elaborati i dati dell'ultimo triennio disponibile, dal 2005 al 2007, forniti dalla Regione Emilia Romagna. Il confronto è stato effettuato con la media delle altre Aziende USL nel cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera. Anche se con valori diversi, per tutte le Aziende le voci a maggior incidenza sono rappresentate dal costo del lavoro, pari mediamente al 40% dei ricavi disponibili e dal costo dell'acquisizione di servizi sanitari con il 50%.

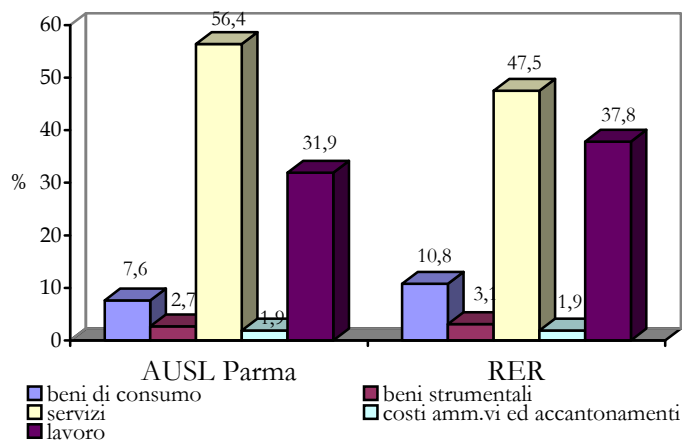
FIGURA 43 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2006



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 2006. L'incidenza del costo del lavoro si abbassa ulteriormente rispetto al valore regionale (- 8,1 punti) come anche il costo per l'acquisto di beni (- 4 punti) mentre è più alto il costo di servizi (+ 7,4 punti). L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

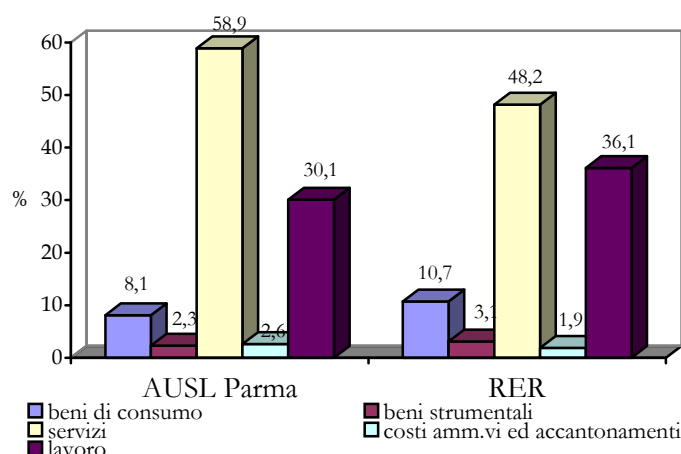
FIGURA 44 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2007



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2007 cresce lo scostamento, relativamente all'incidenza del costo dei servizi, tra Azienda USL e dato regionale: passa infatti dai 7,4 punti percentuali del 2006 a circa 8,9 punti quasi 10 punti. Di converso si riduce il divario relativamente al costo del personale, la cui incidenza a Parma è di 5,9 punti percentuali inferiore rispetto a quella media regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

FIGURA 45 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2008



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2008 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55,8 %) e per il totale Regionale (48,2 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 5,1 %) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

Struttura dei costi aziendali

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

TABELLA 49 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DEI COSTI D'ESERCIZIO AUSL PARMA

	2006	2007	2008
Consumo beni	7,4%	4,3%	8,0%
Servizi sanitari	50,3%	72,6%	49,8%
Servizi non sanitari	4,9%	3,2%	5,0%
Beni strumentali	2,8%	1,3%	2,8%
Manutenzioni	1,3%	0,7%	1,1%
Costi amministrativi	1,2%	1,5%	1,1%
Accantonamenti	0%	1,1%	1,1%
Costo del lavoro	32,1%	15,3%	31,0%

Fonte: Regione Emilia Romagna

Grado di attrazione delle strutture aziendali

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

TABELLA 50 MOBILITÀ ATTIVA E MOBILITÀ PASSIVA

	2006	2007	2008
Mobilità attiva	31.476	32.006	33.176
Mobilità passiva	219.916	236.569	250.072
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,8	13,5	13,3

Fonte: Regione Emilia Romagna

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

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

TABELLA 51 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

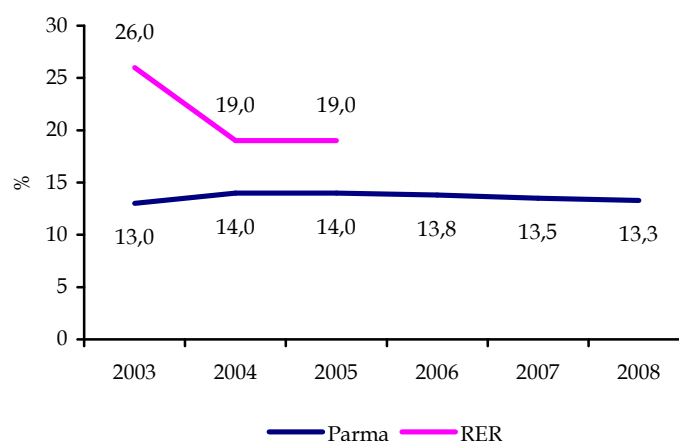
	2006	2007	2008
Mobilità passiva totale	219.916	236.569	250.072
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	179.245	193.147	206.210
Mobilità passiva AOSP Parma/ mobilità passiva totale x 100	81,5	81,6	82,5

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

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

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

FIGURA 46 MOBILITÀ ATTIVA/PASSIVA AUSL PARMA ED ALTRE AZIENDE USL DELLA RER



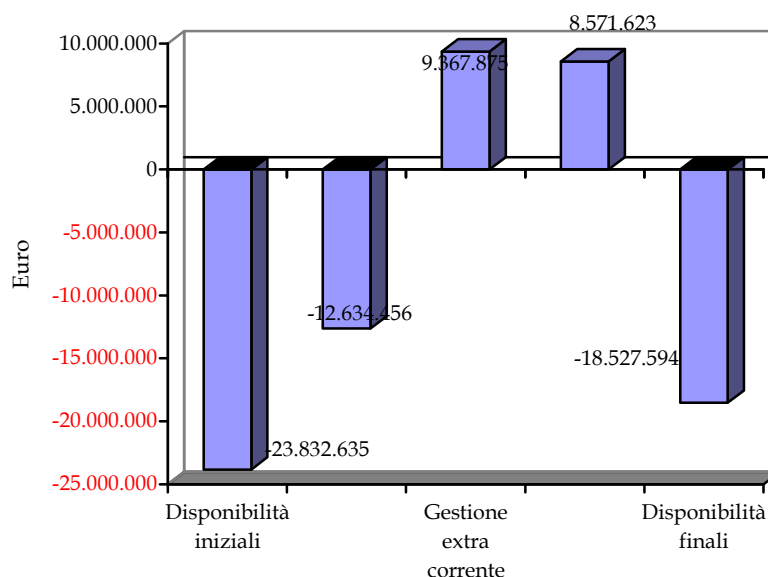
SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

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

Dinamica dei flussi monetari

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

FIGURA 47 RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITÀ (FONTI – IMPIEGHI CONDENSATO) – 2008



La gestione corrente ha ridotto il fabbisogno finanziario di circa 5 milioni di €, concomitante ad una sostanziale stabilità dei tempi di pagamento dei fornitori. Il miglioramento complessivo della gestione finanziaria deriva principalmente da interventi straordinari di cassa deliberati nel 2008 per complessivi 46 milioni di €, parte dei quali destinati a copertura perdite anni precedenti, da parte della Regione Emilia-Romagna mirato a ridurre l'esposizione debitoria delle Aziende. Inoltre si registrano nell'esercizio di riferimento incassi di importo abbastanza significativo derivanti dalla alienazione di immobili aziendali non più destinati all'attività caratteristica.

Durata media dell'esposizione verso fornitori

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

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

Per l'Azienda USL di Parma la durata media di esposizione verso i fornitori per l'anno 2008 è stata di 161 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva.

TABELLA 52 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
214.612.935	211.815.166	476.935.543

Fonte: Bilancio aziendale anno 2007

SOSTENIBILITÀ PATRIMONIALE

La sostenibilità patrimoniale consente di verificare l'assetto delle attività e delle passività, per procedere alla verifica della fattibilità di nuovi investimenti e relativi impatti sul bilancio aziendale.

La sostenibilità patrimoniale viene indagata attraverso una rappresentazione grafica dello stato patrimoniale, idonea a evidenziare la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, nonché alcune relazioni fra questi intercorrenti ed inoltre attraverso indici e valori volti a informare sulle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti e al grado di obsolescenza degli stessi.

Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale anno 2008 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 53 STATO PATRIMONIALE ANNO 2008

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	48 %	76 %	Finanziamenti a breve
Scorte	1 %	1 %	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	51 %	23 %	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2007

La lettura dei grafici negli anni evidenzia come gli investimenti per l'Azienda USL di Parma siano prevalentemente costituiti da liquidità, ovvero da crediti aperti verso la Regione, aziende sanitarie ed altri soggetti pubblici e privati, con una percentuale di incidenza sul totale delle attività che rimane mediamente stabile e pari al circa il 50%. Per quanto riguarda invece gli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali scende dal 55% del 2007 al 51%.

Le passività invece sono costituite in maniera assolutamente maggioritaria da finanziamenti di terzi piuttosto che dal patrimonio netto aziendale. Si tratta di debiti verso la Regione, aziende sanitarie, istituto tesoriere ma soprattutto di debiti verso fornitori di beni e servizi, con scadenze a breve termine. Il loro andamento evidenzia un trend in diminuzione tra il 2006 ed il 2008 derivante da un incremento del patrimonio netto.

FIGURA 48 STATO PATRIMONIALE 2006-2008 ATTIVITÀ

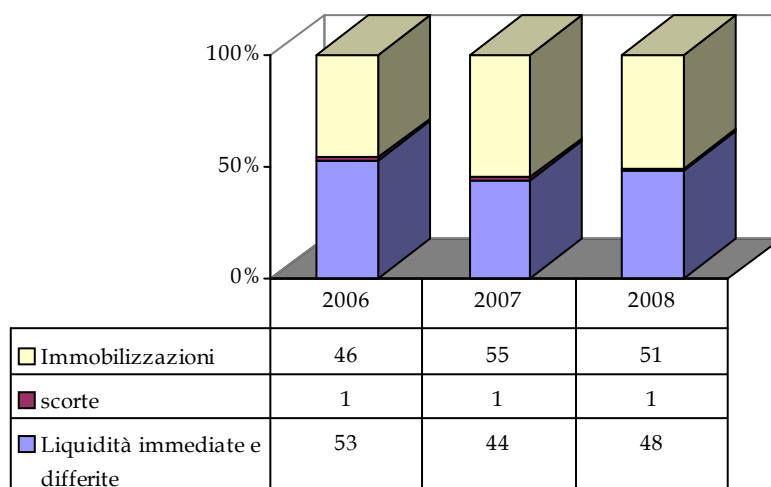
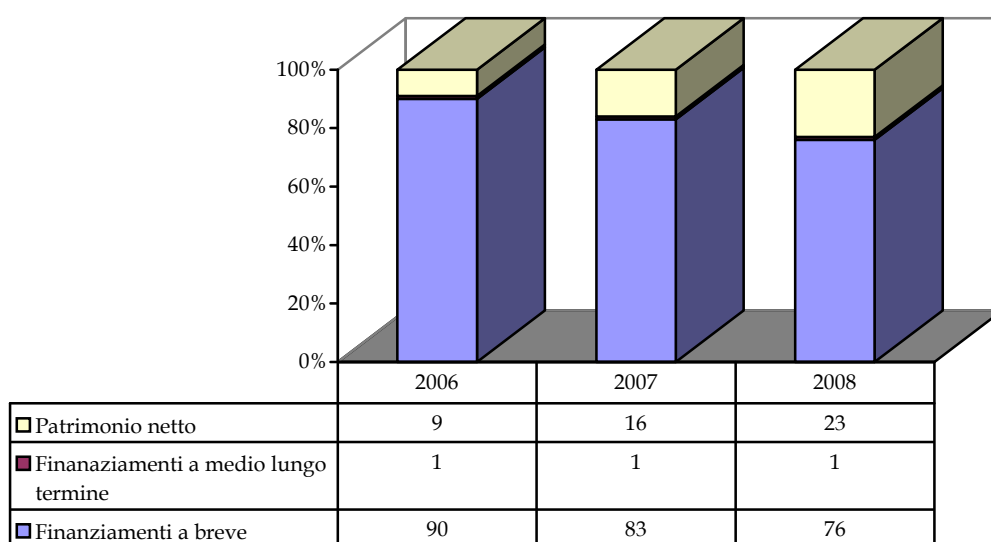


FIGURA 49 STATO PATRIMONIALE 2006-2008 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

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

TABELLA 54 INVESTIMENTI

Investimenti	2006	2007	2008
Terreni	0	0	0
Fabbricati	1.514.175	6.016.869	8.599.191
Impianti e macchinari	3.416	35.696	37.274
Attrezzature sanitarie	1.152.575	1.547.265	2.211.219
Mobili e arredi	302.027	320.490	529.415
Automezzi	59.723	132.885	90.460
Altri beni	491.319	796.715	493.182
Totale	3.532.235	8.849.920	11.960.740

Fonte: Bilanci aziendali

Nel 2006 l'Azienda ha ricevuto dal Comune di Borgotaro due edifici siti in località Pontolo destinati all'attività istituzionale. Nel 2007 si sono conclusi i lavori per l'adeguamento degli Ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro al D.Legge 626/1994; è stato inoltre acquistato un edificio a Parma dove sorgerà il nuovo Polo Pediatrico. Nel 2008 gli interventi più significativi hanno riguardato la realizzazione della nuova sede del Sert per il Distretto di Parma, la riqualificazione dei Poliambulatori di Via Pintor, la realizzazione della nuova sede dei Poliambulatori di Fornovo e la realizzazione dell'Asilo Nido-Scuola Materna in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

TABELLA 55 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

Contributi	2006	2007	2008
Totale	2.811.760	500.641	6.844.034

Fonte: Bilanci aziendali

I contributi dell'anno 2004 erano destinati quasi totalmente al Polo socio sanitario di Langhirano (5.167.311) e al Presidio Ospedaliero di Vaio (2.197.008). Per il 2005 l'importo è stato quasi interamente destinato al Centro Dialisi di Langhirano, mentre i restanti 51.000 € sono stati utilizzati per l'acquisto di attrezzature per il PO di Fidenza-San Secondo. I contributi del 2006 erano soprattutto relativi alla riqualificazione dei servizi radiologici e poliambulatori del Distretto di Parma ed alla innovazione tecnologia in odontoiatria. I contributi dell'anno 2007 sono relativi ad innovazione tecnologia in odontoiatria (279.000) e plusvalenza per vendita di immobili aziendali non più destinati ad attività caratteristica (160.511).

I contributi dell'anno 2008 sono così determinati:

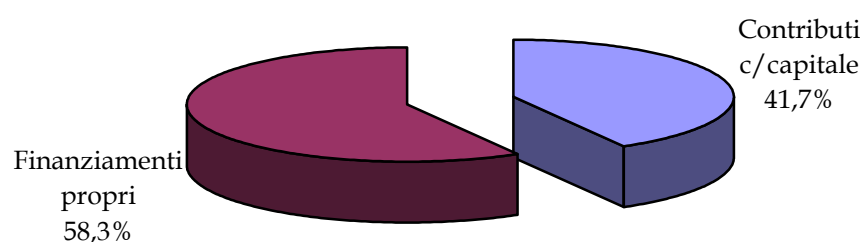
- € 6.438.911,47 per realizzazione elisuperficie e parcheggio a servizio dell'Ospedale di Borgotaro, acquisizione apparecchiature radiologiche per realizzazione Polo Pediatrico di Parma (Delibera Assemblea Legislativa Regione Emilia-Romagna 185/2008)
- € 61.016,13 per progetti vincolati

- € 344.106,55 come plusvalenza per permuta tra l'edificio "Cecchi" (sito in Parma) ceduto al Comune e gli edifici ex scuola San Pellegrino e il centro disabili "Lubiana" ceduti dal Comune all'Azienda

Parte dei contributi erogati non sono stati ancora utilizzati.

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

FIGURA 50 FINANZIAMENTO IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI COMPLESSIVI NEL TRIENNIO



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio

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

TABELLA 56 INVESTIMENTI AZIENDALI NETTI

Investimenti	2004	2005	2006	2007	2008
Immobilizzazioni immateriali	572.259	691.773	1.001.924	663.179	1.344.689
Fabbricati strumentali	42.914.695	16.799.077	1.458.560	5.918.368	8.006.551
Impianti e macchinari	22.328	6.261	3.416	35.696	37.274
Attrezzature sanitarie	8.100.119	1.654.221	1.152.575	1.547.265	2.211.219
Mobili e arredi	2.003.976	404.356	302.027	320.490	529.415
Altri beni	1.523.965	801.658	551.041	929.600	1.176.282
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	0	0	3.157.410	2.190.175	2.212.090
Totale	55.137.342	20.357.346	7.626.954	11.604.773	15.517.519

Fonte: Bilanci aziendali

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

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

TABELLA 57 INVESTIMENTI E PATRIMONIO

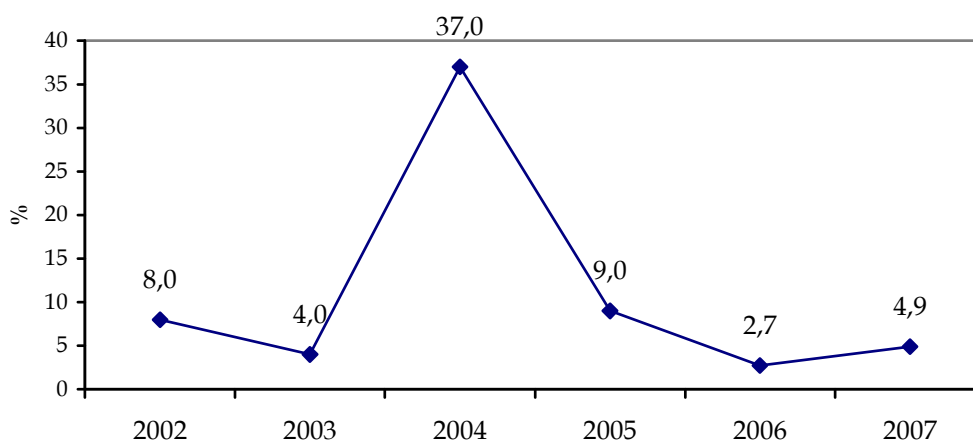
	2006	2007	2008
Investimenti	4.525.160	9.513.099	12.489.176
Totale immobilizzazioni	170.585.882	195.118.121	198.472.615
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	2,7	4,9	6,3

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso, ma comprendono i fabbricati non strumentali

Il 2004 ha coinciso con il completamento di grandi opere strutturali iniziate in precedenza, come per esempio la messa in funzione del nuovo Presidio Ospedaliero di Fidenza. Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

FIGURA 51 GRADO DI RINNOVO DEL PATRIMONIO AZIENDALE: RAPPORTO TRA INVESTIMENTI E PATRIMONIO



Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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

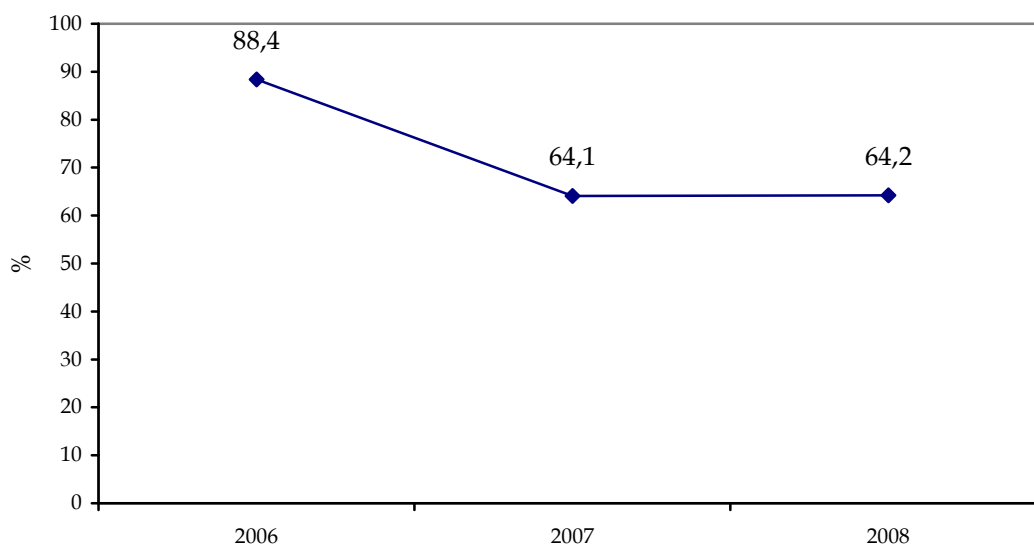
TABELLA 58 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2006	2007	2008
Residuo da ammortizzare	150.797.585	125.096.772	127.493.287
Totale immobilizzazioni	170.585.882	195.118.121	198.472.615
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	88,4	64,1	64,2

Fonte: Bilanci aziendali

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

FIGURA 52 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 2.489 dipendenti, pari all'1,3% della intera popolazione lavorativa provinciale, l'Azienda USL è anche una delle realtà lavorative con il maggior numero di addetti; un numero che è andato stabilmente crescendo negli ultimi ed è passato dai 2.305 del 2002 ai 2.489 del 2008 (+ 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 (70,34%).

A questi occorre poi aggiungere 581 professionisti titolari di contratti a tempo determinato e soprattutto di convenzioni per la medicina generale e la pediatria di libera scelta.

La somma dei dirigenti medici e sanitaria dipendenti dall'Azienda e di quelli convenzionati con essa porta ad un totale di 1.083 pari a 2,6 medici per 1.000 residenti.

All'impatto economico diretto occorre poi aggiungere l'effetto "indiretto" derivante dalla complessa rete di relazioni esterne che l'Azienda intreccia con la realtà economica provinciale al fine di poter erogare i servizi sanitari: rapporti di fornitura di beni sanitari e non sanitari, rapporti

per la fornitura di servizi tecnici (manutenzioni, pulizie, ristorazione, ecc.), convenzioni per l'erogazione di servizi socio-sanitari (assistenza residenziale e semi-residenziale).

TABELLA 59 NUMERO DIPENDENTI TOTALE SUDDIVISI PER RUOLO

Ruolo	Contratto	2004	2005	2006	2007	
Sanitario	Medici e veterinari	392	396	397	406	416
Sanitario	Dirigenti sanitari	55	59	58	55	53
Professionale	Dirig. Professionale	6	7	7	8	8
Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	4	4	4
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	19	18	18	19	20
DIRIGENTI		476	484	484	492	501
Sanitario	Comparto sanitario	1.214	1.241	1.241	1.243	1.262
Tecnico	Comparto tecnico	322	331	356	376	387
Amministrativo	Comparto amministrativo	334	335	330	339	339
COMPARTO		1.870	1.907	1.927	1.958	1.988
TOTALE		2.346	2.391	2.411	2.450	2.489

TABELLA 60 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
2004	104	8	318	52	143
2005	117	12	318	54	153
2006	120	5	310	56	137
2007	113	7	309	53	144
2008	114	3	298	55	111

TABELLA 61 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2004	2005	2006	2007	2008
Personale dipendente	99.953	102.076	109.621	110.695	116.642
Personale	35.792	40.880	44.360	46.974	49.820
MMG e pediatri	29.481	33.260	36.701	39.085	41.945
Specialisti interni	3.823	4.503	4.436	4.699	4.619
Guardia medica	2.488	3.117	3.223	3.190	3.256
Totale	135.745	142.956	153.981	157.669	166.642

Fonte: Bilanci aziendali

IMPATTO SOCIALE

TABELLA 62 LASCITI E DONAZIONI DA CITTADINI E DA ALTRI

	2004	2005	2006	2007	2008
Da cittadini	2.450,00	25.888,00	61.727,44	11.602,00	90.500,00
Da fondazioni bancarie	882.000,00	923.592,45	908.000,00	-	2.390.000,00

Da altri	187.594,83	355.637,00	658.743,92	409.282,02	190.000,00
Totale	1.072.044,83	1.305.117,45	1.628.471,36	420.884,02	2.670.500,00

IMPATTO CULTURALE

Il patrimonio dell'Azienda USL di Parma è costituito da beni: architettonici, artistici, storici, documentari e librari, scientifici.

I beni che lo compongono hanno visto il susseguirsi di vicende storiche, politiche e amministrative, oltre a trasformazioni che nel corso dei secoli hanno interessato gli assetti dell'organizzazione sociale e sanitaria.

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

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

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

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

- **Chiesa di Santa Maria del Quartiere:** costruita su disegno di Gian Battista Magnani (1571-1653) tra il 1604 ed il 1619 è detta del "Quartiere" perché eretta vicino ad un quartiere militare. Chiusa nel 1810; riaperta e affidata ai Serventi dei poveri infermi nel 1833; successivamente agli Stigmatini (1876) e, nel 1897 alla Confraternita di S. Camillo de Lellis per l'assistenza agli infermi.

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

La cupola conserva invece un affresco considerato dai critici il capolavoro di Pier Antonio Bernabei che rappresentò il Paradiso in maniera del Correggio, ritraendo una gloria con la Vergine, gli Apostoli, i Profeti, i Santi e una moltitudine di Angeli.

FIGURA 53 LA CUPOLA DELLA CHIESA DI SANTA MARIA DEL QUARTIERE



- **Ospedale Ugolino da Neviano:** fondato da Ugolino da Neviano poco dopo la sua morte avvenuta intorno al 1335. Il nucleo originario dell'Ospedale "Ugolino da Neviano" sorse in prossimità dell'isolato di Santa Cecilia, nell'attuale via Bixio, non lontano dal Ponte di Mezzo. Negli innumerevoli testi che trattano la storia di Parma, l'Ospedale è spesso citato soprattutto in relazione alle celebrazioni religiose legate alla festa del Corpus Domini. L'Istituto visse nella forma designata dal fondatore per alcuni secoli cambiando solamente il nome: fu chiamato "dei Quattro Mestieri"; di "S. Giacomo" quando fu aggregato all'Ospedale di S. Giacomo di Roma nel 1664. Vi erano in principio ricoverati i poveri, infermi di qualunque malattia, mentre dal 1598 fu destinato a malati incurabili, da cui il nome "Ospedalino degli Incurabili", rimasto fino ai primi decenni del 1900. L'edificio conserva ancora il sistema strutturale a volte nel piano terreno. I prospetti interni del fabbricato principale hanno visibile il loggiato tamponato al primo piano su tre lati ai piani terra e primo sul lato dell'accesso principale.

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

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

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

MOBILITÀ AZIENDALE

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

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

Già con decreto 27/3/1998 il Ministero dell'Ambiente e Tutela del Territorio ha introdotto per le imprese e gli Enti Pubblici con più di 800 dipendenti la figura del Responsabile della Mobilità Aziendale (Mobility Manager) con l'obiettivo di coinvolgere aziende e lavoratori nella progettazione e gestione delle soluzioni alle problematiche della congestione del traffico urbano relativamente agli spostamenti casa-lavoro.

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

L'attuazione del PSCL passa attraverso quelle fasi programmatiche (Fase analitica, Fase di confronto e progetto, Fase attuativa, Fase di aggiornamento e monitoraggio) che meglio consentono il raggiungimento delle finalità fissate.

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

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

TABELLA 63 BENEFICI DI UN PIANO DI SPOSTAMENTI CASA-LAVORO

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

La Regione Emilia-Romagna ha emanato con DGR n.686/2007 le linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007. In tale atto sono state adottate specifiche determinazioni con le quali sono stati istituiti dei gruppi di lavoro tra i quali quello sulla mobilità sostenibile nell'ambito del programma regionale "Il sistema sanitario regionale per lo sviluppo sostenibile". Secondo le previsioni della delibera regionale l'Azienda USL di Parma ha partecipato tramite il proprio mobility manager alle attività del gruppo di lavoro ed ha fornito i flussi informativi richiesti dal gruppo tecnico regionale, conseguendo gli obiettivi prefissati dalla regione per l'anno 2008.

Di particolare rilievo è stato l'aggiornamento del piano spostamenti casa lavoro (PSCL), che consiste nello sviluppo e controllo di misure che tengano conto delle esigenze di mobilità, dei comportamenti dei dipendenti verso forme di spostamento tendenti a ridurre l'utilizzo dell'autovettura privata in favore di mezzi e sistemi di trasporto ambientalmente e socialmente sostenibili.(trasporto pubblico, l'uso condiviso delle auto, incentivare il ciclo pedonale e l'adozione di veicoli a minore impatto ambientale).

Il piano in argomento presentato da questa AUSL è stato dichiarato conforme alle disposizioni normative vigenti dall'Amministrazione Comunale di Parma con nota 60552 del 2 aprile 2008.

SVILUPPO SOSTENIBILE

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

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

- **USO RAZIONALE DELL'ENERGIA** Interventi a costo zero che consentono una riduzione dei consumi a favore di una migliore organizzazione e utilizzo degli spazi fruibili. Tra le azioni intraprese ricordiamo la razionalizzazione delle ore di utilizzo delle strutture sanitarie a carattere non residenziale con accorpamento di alcune attività pomeridiane, l'abbassamento di un grado di temperatura in tutte le strutture ad uso ufficio, la ritaratura degli impianti ad aria e la riduzione notturna dei volumi di ricambio dei comparti operatori:
- **RISPARMIO ENERGETICO:** campagna di sensibilizzazione/informazione nei confronti dell'utente/dipendente con consigli tesi alla assunzione di comportamenti virtuosi, dallo spegnimento delle luci all'uscita dei locali, alla chiusura delle finestre con impianti di climatizzazione accesi, alla stampa fronte retro dei documenti, alla raccolta differenziata della carta. Al fine di monitorare i consumi energetici delle strutture aziendali, è stato istituito un gruppo che ha raccolto tutte le informazioni utili (Bollette relative al consumo di energia elettrica, consumo di acqua e consumo di gas metano) che sono state trascritte in apposita tabella contenente, la superficie della struttura ed il numero di dipendenti. E' in fase di studio l'analisi qualitativa dei consumi
- **FONTI RINNOVABILI:** interventi di realizzazione di impianti solari per la produzione di acqua calda, di impianti fotovoltaici per la produzione di energia e di impianti termici alimentati da biomasse in alcune strutture dell'Azienda. In questo ambito, è stato realizzato un progetto esecutivo relativo all'installazione di un generatore di calore a Biomasse (cippato) presso l'Ospedale di Borgotaro con potenzialità di 700 kW. Tale intervento, dal costo complessivo di € 500.000,00, ha beneficiato di un finanziamento a fondo perduto della Provincia di Parma pari a € 350.000,00. La nuova centrale a Biomassa sarà in grado di soddisfare il 70% del fabbisogno termico dell'Ospedale.
- **DIAGNOSI ENERGETICHE:** sono in corso di completamento alcuni studi di fattibilità per la riqualificazione energetica di alcuni edifici di proprietà dell'Azienda.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

COSTI E FINANZIAMENTO

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

L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo preso in considerazione, un aumento del costo per assistito pari al 21,3%: i costi pieni sono aumentati del 26%, mentre la popolazione è aumentata del 3,9%. Questo andamento è complessivamente sovrapponibile a quello regionale.

Per tutti gli anni considerati si conferma il dato che vede la spesa procapite dell'Azienda di Parma significativamente al di sotto della spesa regionale: anche nel 2007 si registra un meno 5,2%.

TABELLA 64 COSTI PER ASSISTITO – 2003–2007

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Costi	Popolazione	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite	
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%
2005	612.390	423.991	1.444,35	6.320.685	4.151.335	1.522,57	-5,4%
2006	634.444	426.140	1.488,82	6.680.245	4.187.544	1.595,27	-7,1%
2007	671.918	429.256	1.565,31	6.972.808	4.223.585	1.650,92	-5,2%

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

FIGURA 54 COSTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALI – ANNI 2002–2006

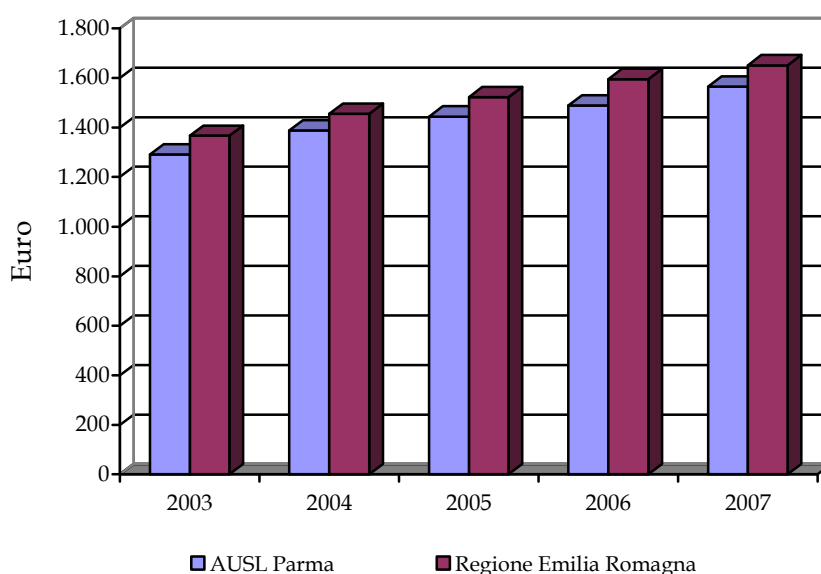


TABELLA 65 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO – 2003–2007

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite	
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%
2005	572.733	413.182	1.386,15	5.600.000	4.151.335	1.348,96	2,8%
2006	584.533	416.832	1.402,32	5.740.000	4.187.544	1.370,73	2,3%
2007	623.731	420.056	1.484,88	6.120.820	4.223.585	1.449,20	2,5%

Il finanziamento per assistito rappresenta invece il rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma nei 5 anni considerati e la popolazione aziendale nei medesimi anni. Il finanziamento per assistito è aumentato negli anni considerati del 16,7%, praticamente in linea con l'aumento a livello regionale, che è stato del 16,3%. Si mantiene la differenza positiva tra il finanziamento a livello regionale e quello aziendale.

Questa differenza positiva rispetto al finanziamento medio regionale deriva anche dal sistema di ponderazione della popolazione per sesso ed età applicato in sede di ripartizione del

finanziamento regionale, un sistema che tende ad assegnare una quota proporzionalmente maggiore di risorse alle realtà caratterizzate da una maggior percentuale di persone anziane: la struttura demografica parmense, contraddistinta da una quota rilevante (10,41% del totale regionale) di persone di età superiore ai 75 anni, contribuisce ad aumentare la quota di risorse per l'assistenza sanitaria.

FIGURA 55 FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2003–2007

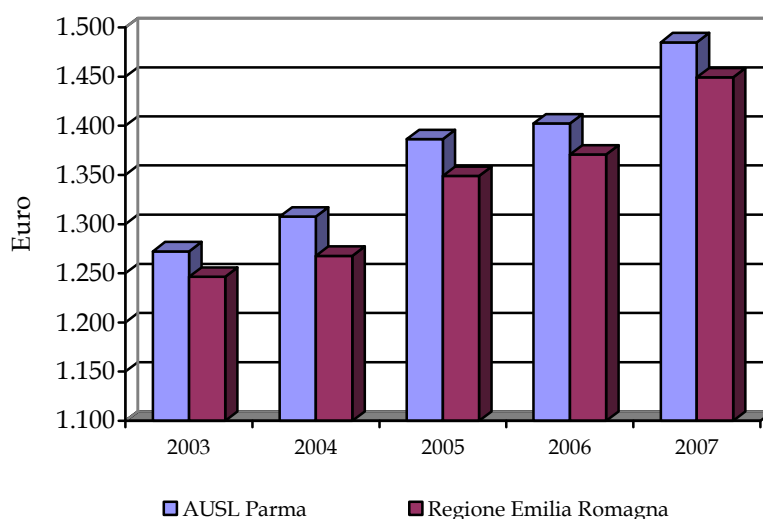
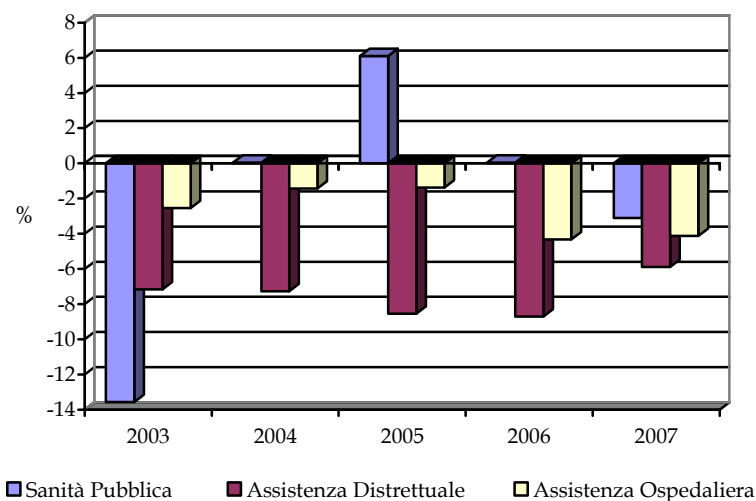


TABELLA 66 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – 2003–2007

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2003	39,53	45,73	694,37	747,97	558,67	573,22
2004	48,34	48,32	741,34	799,44	599,16	607,86
2005	54,15	51,03	771,21	843,29	619,67	628,25
2006	57,38	57,35	807,54	884,57	625,27	653,45
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62

FIGURA 56 – SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA – AUSL – RER – ANNI 2003–2007



Come si può osservare dalle figure, i costi per i diversi livelli di assistenza aumentano nel corso degli anni considerati, ma si mantengono al di sotto dei costi regionali in tutte e tre le aree, ad eccezione della Sanità Pubblica per un solo anno (2005).

Con riferimento al 2007, le differenze tra i costi aziendali e quelli regionali sono così distribuite: - 5,9% per l'Assistenza Distrettuale, -4,1% per l'Assistenza Ospedaliera, - 3,1% per la Sanità Pubblica.

Nel corso degli anni considerati si registrano aumenti a carico dei Livelli di Assistenza. L'aumento più consistente si registra per la Sanità Pubblica, con un più 43,5% contro un aumento in regione del 28%; vi è da dire che i costi aziendali partivano da un livello di spesa decisamente inferiore alla media regionale. Segue l'Assistenza Distrettuale, per la quale si osserva un aumento pari al 24,8%, contro un aumento del costo regionale del 23,1%. L'Assistenza Ospedaliera registra un +15,3% a livello aziendale, contro un aumento pari al 17,2% a livello regionale.

L'analisi della composizione percentuale dei costi per l'anno 2007 vede le tre aree assistenziali così ripartite; l'Assistenza Ospedaliera costituisce il 41,09% del totale della spesa, con una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (41,96%); l'Assistenza Distrettuale costituisce il 55,29% del totale, aumentando rispetto al 2006 (54,19%); la Sanità Pubblica costituisce il 3,62 %, rimanendo praticamente invariata rispetto al 2006 (3,85%).

Se si considera l'Assistenza Distrettuale, che assorbe la maggior parte della spesa, e si scompone l'analisi al suo interno, mettendo a confronto gli ultimi due anni, si osserva che l'aumento più consistente si è avuto per la Neuropsichiatria Infantile (+ 39,7%), seguita dalla Salute Donna (+ 23,2%), dalla Specialistica (+ 13,2%), medicina di Base (+ 12,2%), Emergenza Extraospedaliera (+11,5%), Salute Mentale (+11,3%). Le altre Aree seguono con aumenti percentuali inferiori.

Si discosta solo l'Area delle Dipendenze Patologiche, nella quale si osserva una diminuzione del costo procapite pari al 19,2% (da un costo di 35,51 nel 2006 passa a 28,7 nel 2007).

ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

SVILUPPO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI SCREENING

I tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono alcuni dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. In particolare, il tumore della mammella è responsabile di circa $\frac{1}{4}$ dei nuovi casi annuali della popolazione femminile ed è in lieve ma costante aumento: la mortalità, all'opposto, è in diminuzione per l'effetto combinato della diagnosi precoce e dei progressi terapeutici degli ultimi anni.

Il tumore del colon è in aumento costante dagli anni '90 e, considerati i due sessi congiunti, risulta il tumore in assoluto più frequente.

Dal 1997 sono stati attivati su tutto il territorio regionale due importanti progetti di prevenzione secondaria, gli screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella, cui si è aggiunto, dal 2005, quello per i tumori del colon retto.

Come è noto, un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace e di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale, con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow up.

Il presupposto fondamentale è la partecipazione dei cittadini interessati e per ottenere una compliance adeguata, occorre l'azione sinergica di tutti i soggetti interessati, non solo in campo sanitario, ma anche sociale, sia istituzionale che di volontariato.

I programmi di screening si configurano quindi come un vero e proprio "profilo complesso di assistenza" sia sul piano organizzativo che della partecipazione e valutazione di qualità; per attuarli in modo efficace bisogna costruire un percorso comune con tutti i soggetti interessati, ma è altresì fondamentale che siano inseriti all'interno dell'offerta complessiva di prevenzione del sistema sanitario provinciale.

Quantitativamente, l'offerta interessa più del 40% della popolazione provinciale, sia residente che domiciliata, pari a circa 174.000 persone: circa 40000 donne ricevono tutti e tre gli inviti.

Caratteristiche screening

	<i>Popolazione interessata</i>	<i>Cadenza</i>	<i>Tipo di test</i>	<i>Popolazione interessata</i>
Mammella	Donne 50/69 anni	Biennale	Mammografia a doppia proiezione	53.130
Utero	Donne 25/64 anni	Triennale	Pap -test	118.559
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Biennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	103.512

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi al periodo 2005-2007.

FIGURA 57 SCREENING MAMMOGRAFICO – ADESIONE NEL PERIODO 2005–2007

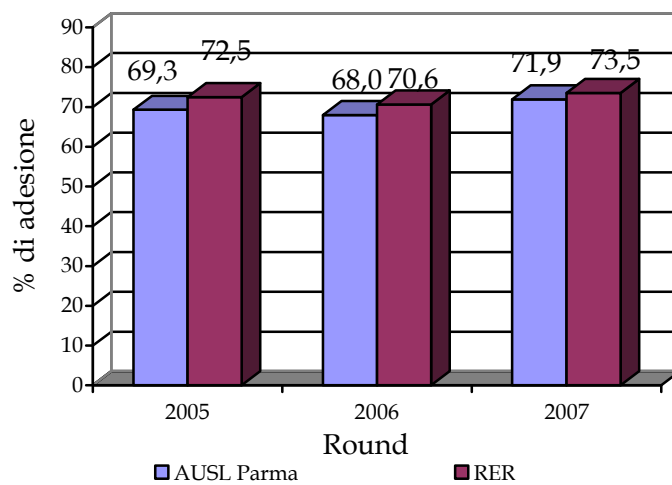


FIGURA 58 SCREENING DEL CARCINOMA UTERINO – ADESIONE NEL PERIODO 2005–2007

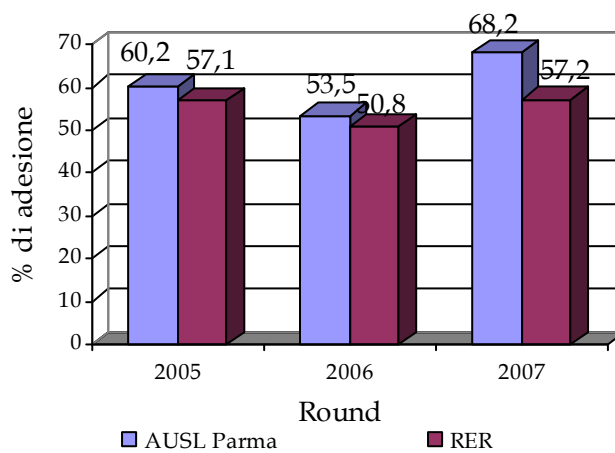
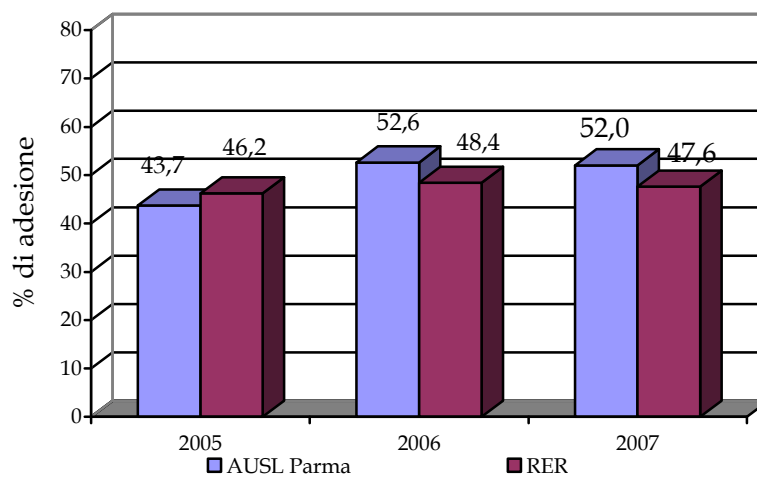


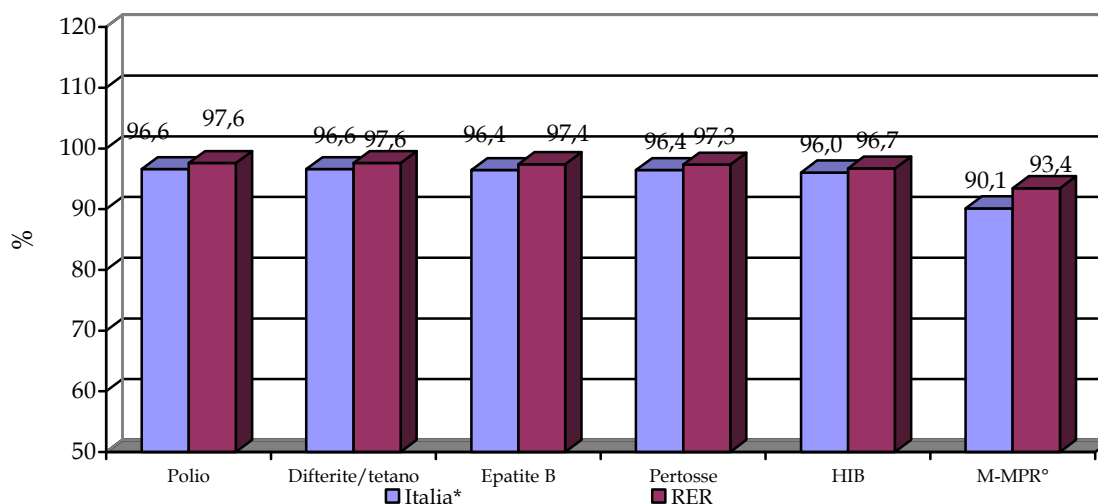
FIGURA 59 SCREENING DEL COLON-RETTO – ADESIONE NEL PERIODO 2005–2007



COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI

Le vaccinazioni rappresentano ancora oggi uno dei più efficaci strumenti di prevenzione: raggiungere e mantenere elevati livelli di copertura significa eliminare o ridurre drasticamente l'incidenza di molte malattie infettive. In Emilia Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua ad essere tra le più alte d'Italia; più in particolare, per le vaccinazioni obbligatorie la copertura raggiunta nel 2007 è del 97,8% a 12 mesi di età e del 97,3% a 24 mesi.

FIGURA 60 COPERTURA VACCINALE A 24 MESI IN ITALIA ED EMILIA - ROMAGNA - 2007



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

*Ministero della Salute. Dati al novembre 2007.

°M: monovalente morbillo; MPR: morbillo, parotite, rosolia.

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

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	98,5	97,3
HiB 24° mese	98,1	96,7
Morbillo 24° mese	93,5	93,5
Rosolia 13 anni (M+F)	92,3	92,8

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

FIGURA 61 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI

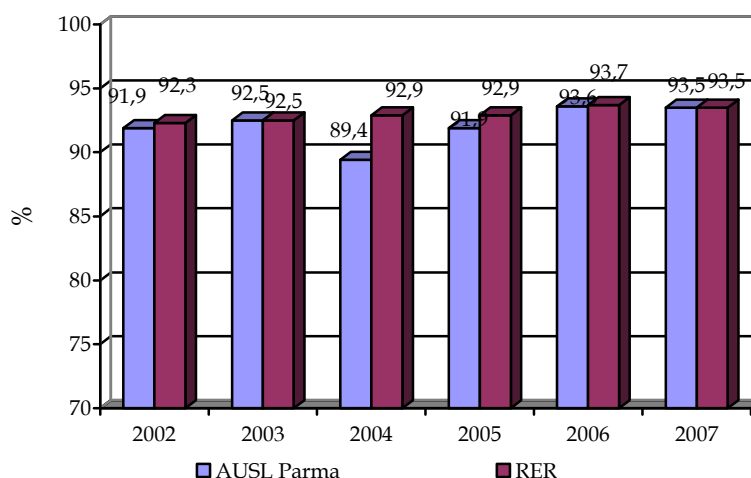


TABELLA 67 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI PER DISTRETTO – 2007

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.914	1.734	90,6
Fidenza	911	867	95,2
Valli Taro e Ceno	389	381	97,9
Sud Est	706	682	96,6
AUSL PR	3.920	3.664	93,5

Continua l'azione di recupero dei suscettibili, come previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2003. Sia a 7 anni che a 13 anni le percentuali sono buone, anche se ancora non si raggiunge il 95% di copertura prevista: a Parma i vaccinati con 2 dosi a 7 anni sono l'80,4% e a 13 anni il 76,7%.

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

FIGURA 62 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE

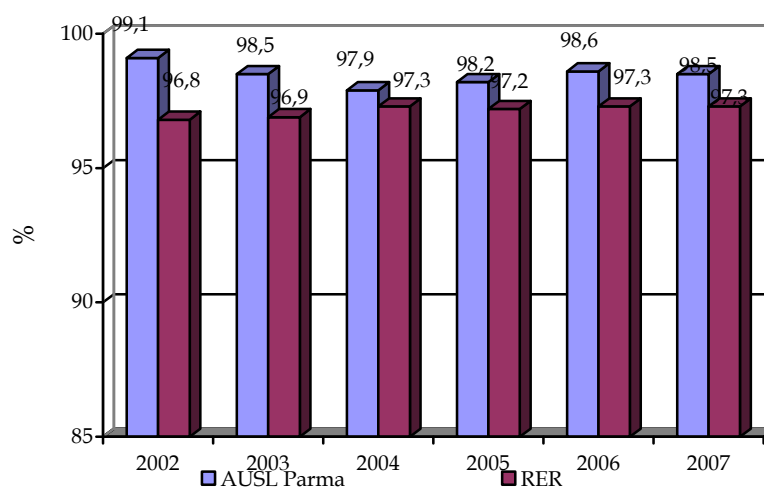
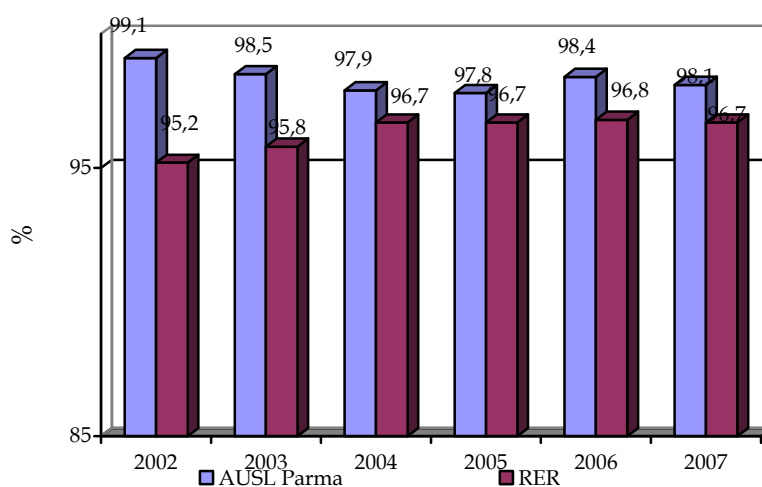


TABELLA 68 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2007

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.914	1.871	97,8
Fidenza	911	901	98,9
Valli Taro e Ceno	389	387	99,5
Sud Est	706	702	99,4
AUSL PR	3.920	3.861	98,5

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

FIGURA 63 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI



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

TABELLA 69 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI PER DISTRETTO – 2007

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.914	1.858	97,1
Fidenza	911	897	98,5
Valli Taro e Ceno	389	387	99,5
Sud Est	706	702	99,4
AUSL PR	3.920	3.844	98,1

Poliomielite

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

FIGURA 64 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI

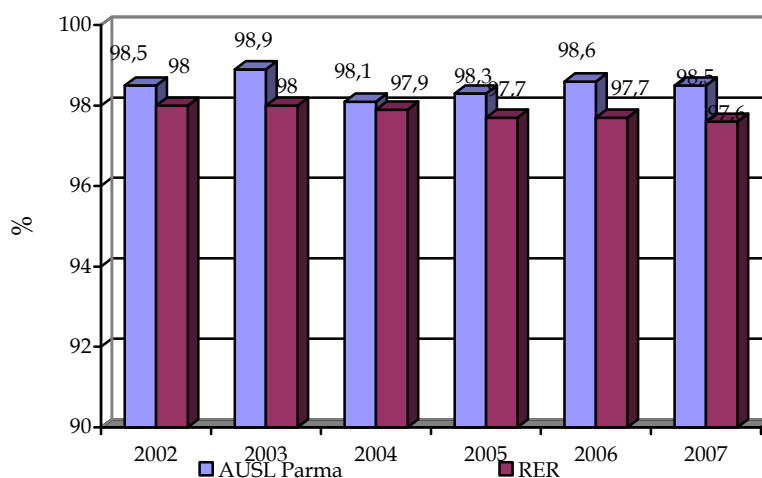


TABELLA 70 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI
PER DISTRETTO – 2006

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

Rosolia

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

TABELLA 71 COPERTURA VACCINALE ROSOLIA A 13 ANNI, MASCHI E FEMMINE PER DISTRETTO – 2006

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.549	1.377	88,9
Fidenza	793	746	94,1
Valli Taro e Ceno	284	276	97,2
Sud Est	527	510	96,8
AUSL PR	3.153	2.909	92,3

Pneumococco

Dal 2006 è iniziata l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro lo pneumococco ai nuovi nati.

Le coperture raggiunte nel 2007 fanno riferimento alla coorte di bambini nati nel 2006 e sono decisamente buone: 94,2% della popolazione residente regionale.

TABELLA COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO – 2007

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.927	1.821	94,5
Fidenza	855	834	97,5
Valli Taro e Ceno	423	397	93,9
Sud Est	747	709	94,9
Totale	3.952	3.761	95,2

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

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno si mantiene a livello regionale inferiore all'1%, anche se si è mostrato un costante aumento dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 0,9%), con particolare interessamento nella zona romagnola, dove si arriva a superare anche il 4%. A Parma nel 2007 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 60 al 24° mese, 44 dei quali (73,3%) residenti nel Distretto di Parma. Da segnalare che coloro che si sono dichiarati "obiettori" sono solo 25.

COPERTURA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

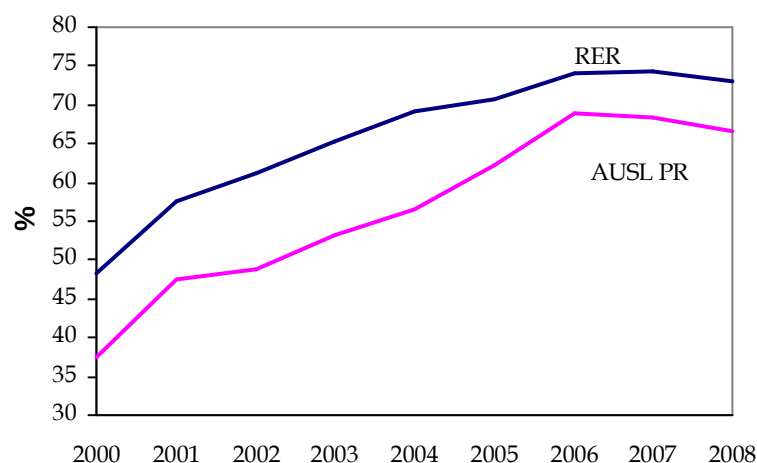
Il confronto dei dati dal 2000 al 2008 permette di evidenziare una quota di soggetti vaccinati più che raddoppiata: si passa infatti dai 43703 della campagna 2000/01 agli 88230 del 2007/2008, per una variazione del 101,9%. Negli ultimi due anni si è assistito ad un lieve regresso, dovuto sia a particolari eventi atmosferici (inverni miti) sia alla diminuita pressione emotiva legata all'influenza aviaria.

La provincia di Parma, pur restando ultima in regione, ha compiuto notevoli progressi, passando dal 48% di soggetti vaccinati nel 2000/01 al 66,5% del 2007/08.

TABELLA 72 TASSO DI COPERTURA VACCINALE PER INFLUENZA NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI

Anni	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08
Parma	53,3	56,5	62,3	69,0	68,3	66,5
Regione	65,2	69,3	70,8	74,2	74,4	73,1

FIGURA 65 TASSO DI COPERTURA VACCINALE – 2000–2007



La diminuzione percentuale di ultrasessantacinquenni è determinata dall'impegno specifico verso i soggetti a rischio per patologia (diabete, splenectomia, ecc) che ha portato a vaccinare 13289 persone con condizioni morbose predisponenti e 2675 familiari di soggetti ad alto rischio.

TABELLA 73 PROPORZIONE SOGGETTI VACCINATI ULTRASESSANTACINQUENNI

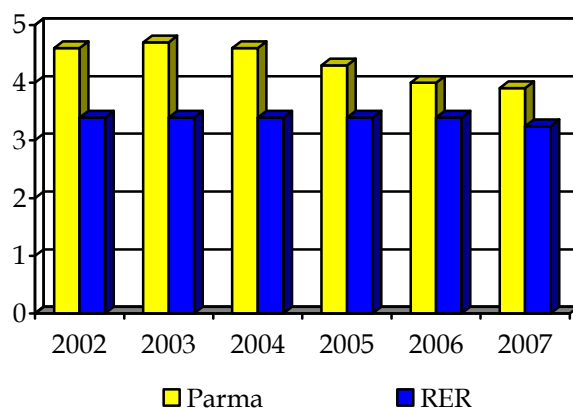
Campagna vaccinale	2006/2007	2007/2008	2008/09
Soggetti vaccinati	91.221	88.231	91.117
Ultrasessantacinquenni	66.491	65.140	64.836
% Ultrasessantacinquenni sul totale	72,9	73,8	71,1

CONTROLLO SUGLI AMBIENTI DI LAVORO

L'attività di controllo sulla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro è misurata attraverso un indicatore di processo rappresentato dalla percentuale di aziende controllate sul totale delle Unità Produttive insistenti sul territorio, queste determinate sulla base del Censimento Istat Ermes 2001 (382.8 U.L in provincia di Parma).

Nel 2007 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro hanno controllato 1496 imprese pari al 3,91% delle Unità Locali del territorio, collocandosi abbondantemente al di sopra della media regionale (3,25%) e superando l'indice di copertura dei controlli attribuito dalla Regione (3,0% delle U.L. del territorio).

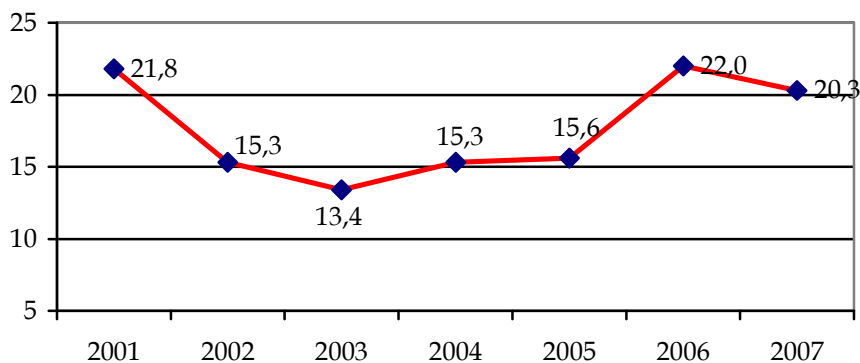
FIGURA 66 PERCENTUALE DI AZIENDE CONTROLLATE SUL TOTALE DELLE AZIENDE ESISTENTI NEL TERRITORIO – CONFRONTO DATO REGIONALE



Nelle aziende oggetto di controllo nel 2007 sono stati emanati 304 provvedimenti prescrittivi che hanno portato ad un indice di violazione pari al 20,3%.

Nella figura sottostante è riportato l'andamento dell'indice di violazione nel periodo 2001-2007; anche in questo caso si registra una sostanziale stabilità dell'indicatore, fino all'impennata del 2006, seguita da una riduzione nel 2007.

FIGURA 67 ANDAMENTO DELL'INDICE DI VIOLAZIONE NEL PERIODO 2001 / 2006



CONTROLLO SUGLI ALLEVAMENTI E SULLE INDUSTRIE ALIMENTARI

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

TABELLA 74 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

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

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

TABELLA 75 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

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

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

TABELLA 76 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI 2000-2004

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

TABELLA 77 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

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

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

TABELLA 78 NUMERO MEDIO DI SOPRALLUOGHI PER ALLEVAMENTO. ANNI 2002-2006

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

L'incremento di attività sugli allevamenti deve essere ricondotto 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.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

ASSETTO ORGANIZZATIVO

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

In provincia sono infine presenti 129 punti di accesso alla prenotazione distribuiti capillarmente (presenti in 45 comuni su 47) sul territorio: si tratta di strutture dell'Azienda Usl, punti di Accoglienza dell'Azienda Ospedaliera e punti esterni istituiti presso Farmacie, Comuni, Associazioni e Medici di Medicina Generale. I punti di accesso comprendono anche 16 punti di Sportello Unico Distrettuale che consentono all'utenza di poter accedere alla principali funzioni delle Cure Primarie (Iscrizione al SSN, Scelta e revoca del medico, Esenzioni, Assistenza all'estero, Prenotazioni, Ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa).

FIGURA 68 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI PARMA

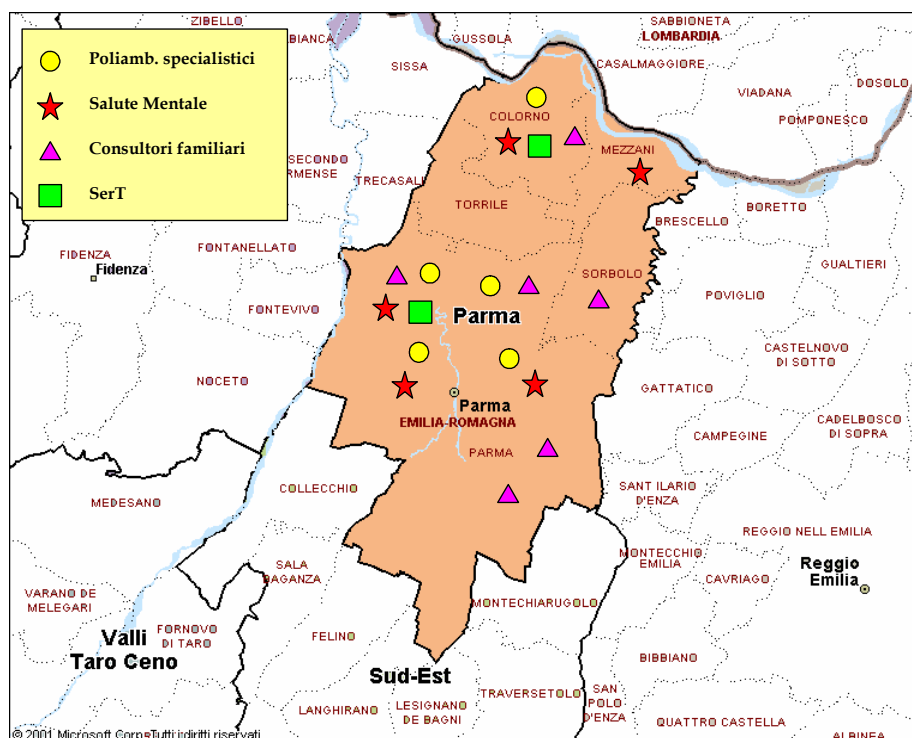


FIGURA 69 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI FIDENZA

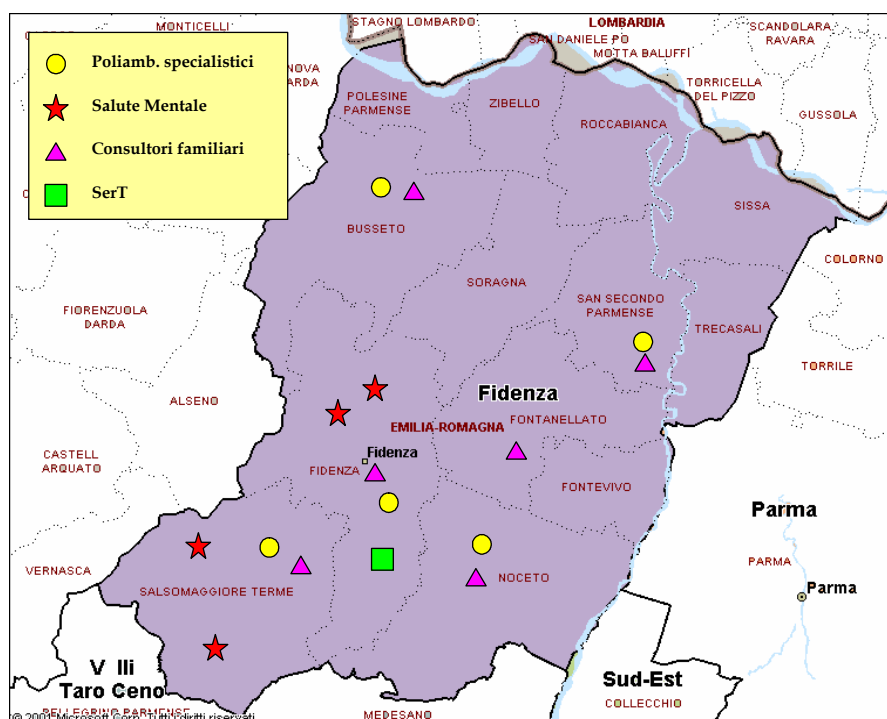


FIGURA 70 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD-EST

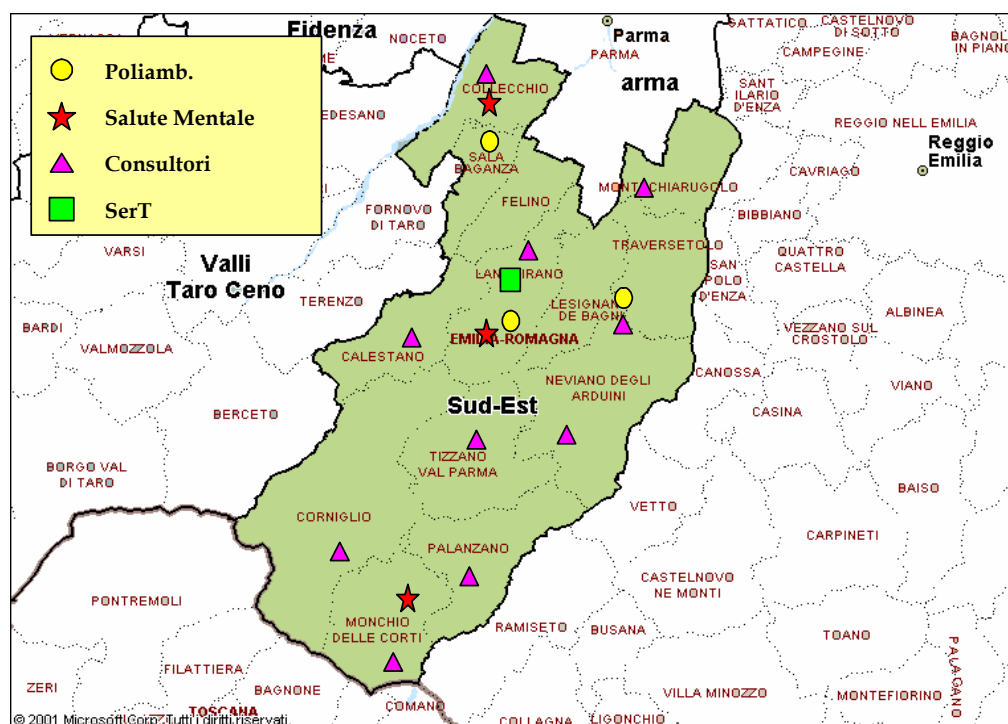
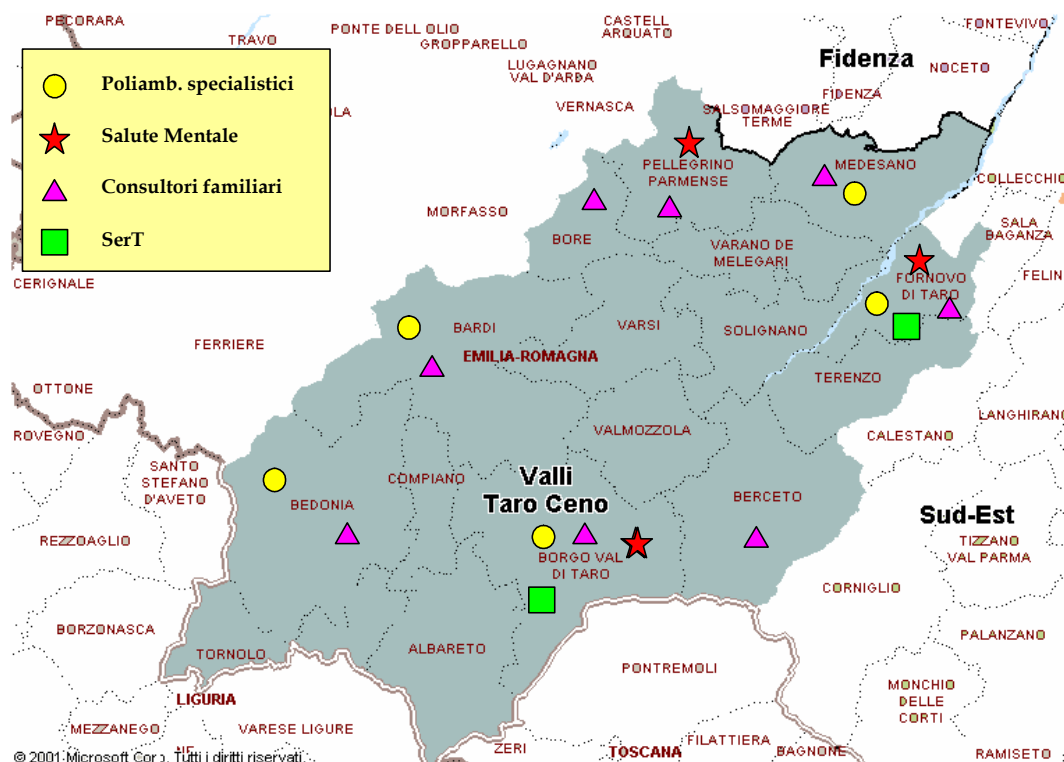


FIGURA 71 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Anziani

Dopo il consistente rafforzamento dell'offerta operato nel 2007, anche attraverso le risorse aggiuntive introdotte dal FRNA e finalizzato ad assicurare omogenea disponibilità d'accesso ai posti convenzionati in tutto il territorio provinciale, nell'anno 2008 si è registrato un ulteriore incremento di posti letto nel Distretto di Parma. L'offerta raggiunta a livello provinciale, pari a 33,2 posti letto per 1000 abitanti ultrasettantacinquenni è significativamente superiore al dato medio regionale.

Nel 2008 nel territorio provinciale sono presenti, con l'attivazione di una nuova struttura nel Comune di Parma, 42 Case Protette e 3 RSA convenzionate, distribuite in 32 Comuni. L'azione di miglioramento della qualità assistenziale nelle strutture protette, secondo criteri di qualificazione dell'accoglienza e della cura è proseguita anche nel 2008, mediante percorsi di formazione specifica del personale e l'elaborazione condivisa di linee guida in materia di assistenza sanitaria.

TABELLA 79 POSTI LETTO 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.
2004	1.578	48.219	32,7	14.302	461.164	31,0
2005	1.584	49.157	32,2	14.518	472.167	30,7
2006	1.595	49.707	32,7	14.822	481.575	30,8
2007	1.644	50.268	32,7	15.095	488.469	30,9
2008	1.676	50.508	33,2	n.d.	nd	nd

Analogamente a quanto osservato per i posti letto residenziali, a partire dall'anno 2007, nell'ambito degli obiettivi di sviluppo della rete dei servizi a sostegno della domiciliarità, è stata potenziata in misura significativa l'offerta di posti presso i centri diurni passati da 417 nel 2006 a 502 nel 2008, con un aumento dell'20,3% ed un parametro raggiunto decisamente superiore a quello medio regionale; dopo l'incremento nei Distretti di Fidenza e Sud-Est attuato nell'anno precedente, nel 2008 lo sviluppo dell'offerta ha riguardato il Distretto di Parma (27 posti) ed il Distretto Valli Taro e Ceno (6 posti).

Nella realtà provinciale sono presenti 37 centri Diurni, distribuiti in 27 Comuni, con un indice di diffusione del 57%.

TABELLA 80 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

	Posti	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna		
		Popolazione	PL per 1.000 ab.	Posti	Popolazione	PL per 1.000 ab.
2004	411	48.219	8,5	2.436	461.164	5,3
2005	413	49.157	8,4	2.459	472.167	5,2
2006	417	49.707	8,4	2.592	481.575	5,4
2007	469	50.268	9,3	2.782	488.469	5,7
2008	502	50.508	9,9	n.d	n.d	n.d

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

Come già osservato negli anni precedenti, si mantiene, a livello provinciale, un sistematico aumento dell'indice di occupazione dei posti semi-residenziali con particolare riguardo ai distretti extra urbani dove, il servizio si è affermato quale importante risorsa per le famiglie, dopo le difficoltà iniziali di decollo, legate soprattutto a problemi logistici (trasporti) ma anche a difficoltà culturali di accettazione da parte degli anziani di tale modalità di assistenza. I Centri Diurni, rendono prevalentemente disponibile un servizio che copre tutti i giorni feriali e tutto l'arco della giornata. I criteri di flessibilità introdotti negli ultimi anni che consentono di diversificare la frequenza in termini di orari e giornate, sulla base del progetto individualizzato, fino a completa copertura delle giornate di funzionamento del servizio, determinano l'aumento dell'indice d'occupazione e conseguentemente delle risorse impegnate.

Il fenomeno più saliente è rappresentato dal significativo aumento delle giornate di frequenza di utenti affetti da demenza e con gravi disturbi comportamentali. In tale ambito negli ultimi due anni sono stati attivati, in collaborazione con i Consulenti per i Disturbi Cognitivi, percorsi di formazione degli operatori nelle metodiche della stimolazione cognitiva che hanno prodotto significativi risultati sul piano della qualità delle cure prestate.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di assistenza domiciliare ha lo scopo di permettere alle persone anziane con limitazioni di autosufficienza, di rimanere al proprio domicilio, nell'ambito familiare e sociale di appartenenza. Il servizio fornisce alla persona anziana, in particolare, assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione del menage quotidiano, per l'integrazione sociale, per le attività di segretariato sociale, con l'obiettivo del mantenimento e del

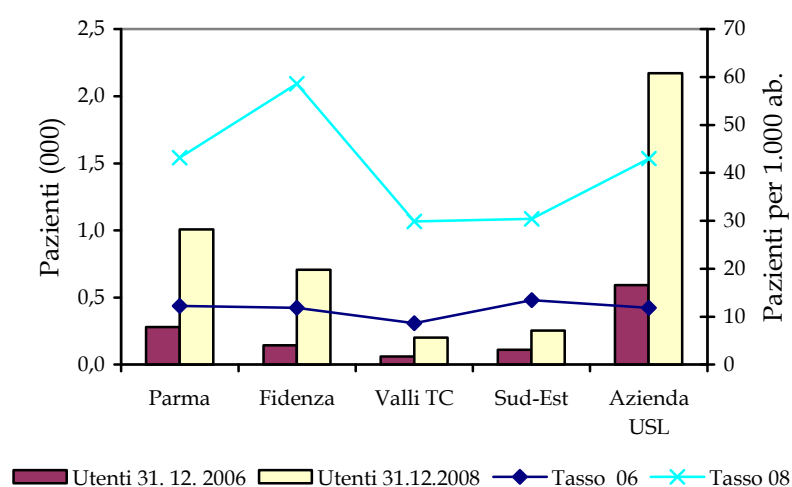
ripristino delle capacità funzionali e della vita di relazione. Il servizio è garantito dai Comuni in base ai propri regolamenti

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

A far tempo dall'approvazione del percorso di recepimento, dei requisiti minimi per i servizi d'assistenza domiciliare, previsti dalla DGR 1206/07, in tutti i Distretti sono stati potenziati in modo rilevante gli interventi di assistenza a domicilio, sostenuti dal FRNA, nell'ambito dei progetti di vita e di cure che introducono una nuova logica di progettualità rivolta non solo alla cura della persona, ma anche alla sua vita relazionale, al sostegno della famiglia e all'assistente familiare. Tali progetti possono prevedere inoltre il rimborso di servizi accessori quali il pasto, i trasporti ed i servizi di teleassistenza.

Alla data del 31.12.2008, nel territorio provinciale, gli anziani destinatari di progetti di vita e di cure a domicilio, con rimborso degli oneri a rilievo sanitario da parte del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, erano complessivamente 2.172 , con un incremento, rispetto all'anno 2006, pari al 267%.

FIGURA 72 POSTI CONVENZIONATI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI – 2006–2008



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

Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2008 si è data piena attuazione agli interventi di accoglienza temporanea di sollievo, innovazione introdotta dalla DGR 1206/07 quale sostegno indiretto alla domiciliarità.

In tutti i Distretti si è scelto di non adibire posti residenziali a tale esclusiva destinazione, ma di occupare posti non convenzionati messi a disposizione dalle case protette del territorio. Tale scelta ha permesso di offrire risposte flessibili, consentendo agli anziani ed alle loro famiglie di poter

accedere alla struttura vicina alla propria residenza e nello stesso tempo ha evitato il rischio, per le strutture, di parziale copertura dei posti convenzionati.

TABELLA 81 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2006–2008

Ricoveri 2006	Ricoveri 2008	Variazione %
36	260	622%

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

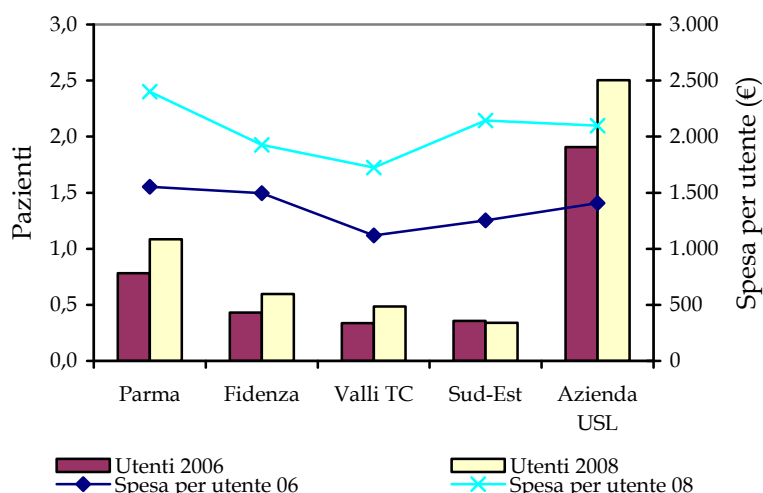
Assegno di cura

In linea con l'obiettivo prioritario di favorire la permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, l'assegno di cura, di importo variabile tra gli 11,50 € ed i 21,50 € giornalieri a seconda della gravità della persona, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza. Nell'ambito della progettualità esplicitata e condivisa con i caregiver per la cura dell'anziano, il contributo economico rappresenta di fatto una concreta presa in carico all'interno della rete dei servizi più che una mera erogazione di denaro alla famiglia che deve fronteggiare problemi assistenziali complessi.

E' proseguita anche nell'anno 2008 il trend di crescita dei destinatari degli assegni di cura registrato nell'anno precedente e determinato dalla maggiore disponibilità di risorse offerta dal FRNA, con un aumento percentuale pari al 31,3% rispetto al 2006. Tale incremento appare ancora più significativo se si considera che l'applicazione della DGR 2686/05 prevede la continuità dei contratti in costanza del bisogno assistenziale. Si rileva, infatti, contestualmente un aumento di n. 154.628 giornate di assegno concesse nell'anno, pari ad un incremento percentuale del 33,2% rispetto all'anno 2006.

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

FIGURA 73 ASSEGNO DI CURA: UTENTI E SPESA PER UTENTE – 2006–2008



Parallelamente si registra un rilevante aumento di risorse più che proporzionale rispetto al numero di assegni che ha comportato un incremento della spesa media annuale per utente passata da 1.400 € del 2006 a 2.098 € del 2008 con una variabilità, anche in considerazione della durata media dei contratti e della complessità della casistica in carico, compresa tra 1.724 € per il Distretto di Valli Taro e Ceno e 2.400 € per quello di Parma.

Contributo integrativo per assistenti familiari

A partire dal mese di novembre 2007 sono stati attivati i contributi integrativi previsti dalla DGR 1206/07, a favore degli anziani titolari di assegno di cura, che si avvalgono di assistenti domiciliari con regolare contratto di lavoro e con un ISEE non superiore a 10.000 €.

TABELLA 82 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2007 – 2008

Distretti	Persone 2007	Persone 2008	Var. %
Parma	93	211	
Fidenza	32	71	
Sud-Est	40	67	
Valli T. e C.	16	25	
Azienda	181	374	107%

Nell'anno 2008 si è registrato un notevole incremento di tale intervento che ha l'obiettivo di sostenere le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

Questa nuova risposta è stata accolta positivamente dalle famiglie e è stata uno stimolo a regolarizzare, quando possibile, l'assistente familiare.

In realtà il contributo economico complessivo (assegno di cura e contributo integrativo) di importo piuttosto consistente, rappresenta una reale integrazione rispetto agli oneri sostenuti dalle famiglie.

Gravi disabilità acquisite in età adulta

In attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 2068 del 2004 e della successiva 840 del 2008, sono state messe in rete e rese pienamente operative le equipe disabili dei quattro distretti di cui si compone l'AUSL di Parma (Distretto di Parma, Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno) ed è stato definito l'assetto organizzativo complessivo dell'area.

A supporto di tale azione, sono stati organizzati momenti mirati di confronto con gli operatori sociali e sanitari del settore, con la finalità specifica di rendere sempre più omogenei, su tutto il territorio provinciale, criteri di accesso e gestione dei singoli casi.

L'area gravissime disabilità è inoltre parte integrante del gruppo regionale Gracer, cui assicura costantemente il proprio contributo, anche al fine di raggiungere un'integrazione stabile con le altre aree delle gravi disabilità acquisite in età adulta (mielolesioni e neurolesioni gravi, in particolare).

E' stato inoltre avviato e messo a regime, su indicazione della Regione, il flusso informativo dedicato (GRAD), da cui è possibile attingere, in tempo reale, i dati completi relativi ai pazienti assistiti.

TABELLA 83 ASSEGNI DI CURA PER DISABILI GRAVI RICONOSCIUTI AL 31.12.2008

Distretto	N.ro assegni
Parma	17
Fidenza	17
Sud Est	9
Valli Taro e Ceno	7
Totale	50

TABELLA 84 POSTI LETTO PER PERSONE AFFETTE DA GRAVI DISABILITÀ ACQUISITE IN ETÀ ADULTA (2008)

Denominazione struttura	PP.LL.
S. Mauro Abate Colorno	7
Lungodegenza San Secondo	4
Centro Cure Progr. Langhirano	10
Lungodegenza Borgo Val di Taro	4
Casa Scarzara	3
Cardinal Ferrari- Fontanellato	5
Totale	33

AREA HANDICAP

Nel 2008 quest'area ha teso a qualificare ulteriormente la propria capacità di governo delle tematiche connesse all'assistenza ai soggetti portatori di handicap, con particolare riferimento alla definizione, monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati di assistenza (funzione di committenza mirata). Sul piano organizzativo è stato potenziato il coordinamento tra i distretti, anche al fine di preparare il terreno all'avvio del percorso di accreditamento delle strutture e dei servizi. Infine è stata assicurata una presenza qualificata dell'Azienda ai tavoli dei Piani di Zona, così come previsto dal nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale 2007-2009.

La rete dei servizi per disabili della nostra azienda comprende:

- Servizi territoriali:
 - o assistenza domiciliare con finalità socio-assistenziali;
 - o assistenza domiciliare e territoriale con finalità socio-educative.
- Servizi diurni:
 - o centri socio-riabilitativi diurni;
 - o centri (o laboratori) socio-occupazionali.
- Centri residenziali:
 - o centri socio-riabilitativi residenziali;
 - o comunità alloggio (Gruppi appartamento, Residenze protette).

Di seguito vengono riportati i dati, aggiornati al 31.12.2006, dei servizi residenziali e semiresidenziali.

TABELLA 85 POSTI RESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2002	101	0,25	1.058	0,26
2003	110	0,27	1.236	0,30
2004	116	0,27	1.437	0,34
2005	133	0,32	1.518	0,36
2006	137	0,33	1.590	0,38

Fonte: Regione Emilia-Romagna

TABELLA 86 POSTI SEMIRESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP^a

	AUSL Parma		Regione Emilia Romagna	
	Posti	PL per 1.000 ab.	Posti	PL per 1.000 ab.
2002	156	0,39	2.570	0,63
2003	196	0,48	2.822	0,69
2004	210	0,50	3.382	0,80
2005	238	0,57	3.234	0,77
2006	218	0,52	3.606	0,85

a: comprensivo dei posti nei centri socio-occupazionali

Fonte: Regione Emilia-Romagna

PSICHIATRIA

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

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

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

TABELLA 87 POSTI RESIDENZIALI

	2003	2004	2005	2006	2007	di cui
					Posti residenziali	In convenzione
					del DSM	
Parma	207	205	221	224	209	136
Regione	1.335	1.395	1.688	1.679		

Meno estesa è l'offerta di posti semiresidenziali rispetto ai quali sono in corso interventi di valorizzazione e potenziamento sia in ambiti istituzionali che extra istituzionali. Attualmente i posti formalmente istituiti e sottoposti all'accreditamento sono 55 (25 presso il Centro diurno Santi e 30 presso il Centro diurno "le Viole") ai quali si aggiungono mediamente n° 6 posti di frequenza diurna presso la Residenza a Trattamento Intensivo "PRP" di Fidenza.

TABELLA 88 POSTI SEMIRESIDENZIALI

	2003	2004	2005	2006	2007	di cui
					Posti residenziali	In convenzione
					del DSM	
Parma	57	61	57	67	61	-
Regione	931	932	983	1.008		

LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE ADI E HOSPICE

Assistenza Domiciliare

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

L'assistenza si differenzia in tre livelli:

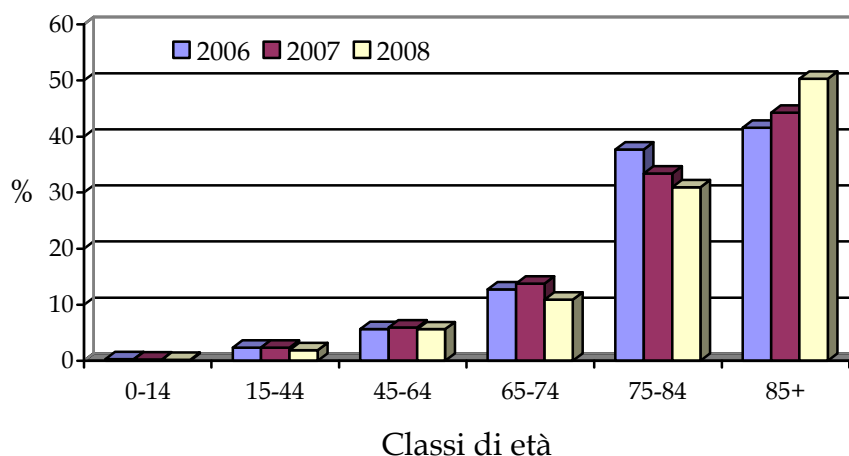
- **assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria (I livello)** caratterizzata da una prevalenza di bisogni cui tendenzialmente si dà risposta tramite interventi socioassistenziali che sono principalmente erogati dalle équipes infermieristiche e dagli assistenti sociali con un ruolo di verifica e controllo da parte del MMG che rimane 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.

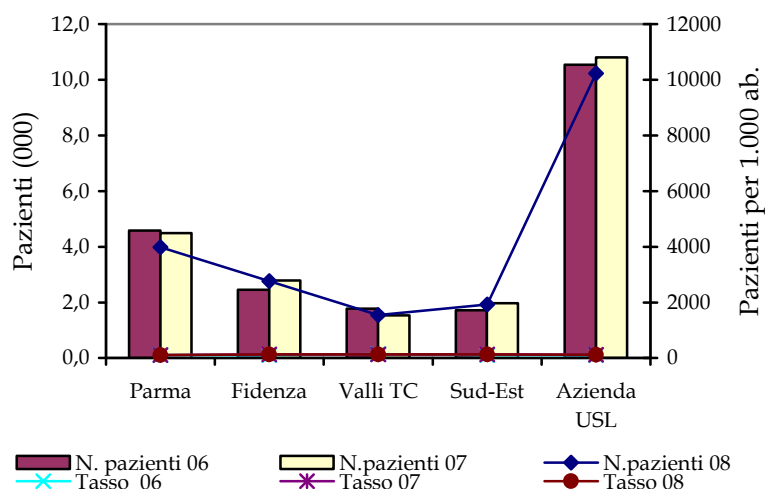
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2008 evidenzia una stabilizzazione della numerosità dei casi seguiti che si mantengono oltre la soglia dei 100 pazienti seguiti a domicilio per 1.000 ultrasessantacinquenni. I casi passano infatti da 10.802 a 10230 con una diminuzione percentuale di circa il 5 %. Il risultato non comprende il numero dei pazienti che ricevono solamente assistenza di tipo sociale, che sono 1083 (manca da questo dato il numero dei pazienti assistiti presso il distretto di Parma): si conferma, quindi, la capillarità del servizio che mantiene livelli soddisfacenti (anche in confronto al dato regionale).

FIGURA 74 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA – 2007



Interessante segnalare come il servizio tenda sempre più a rivolgersi a soggetti molto anziani mentre nelle fasce di età precedenti la contrazione di attività sia abbastanza significativa.

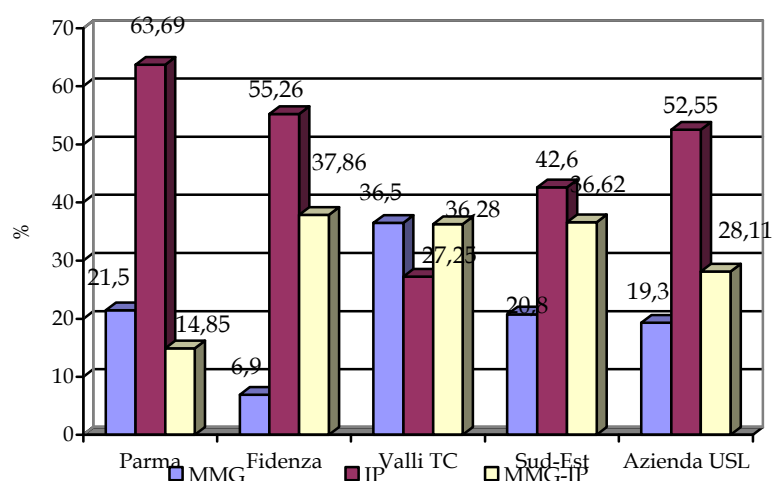
FIGURA 75 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio nell'anno 2006, 2007 e 2008 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni.

Risulta ampiamente evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti oramai una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari al 113 per 1.000 residenti. È possibile analizzare la performance aziendale considerando anche la distribuzione degli assistiti per tipologia di assistenza: (i) pazienti seguiti esclusivamente da équipes infermieristiche (IP), (ii) pazienti la cui assistenza è affidata all'integrazione tra medico di medicina generale ed équipes infermieristiche (MMG-IP) e (iii) pazienti seguiti principalmente dal medico di medicina generale (MMG).

FIGURA 76 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - 2007



La Figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, anche in questo caso, un riallineamento verso ancor maggiore omogeneità nelle scelte assistenziali. Da sottolineare il diverso assetto organizzativo per il Distretto

Valli taro e Ceno dove sembra essere predominante la modalità assistenziale caratterizzata dall'intervento congiunto del medico di medicina generale e dell'infermiere professionale.

Posti di sollievo

Nel 2008, dal 1° luglio, si è verificata la riduzione di 2 posti di sollievo (-1 a Bardi e -1 a Varsi) e ciò giustifica la riduzione del numero di pazienti complessivamente trattati nel 2008. Notevolmente migliorato è l'indice di occupazione dei posti presso la struttura di Bardi, il cui indice di occupazione è passato dal 93% all'99%, mentre si è mantenuto nei livelli consolidati nella struttura di Varsi. La tipologia prevalente delle patologie trattate si è confermata essere quella osteoarticolare (31,8%) e quella neurologica (31,8%)

Si è infine consolidata l'attività, avviata nel 2006, dei posti presso la Casa Protetta "Pallavicino" di Busseto dedicati sia all'assistenza temporanea a favore di persone anziane che non presentano le condizioni necessarie per la prosecuzione delle cure domiciliari, ma che non hanno ancora i requisiti clinici per la residenzialità, che per l'effettuazione di prestazioni di riabilitazione post-chirurgica. Il numero di pazienti trattati è rimasto sostanzialmente invariato, così come la durata della degenza media e l'indice di occupazione dei posti letto. Le patologie osteo-articolari rappresentano la tipologia prevalente (95,7%), nella casistica trattata

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

TABELLA 89 POSTI DI SOLLIEVO AZIENDALI

	Bardi			Varsi			Busseto		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Pazienti	27	26	21	23	20	19	25	23	23
Età media	84	82	73	77	83	85	81	80	81
Giornate di degenza media	23	24	26	26	27	25	26	30	29
Indice occupazione p.l.	93,30%	95,70%	99,00%	91,60	87,80%	88,33%	90,00%	97,00%	96,00%
Principali patologie									
- osteoarticolare	44,8%	48,1%	31,8%	23,1%	12,0%	23,8%	40,0%	26,1%	4,30%
- neurologica	17,2%	11,1%	31,8%	30,8%	8,0%	14,3%	23,5%	56,5%	95,7%
- dismetabolica	20,7%	18,5%	9,1%	23,8%	28,0%	9,5%	12,8%	4,3%	
- cardiovascolare	13,8%	7,4%	9,1%	15,4%	32,0%	28,6%	12,7%	13,0%	
- neoplastica	-	3,7%	4,6%	-	4,0%	9,5%	10,0%		
- altro	3,5%	11,1%	13,6%	6,9%	16,0%	14,3%	1,0%		

Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2008, continuato il proprio sviluppo nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali mirate a rimodulare l'articolazione dei servizi per rispondere alle mutate esigenze dei pazienti, in particolare sul versante del controllo del dolore e della qualità dell'assistenza residenziale. In particolare, la rete della residenzialità territoriale si è consolidata per la funzionalità a regime dell'attività dell'Hospice presso la Casa di Cura "Piccole Figlie" di Parma (8 posti letto), attivato nell'.

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

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

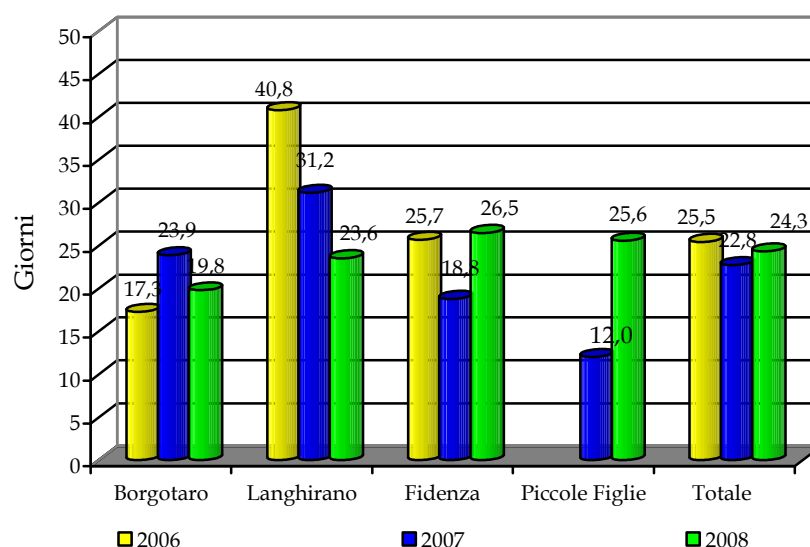
TABELLA 90 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Posti letto		15			8	
Pazienti	192	202	174	107	81	85
Giornate di degenza	4.932	3.793	4.609	1.849	1.936	1.685

	Langhirano			Parma			TOTALE		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Posti letto		12			8			43	
Pazienti	54	115	102	-	24	72	353	422	433
Giornate di degenza	2.203	3.583	2.402	-	289	1.842	8.984	9.601	10.538

I dati di attività per i 3 anni, pur manifestando un incremento significativo, non sono perfettamente comparabili in quanto le strutture di Langhirano e Borgotaro hanno iniziato la propria attività nel corso del 2005 e quella delle Piccole Figlie ad ottobre 2007. Si segnala comunque un aumento del numero assoluto di pazienti (cresciuti del 50%) ed un incremento della presenza media giornaliera passata da 17 pazienti/giorno a 29 pazienti/giorno a testimonianza di un utilizzo più efficiente dei posti letto.

FIGURA 77 HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA – 2006–2007–2008



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

Le patologie prevalenti sono quelle neoplastiche (85,8%) rappresentate soprattutto dalle neoplasie polmonari (10,7%), dalle neoplasie del colon-retto (9,2%), a seguire poi le neoplasie di pancreas, stomaco e mammella.

Un'analisi degli indicatori di attività rileva come l'utilizzo di queste strutture sia andato consolidandosi nel tempo. Trattandosi di strutture innovative rispetto a quelle abituali, un periodo di latenza per raggiungere l'efficienza operativa è fisiologico.

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

FIGURA 78 HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA – 2006–2007–2008

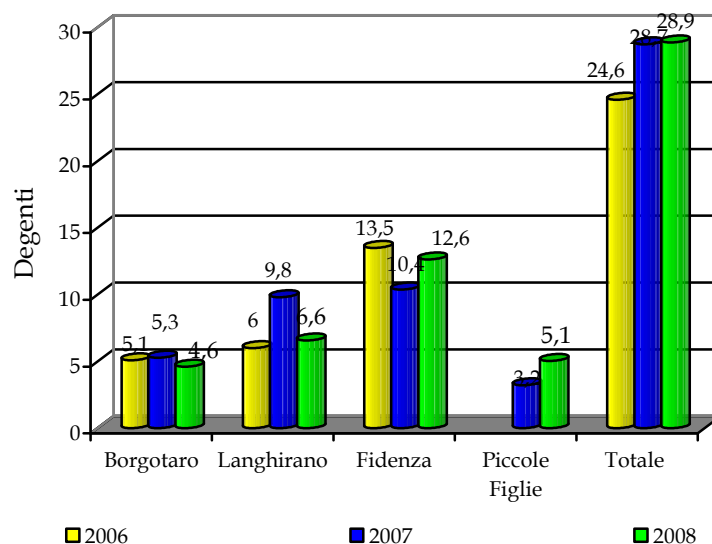
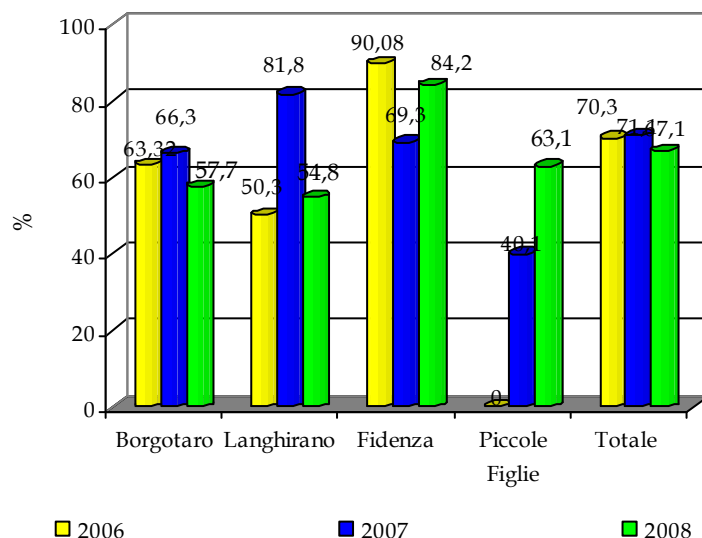


FIGURA 79 HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE – 2006–2007–2008



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.

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

Un esempio di questa attenzione sono le numerose leggi nazionali e regionali e soprattutto il Piano Sanitario e Sociale 2007/2009 in cui è sottolineata la finalità dei Consultori Familiari a promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, coppia e famiglia attraverso interventi integrati anche con le istituzioni locali, gli enti e le associazioni di volontariato.

L'attività dei Consultori Familiari è caratterizzata da un'ampia gamma di prestazioni e da una vasta diffusione delle sedi in modo da facilitare l'accesso a tutti gli utenti della città e della provincia. In questa ottica è proseguita l'attività mettendo l'accento su due importanti aree della programmazione: quella giovanile e dell'immigrazione con l'obiettivo di promuovere la salute, riconoscendo le differenze culturali e sviluppo coesione sociale.

E' stata così potenziata l'accessibilità allo Spazio Giovani attraverso un'apertura completa durante la settimana e attraverso la formazione di operatori dell'accoglienza in grado di accogliere le richieste degli adolescenti ed indirizzarli/accompagnarli a professionisti/servizi. Nella recente riorganizzazione dei Servizi aziendali, infatti, lo Spazio Giovani acquisisce un ruolo chiave legato

sia alla sua funzione “storica” di consultorio giovanile, sia ai nuovi compiti derivanti dall’essere stato individuato come unico punto di accesso/accoglienza ai Servizi aziendali, nell’ottica di agevolare e di rendere più semplice, più immediato e non connotato il primo contatto con la popolazione adolescenziale e giovanile.

Lo Spazio Giovani, quindi, amplia le sue funzioni garantendo azioni, anche in chiave di prossimità, riferite sia all’area della prevenzione con lo sviluppo di interventi integrati di Promozione della salute sul territorio, sia, attraverso un’equipe dedicata, azioni di accoglienza/ascolto nella sede di via Melloni relative all’area dell’assistenza socio-sanitaria con riferimento all’analisi e alla risposta ai bisogni individuali dell’utenza adolescenziale e giovanile fino ai 21 anni, nonché agli adulti significativi di loro riferimento (genitori, insegnanti, allenatori, ...), in stretta integrazione con i Servizi aziendali di settore. Nello specifico, si configura, quindi, come interfaccia fra i servizi e l’utenza dando una prima valutazione del caso, fornendo informazioni, consulenza, orientamento e, quando necessario, inviando/accompagnando l’utente al professionista o al Servizio specialistico aziendale di competenza.

I dati di accoglienza, riferiti ad un primo periodo sperimentale giugno/dicembre 2008, confermano l’impostazione promossa dalla Direzione Generale.

Gli accessi all’accoglienza nel periodo sono stati di 217 utenti, di cui 198 femmine e 20 maschi, 61 conosciuti e 156 nuovi. Poco meno del 70% degli accessi (146 utenti), poi, hanno proseguito il rapporto con il Servizio sia nei percorsi interni (ginecologo, psicologo, andrologo, nutrizionista, ecc.), sia nel coinvolgimento dei Servizi specialistici.

L’attività dedicata alle donne immigrate è stata trasferita all’interno del Consultorio Familiare Lubiana: ciò con l’obiettivo di accogliere all’interno dei servizi per la tutela della salute femminile le problematiche di tutte le donne della città: è stata mantenuta la mediazione linguistico-culturale e spazi a libero accesso per garantire una risposta tempestiva e un orientamento ai servizi di tutto il territorio.

La riorganizzazione è stata consentita da un percorso formativo sulle tematiche dell’integrazione per migliorare i livelli di comunicazione e informazione con la popolazione immigrata.

Più specificatamente si dettagliano alcune attività.

Percorso nascita

Nell’anno 2008 è proseguita la linea d’intervento adottata negli anni precedenti, anche in adempimento alla legge regionale 26/98, tesa a favorire un’omogenea assistenza alla gravidanza, con interventi di preparazione alla nascita, di assistenza al parto, al puerperio e sostegno all’allattamento al seno.

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

Nel 2007 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1.438. con un aumento del 14,8% rispetto al 2006, di cui 750 donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (52,2% del totale), confermando l’impegno nella promozione di una genitorialità consapevole.

Mentre è proseguito il progetto interaziendale “Parto a domicilio”, primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna, con il progetto “Assistenza alla gravidanza fisiologica” si sono valorizzate le donne in quanto madri e le coppie nella dimensione della genitorialità; si sono dettagliate le competenze professionali dell’ostetrica nell’assistenza alla gravidanza e nel counseling; si è personalizzata l’assistenza alla gravidanza e al puerperio anche nelle fasce più deboli della popolazione.

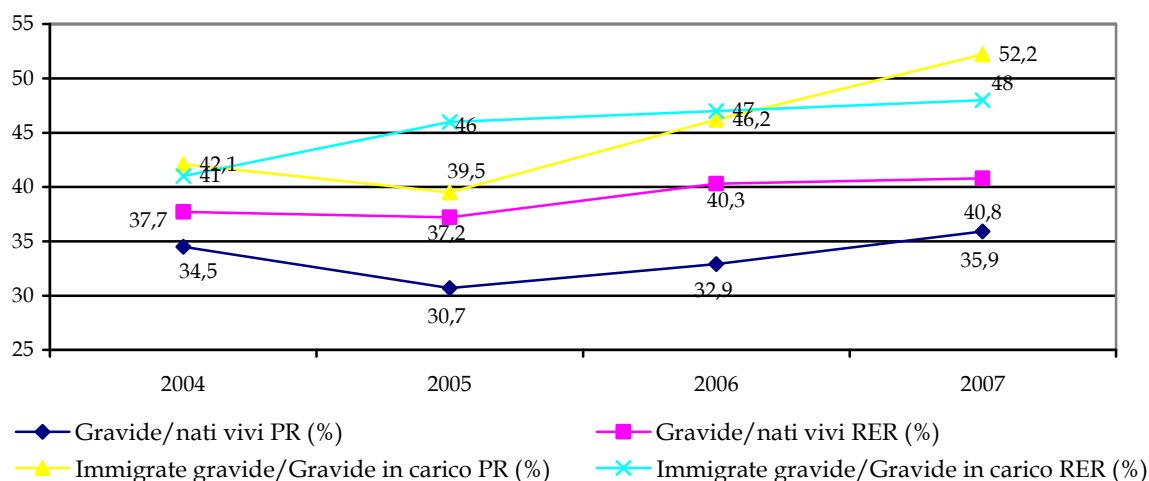
Il progetto Dimissione Appropriata della madre e del neonato sano, iniziato negli anni precedenti, ha garantito alle neo-mamme l’assistenza domiciliare e ambulatoriale da parte dell’ostetrica e del Pediatra di Libera scelta. Con i Pediatri di libera scelta poi, si è ampliato l’accordo per l’assistenza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

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

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

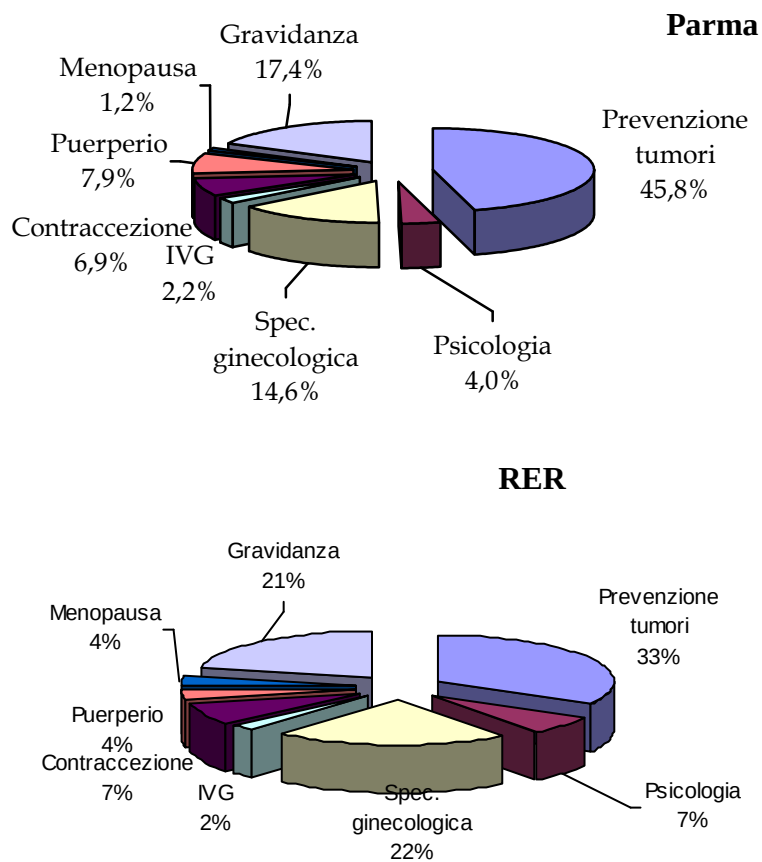
Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza alla gravidanza, nel 2007, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è pari a 35,9, in costante aumento rispetto al 2006 (32,9) e soprattutto sempre più vicino al valore regionale (40,8%).

FIGURA 80 PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE SU NATI VIVI



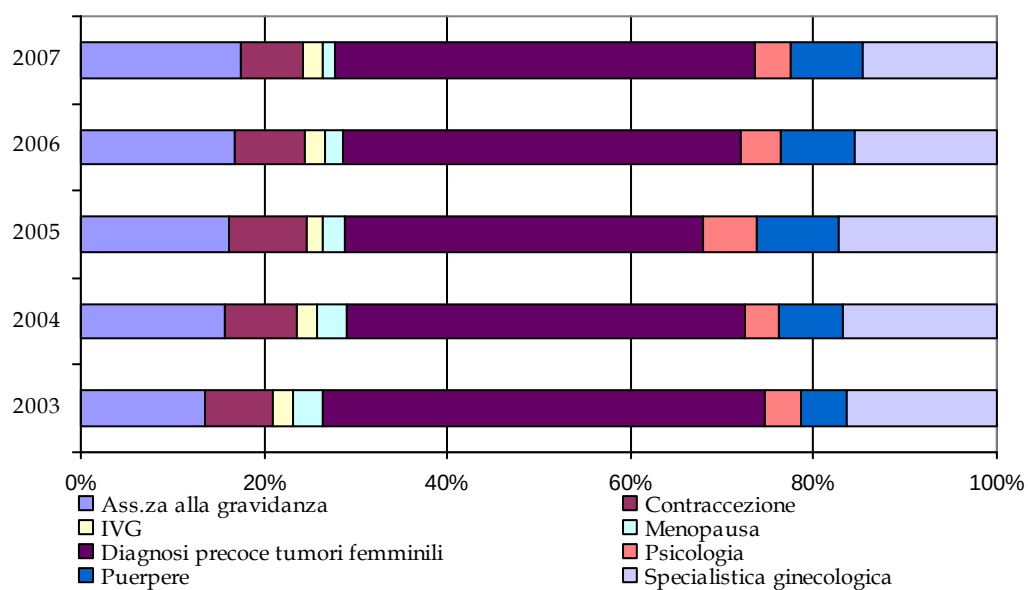
L’attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2007, a Parma, il 45,8% delle attività consultoriali riguardano l’ambito della prevenzione dei tumori femminili (in aumento), il 14,6% ad attività ginecologica (in diminuzione), il 17,4% alla gravidanza (stabile), l’8% al puerperio (in diminuzione), il 6,9% alla contraccezione (stabile), il 4% all’attività psicologica (in diminuzione), l’1,2% alla menopausa (stabile) e all’interruzione volontaria di gravidanza il 2,2% (stabile).

FIGURA 81 ATTIVITÀ CONSULTORIALE – AUSL PARMA E RER – 2007



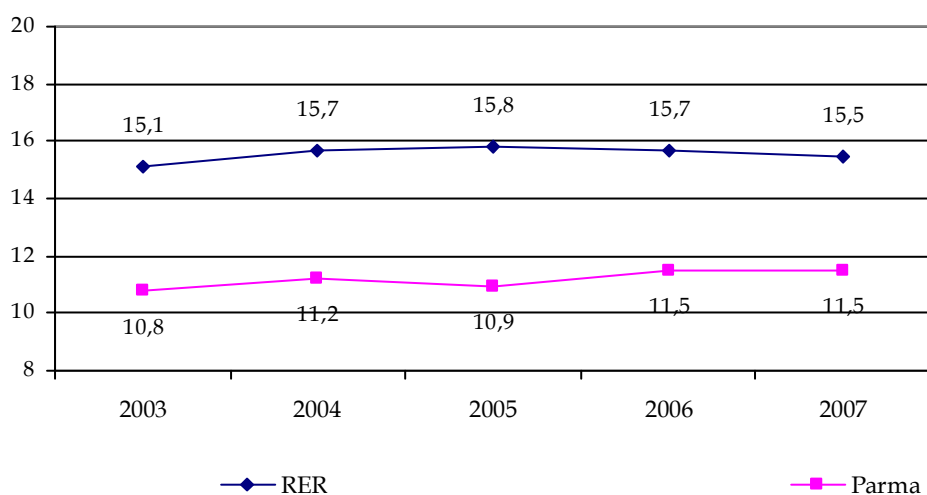
Il confronto con i dati regionali evidenzia, da parte dei consultori di Parma, una percentuale di attività maggiore nella prevenzione dei tumori femminili, nell'attività di contraccezione nonché puerperio; al contrario, i consultori di Parma presentano percentuali di attività minori, rispetto ai valori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

FIGURA 82 DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI – 2003–2007



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

FIGURA 83 PERCENTUALE DI UTENTI SU POPOLAZIONE TARGET (PRESTAZIONI DI OSTETRICIA/GINECOLOGIA) 2003–2007



Infanzia e Adolescenza

TABELLA 91 ISTRUTTORIE PER LE ADOZIONI – 2007

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Adozioni nazionali	6	2	9	1	18
Adozioni internazionali	0	1	6	0	7
Entrambe le adozioni	21	10	1	3	35
TOTALE	27	13	16	4	60

Negli ultimi cinque anni (2003 – 2007) oltre 560 coppie si sono rivolte ai Servizi Adozioni della provincia di Parma per richiedere informazioni; nel 2007 le richieste sono state 113.

Lo scarto tra il numero delle richieste di informazioni e le istruttorie avviate (v. tabella sopra – n. 60 nel 2007) è da attribuirsi a due motivazioni principali: da un lato la decisione delle coppie di non proseguire il percorso adottivo, dall'altro le liste d'attesa che si creano da un anno all'altro.

I dati riferiti alle istruttorie avviate dicono di un aumento dal 2003 al 2005, mentre dal 2006 si assiste a un calo, che è ancora più accentuato nel 2007.

Per quanto riguarda la tipologia di richieste adottive, nel corso del 2007, rispecchiando il trend degli anni precedenti, la maggior parte delle coppie sceglie di avviare l'istruttoria sia per l'adozione nazionale che internazionale. Questa scelta combinata, pur rimanendo maggioritaria, cala dal 70% nel 2006 al 58% nel 2007; contemporaneamente aumentano le scelte per la sola adozione nazionale (che passano dal 22% del 2006 al 30% del 2007), come pure quelle solo per le internazionali (dall'8% del 2006 al 12% del 2007).

A tali scelte corrispondono i numeri delle effettive adozioni realizzate: quelle nazionali sono decisamente inferiori a quelle internazionali (v. sotto).

TABELLA 92 – ADOZIONI – 2007

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Abbinamenti complessivi	16	5	10	1	32
Adozioni nazionali	5	3	4	0	12
Adozioni internazionali	11	2	6*	1	20

* 1 dei 6 abbinamenti è un abbinamento di due fratelli.

Sono quasi 160 le adozioni effettuate nella nostra provincia negli ultimi 5 anni (2003-07), con una media di 32 adozioni annue, oltre la metà delle quali realizzate nel Distretto di Parma, seguito da Fidenza e Sud Est in ugual misura ed infine dal Distretto Valli Taro e Ceno.

Da segnalare come nel 2007 le adozioni nazionali nel nostro territorio aumentano, attestandosi sul 37,5% del totale: si avvicinano così alla media nazionale e si inverte la tendenza che aveva visto una costante diminuzione di questa tipologia di adozioni.

In linea con gli anni precedenti, anche nel 2007 si può riscontrare una bassissima fascia di età dei bambini arrivati nel nostro territorio in adozione nazionale: la quasi totalità rientra nella fascia

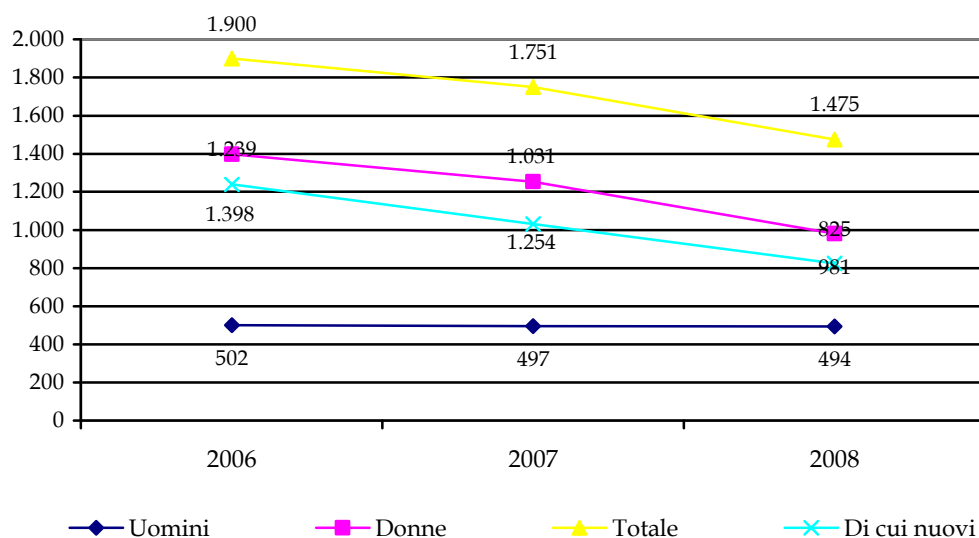
d'età che va dagli 0 ai 2 anni. Per quanto riguarda invece le adozioni internazionali, l'età dei bambini adottati aumenta, concentrandosi soprattutto nella fascia che va dai 3 ai 10 anni.

I Paesi di provenienza risultano afferenti in prevalenza all'area dell'Est Europa (40%), il 35% dal Sud America, il 20% dall'Asia; solo 1 minore proviene dall'Africa. Rispetto all'anno precedente, nel 2007 sono diminuite le provenienze dall'Est Europa di quasi 20 punti percentuali e sono più che raddoppiate quelle del Sud America; invariate invece le provenienze dagli altri due Continenti.

SPAZIO IMMIGRATI

Come si evince dai grafici, nel triennio 2006 - 2008 si registra una progressiva diminuzione degli utenti in carico presso lo Spazio Salute Immigrati. La diminuzione riguarda soprattutto le persone che si rivolgono al Servizio per la prima volta nell'anno e le donne. La motivazione principale per quanto riguarda queste ultime, che peraltro hanno sempre rappresentato la maggioranza dei soggetti che usufruiscono del Servizio, è da ricondurre alla ristrutturazione organizzativa dell'Area di ostetricia e ginecologia che ha progressivamente trasferito la sua attività nell'ambito più generale dell'Area Salute Donna.

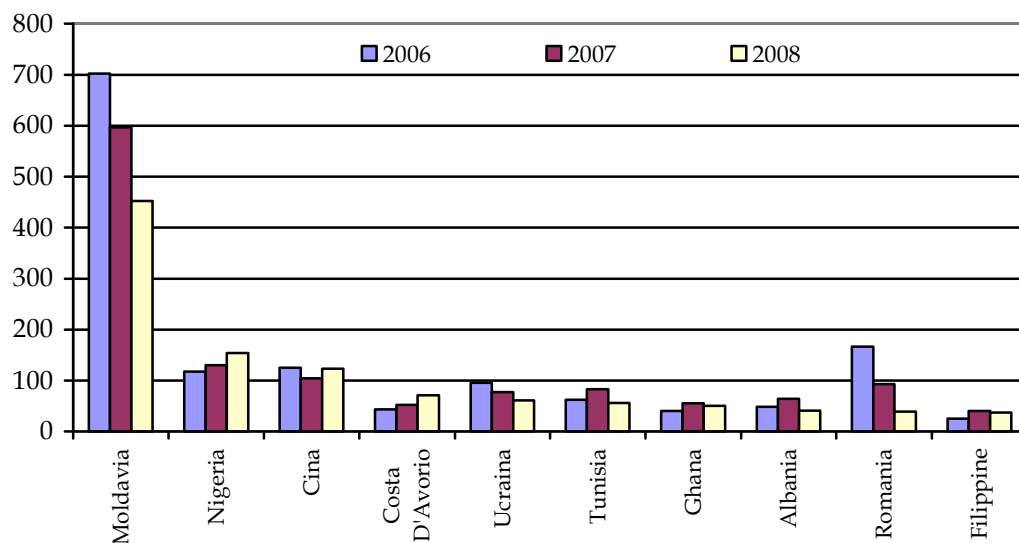
FIGURA 84 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA - 2006-2008



I soggetti in carico per nazionalità

Considerando i dieci gruppi nazionali maggiormente rappresentati, si osserva che anche la nazionalità di provenienza si è modificata con un aumento dei pazienti dall'Africa Subsahariana (Nigeria, Costa D'Avorio e Ghana) ed una progressiva diminuzione dalla zona dell'est Europa. Ciò accade verosimilmente in riferimento a motivi giuridici (fenomeno della regolarizzazione, maggiormente legato alle donne che lavorano come Assistenti Familiari) ed ingresso della Romania nell'Unione Europea.

FIGURA 85 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ – 2006–2008



Se si osservano le prime dieci nazionalità tra i residenti in provincia di Parma al primo gennaio 2008, emerge una “graduatoria” completamente diversa, che vede in ordine: Albania, Marocco, Tunisia, Romania, Moldavia, India, Filippine, Ucraina, Senegal, Ghana.

I soggetti in carico e le prestazioni nelle Aree di attività

FIGURA 86 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE – 2006–2008

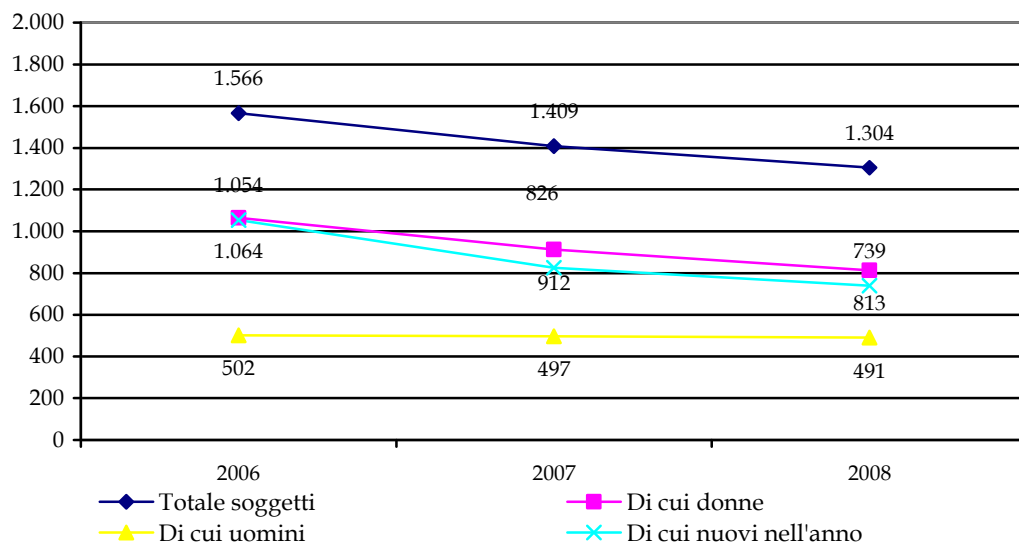


FIGURA 87 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA GINECOLOGIA – 2006–2008

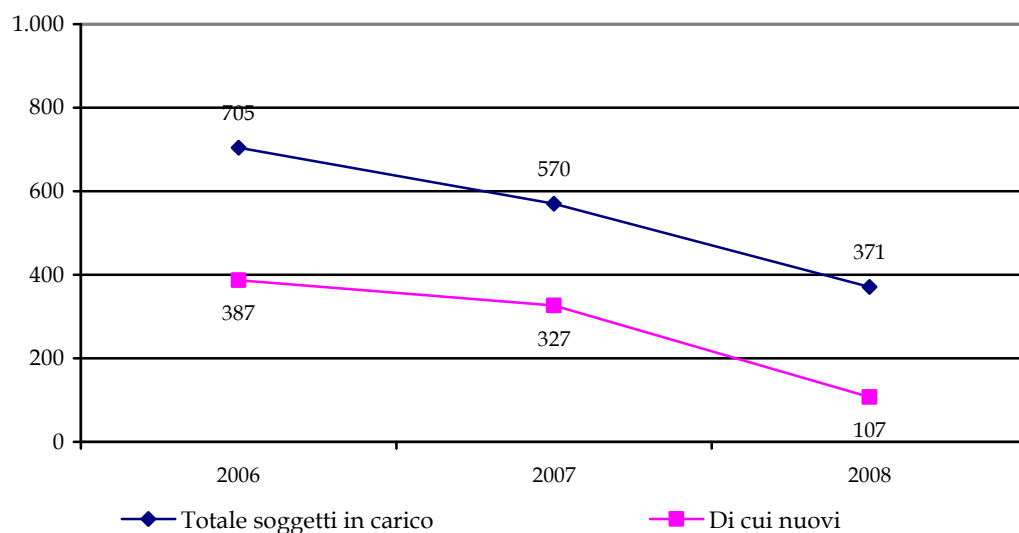
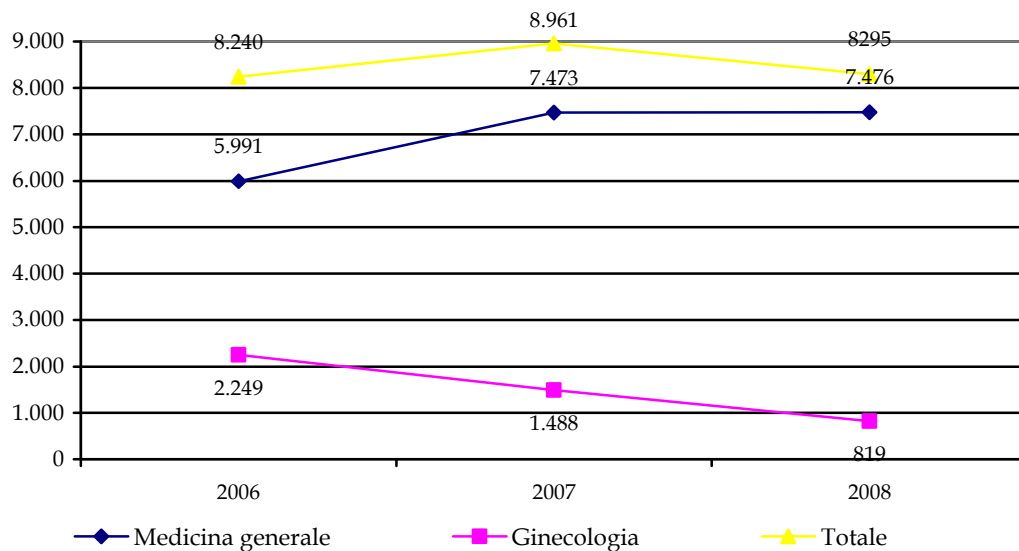


FIGURA 88 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ – 2006–2008



Entrambe le aree di attività riflettono la diminuzione complessiva dell'utenza in carico.

Nell'area di ostetricia e ginecologia si osserva anche una diminuzione generale delle prestazioni.

Per la medicina generale invece emergono due dati: la diminuzione degli utenti come numero assoluto, insieme tuttavia al decisivo aumento del numero delle prestazioni.

Il rilievo statistico dell'aumento delle visite mediche dimostra la presenza di patologie croniche, di difficile rilievo clinico e di complessa gestione nel tempo. In generale si osservano patologie quali : tubercolosi polmonare e extrapolmonare, epatiti virali, malattie sessualmente trasmesse,

diabete mellito, ipertensione arteriosa, sindromi ansioso -depressive, malattie da povertà (scabbia, denutrizione, sindromi da raffreddamento), infortuni sul lavoro

Inoltre è cresciuto il numero di cittadini stranieri richiedenti asilo politico e all'interno di questo gruppo le persone "vittime di tortura", che oltre alle conseguenze sul piano fisico presentano gravi e laceranti ferite psichiche.

Il quadro sintetico dell'attività dello Spazio Immigrati evidenzia come questo Servizio dedicato, dopo undici anni dalla sua apertura, svolga ancora una funzione significativa nella tutela della salute di una fascia di popolazione sicuramente esposta a maggiori fattori di rischio (condizione giuridica, condizione abitativa e socio economica, ecc.).

SALUTE MENTALE

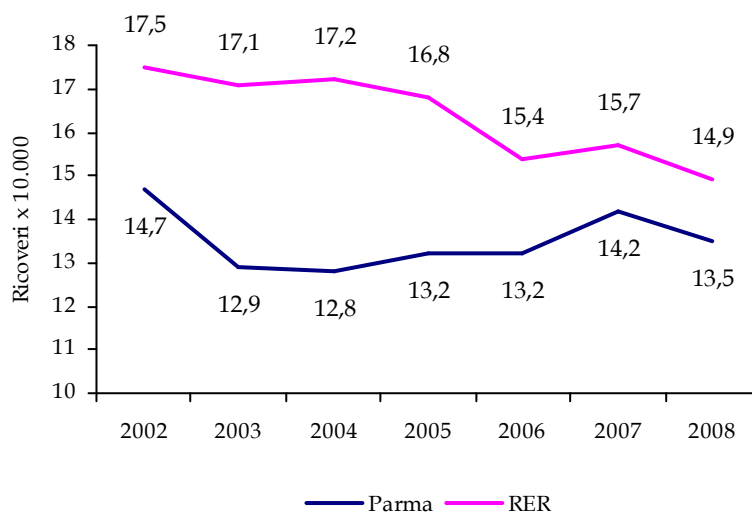
Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura volta alla tutela della salute mentale attraverso l'erogazione di prestazioni specifiche.

La salute, considerata come uno stato di pieno benessere psichico, somatico e sociale, richiama fattori biologici, psicologici, sociali: la salute mentale perciò, rappresenta un bene individuale, relazionale e collettivo alla cui determinazione è chiamata tutta la comunità. I percorsi di cura e riabilitazione debbono valorizzare azioni condivise da una pluralità di soggetti, istituzionali e non, cogliendo la complessità delle diverse forme di disagio e disadattamento psichico. Gli interventi prevedono percorsi assistenziali legati al consenso informato, alleanza terapeutica, valorizzazione della famiglia, del privato sociale, delle forme associative di auto-aiuto degli utenti. Obiettivo primario è l'implementazione di un sistema integrato che definisca i percorsi di cura e privilegi l'utilizzo in rete delle risorse.

L'offerta sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale si esplicita, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree della Salute Mentale Adulti, Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza nonché attraverso il Programma per le Dipendenze Patologiche, assicurando quell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria alla tutela degli obiettivi assistenziali e di salute mentale.

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

FIGURA 89 SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. – 2002–2008



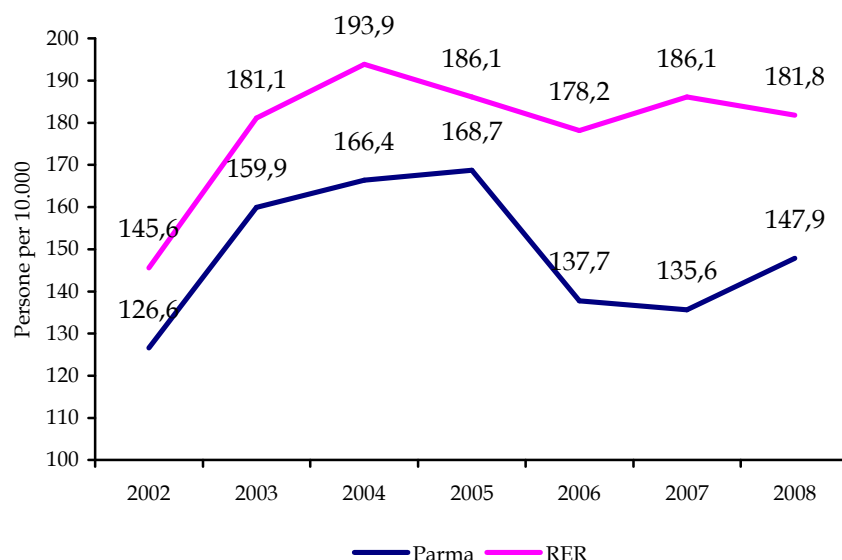
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura mostra un tasso di ospedalizzazione che si sta avvicinando alla media regionale (13,5).

FIGURA 90 TSO SU DIMESSI DAL REPARTO DI DIAGNOSI E CURA – 2002–2008



La percentuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO), sul totale dei dimessi, pari al 20,5 nel 2008, è superiore al valore regionale (14,1). Il dato, negli ultimi anni, ha un andamento parallelo ai valori medi regionali pur attestandosi su tassi più elevati (+6).

FIGURA 91 CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – 2002–2008



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2008 ha trattato quasi 5.400 persone con una percentuale di 147,9 per 10.000 abitanti; i dati evidenziano, dal 2002 al 2005, un progressivo aumento dell'utenza in carico ai Centri di Salute Mentale - sebbene con valori inferiori a quelli dell'utenza media regionale - per poi diminuire drasticamente, nel 2006, del 17,1% ed attestarsi su valori simili nel 2007. Tale riduzione non corrisponde a significative variazioni organizzative o della domanda e pertanto è verosimile che il fenomeno sia dovuto a modalità diverse di raccolta dei dati per l'avvio di un nuovo sistema informativo.

DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

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

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

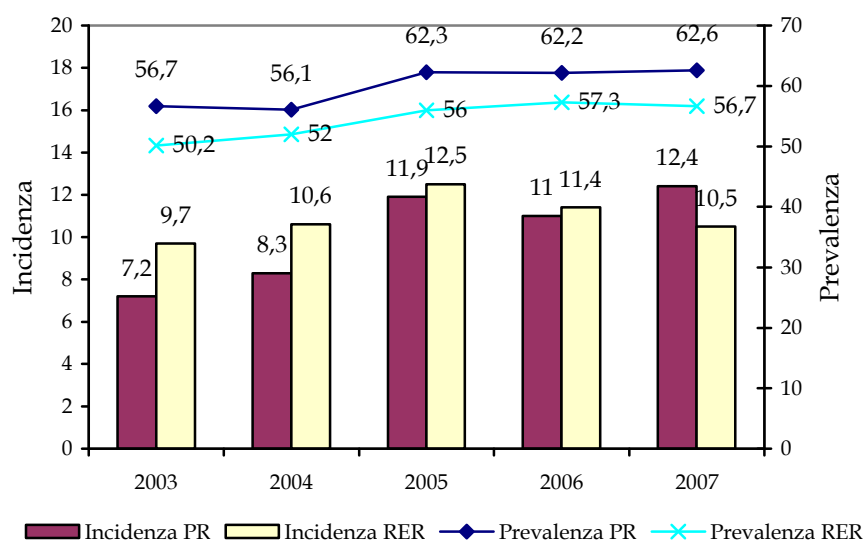
Nel corso del 2008 i Ser.T. di Parma e provincia hanno registrato un valore complessivamente stabile dell'utenza in carico in relazione all'anno precedente.

Si rileva un aumento dell'"utenza in carico dagli anni precedenti", indicativa di una buona capacità di ritenzione in trattamento (fattore di notevole importanza nell'area dipendenze: alla base degli aspetti relativi alla cura sta la costruzione di un rapporto di fiducia con i terapeuti, presupposto indispensabile per una buona compliance al trattamento e per il la prevenzione dei drop-out).

Si evidenzia, di contro, una diminuzione dei nuovi utenti presi in carico durante l'anno, diminuzione in parte spiegabile da variazioni effettuate nel sistema informativo.

E' necessario evidenziare, infatti, che nel 2008 è stato installato l'aggiornamento del sistema informativo in tutti i Ser.T. della Regione Emilia Romagna, fattore che, oltre ad implementare aspetti tecnici del sistema a favore di un miglioramento delle rilevazioni, ha comportato l'adeguamento a livello regionale delle modalità di inserimento dei dati e delle modalità di presa in carico dell'utenza in fase di registrazione. Per i Ser.T. di Parma e provincia questo ha comportato delle variazioni nella registrazione della presa in carico dell'utenza di primo accesso, che attualmente viene categorizzata come "utenza in carico" a seguito di un periodo maggiore di osservazione e diagnosi.

FIGURA 92 TOSSICODIPENDENTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 54 ANNI - 2003-2007



Il tasso di prevalenza (utenti in carico) dell'Ausl di Parma presenta valori più elevati rispetto al dato medio regionale, stabilizzandosi nell'ultimo anno al 62,6%; a livello regionale il dato (56,7%) è diminuito rispetto al 2007, dopo il significativo aumento tra il 2004-2005 (+ 7,1%) peraltro riscontrabile, nel medesimo periodo, anche a Parma e provincia (+ 11,1%).

Nel 2007 il tasso di incidenza (nuovi ingressi) a livello regionale denota una ulteriore contrazione, mentre a Parma è cresciuto di 1,4 casi.

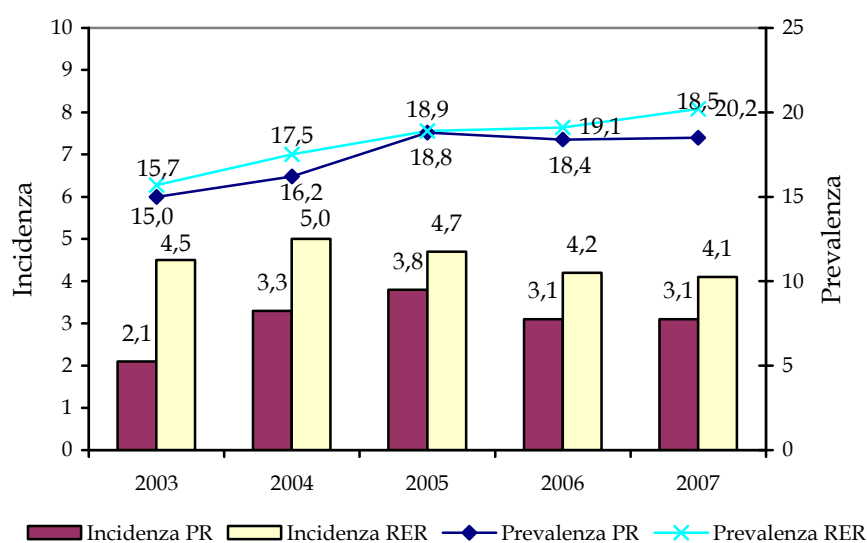
Complessivamente i dati di Parma e provincia evidenziano, negli anni, un andamento simile a quello regionale: nel 2007 il settore delle dipendenze da sostanze illegali da un lato evidenzia un

incremento del numero complessivo degli individui che iniziano la terapia, dall'altro il numero delle nuove domande, ovvero gli individui che entrano in terapia per la prima volta, è in diminuzione.

Nella realtà del consumo di sostanze stupefacenti vi sono diversi fattori concomitanti: è mutata la tipologia di utenza che accede ai SerT (negli anni '80 e '90 gli utenti erano in netta prevalenza eroinomani, oggi si delinea una nuova tipologia di trattamento, in particolare per uso problematico di cocaina), è aumentata la capacità dei servizi per le dipendenze di accogliere utenza multiproblematica (ad esempio con doppia diagnosi o con problematiche sociali gravi); si è differenziata l'offerta terapeutica verso interventi più settoriali e specialistici.

In tal senso i SerT hanno una maggiore capacità di "ritenere in trattamento" gli utenti tossicodipendenti grazie al miglioramento della qualità delle prestazioni e degli interventi negli anni (facilità di accesso ad un servizio, orari di apertura flessibili, disponibilità dei terapeuti, buon clima all'interno del servizio, presenza di regole chiare...); inoltre la presenza di pazienti tossicodipendenti gravi con caratteristiche di cronicità, richiede un trattamento continuo presso i SerT. al fine di recuperare le dimensioni sociali, sanitarie, familiari, psicologiche.

FIGURA 93 ALCOLISTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI - 2003-2007



La prevalenza del fenomeno alcolismo, dopo anni di progressivo aumento sia nella provincia di Parma che a livello regionale, si stabilizza a livello locale al 18,5 (valore regionale 20,2) confermando, da parte dei servizi, la capacità di accoglienza e di incisione sulle problematiche alcolcorrelate sul territorio, con strutture ad hoc in risposta a specifiche problematiche territoriali.

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

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

dipendenza da droghe, alcol... Come già specificato, nel corso degli anni i Servizi si sono modificati per accogliere le persone con nuovi e vecchi comportamenti problematici.

Per ciò che riguarda l'andamento dei nuovi utenti (coloro che formulano una richiesta di trattamento per la prima volta in un determinato SerT o Centro Alcolologico) dopo anni di crescita costante, nell'ultimo periodo si registra una flessione considerevole sia a Parma che in Regione: si tratta di un fenomeno di assestamento dopo l'aumento considerevole dei nuovi utenti avvenuto in precedenza, in particolare tra il 2004-2005 per quanto concerne i tossicodipendenti. Anche il calo riscontrato tra i nuovi alcolisti in carico è attribuibile ad un fenomeno di assestamento dopo l'impulso all'accesso ai servizi degli anni precedenti.

A Parma, in un luogo discreto e protetto, è situata la struttura "Mondo Teen", formata da una équipe di specialisti che si dedica all'accoglienza e alla cura di ragazzi/e con età compresa tra i 15 e i 20 anni che usano e/o abusano di sostanze stupefacenti. I professionisti svolgono attività di sostegno psicologico ai familiari dei ragazzi tossicodipendenti, così come di supporto alla funzione educativa genitoriale; inoltre danno consulenza agli insegnanti anche in merito alla prevenzione del disagio giovanile nell'ambito delle attività di prevenzione primaria. L'obiettivo principale è quello di tenere diversificata l'utenza più giovane e spesso occasionale da quella conclamata e storica, offrendo al contempo percorsi terapeutici differenziati. Nel 2007 sono stati presi in carico 40 soggetti con un'età media di 20 anni.

ASSISTENZA PROTESICA

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

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

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

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

Protesica da autorizzazioni:

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

Materiali per diabetici

- strisce automonitoraggio domiciliare della glicemia
- microinfusori programmabili di insulina

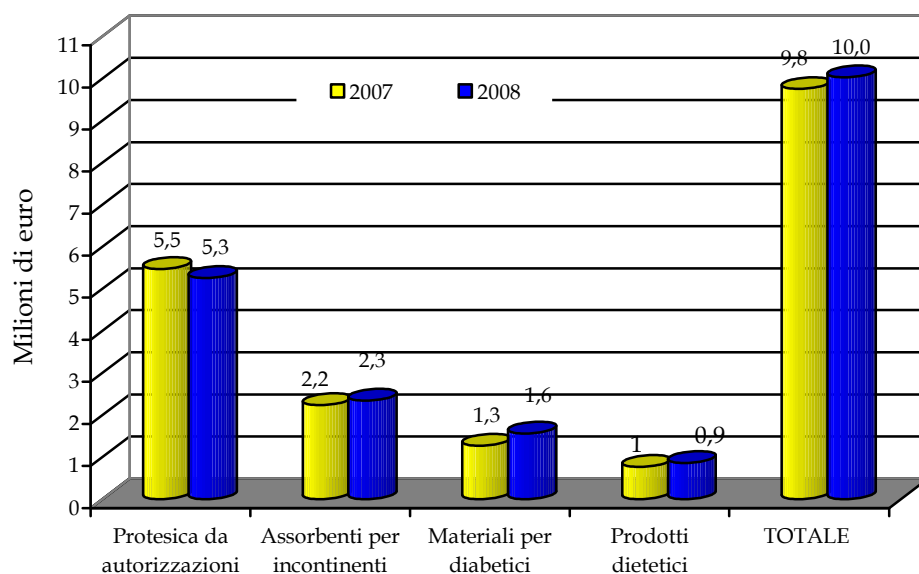
Prodotti dietetici

- Prodotti alimentari per persone affette da celiachia.

Spesa aziendale per macrocategorie

Come si può osservare dal grafico, a livello aziendale si registra un incremento di spesa pari al 2,8%, ma la variazione si differenzia notevolmente nell'ambito delle macrocategorie considerate. A fronte di una diminuzione pari al 3,9% della protesica da autorizzazioni, si osserva un aumento nelle altre categorie, così rappresentato: 4,7% per gli assorbenti per incontinenti, 12,3% per i prodotti dietetici, 22,6% per i materiali per diabetici.

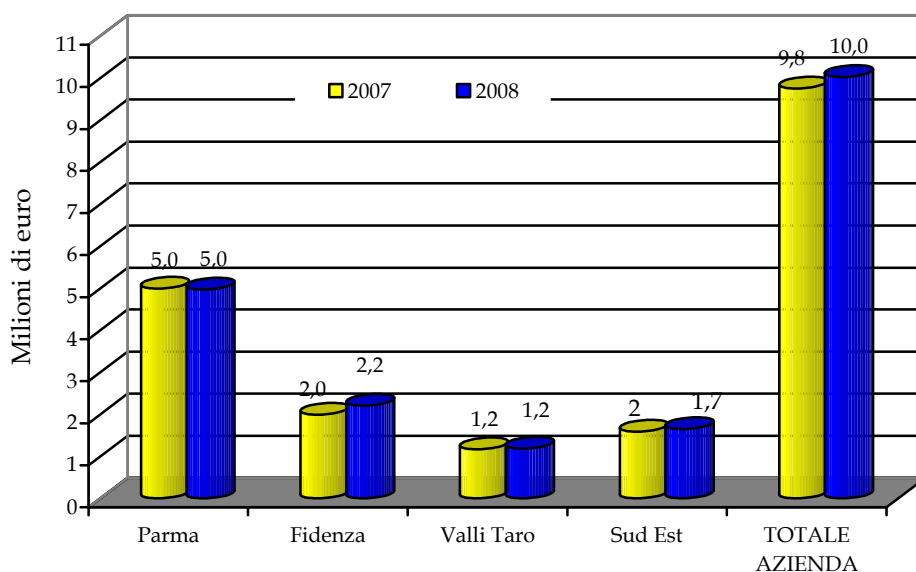
FIGURA 94 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE - ANNI 2007-2008



Spesa per Distretto

Nel grafico sotto si evidenzia la spesa complessiva per l'Assistenza Protesica ed Integrativa, suddivisa per Distretto, composta dalle stesse macrocategorie già prese in considerazione per l'analisi della spesa a livello aziendale.

FIGURA 95 SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2007–2008



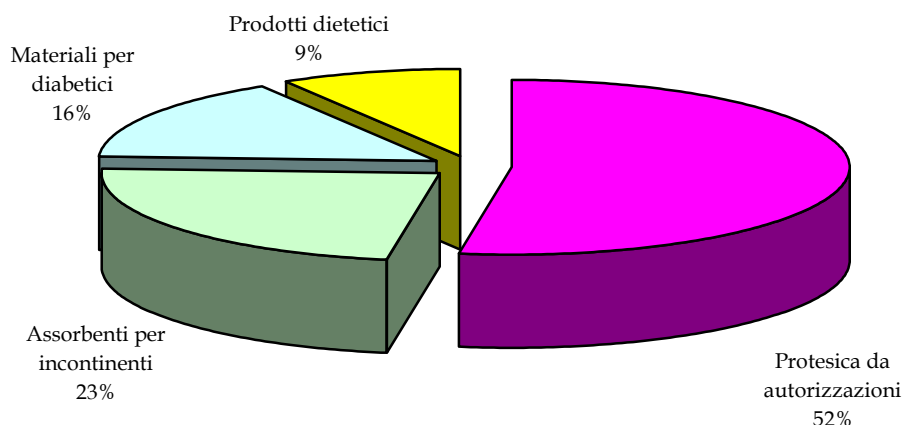
Come si può osservare, è nel Distretto di Fidenza che si registra l'aumento più significativo di spesa, pari al 10,7%, seguito dal Sud Est, dove si registra un aumento del 3,9% e un aumento del 1,4% nel Distretto Valli Taro, mentre nel Distretto di Parma la spesa rimane praticamente invariata.

Al fine di comprendere meglio, per quanto non in maniera esaustiva, il significato dell'andamento della spesa a livello distrettuale, appare utile scomporre l'analisi per le singole voci all'interno delle macrocategorie, accompagnata da un'analisi dell'andamento demografico della popolazione anziana, dei soggetti in carico in ADI e della spesa pro capite. Quest'ultimo dato, essendo calcolato sul totale della popolazione e non su uno specifico target, difficilmente definibile, assume valore indicativo, ma comunque utile all'analisi:

- **Parma:** la spesa per la protesica da autorizzazioni diminuisce complessivamente dell'8,8%, con particolare riferimento agli ausili riciclabili (-16,6%) e agli apparecchi acustici (-11,7%); complessivamente la spesa pro capite, del valore di € 23,5, diminuisce del 2,3% rispetto al 2007.
- **Fidenza:** aumenta dell'8,3% la spesa complessiva della protesica da autorizzazioni, in particolare quella riferita allo standard riciclabile che vede un aumento pari al 56%. La spesa pro capite, pari a € 21,8, aumenta dell'8,8% rispetto all'anno precedente (€ 20). A tal proposito vi è da dire che l'aumento registrato nel 2008 evidenzia una tendenza di questo territorio ad avvicinarsi alla spesa degli altri Distretti, rispetto ai quali si mantiene a livelli inferiori.
- **Sud Est:** diminuisce dello 0,4% la spesa per la protesica da autorizzazioni, in particolare quella per lo standard riciclabile (-11%), mentre la spesa pro capite, pari a € 22,6, aumenta del 2%.
- **Valli Taro e Ceno:** diminuisce del 5,5% la spesa per la protesica da autorizzazioni, in particolare quella per gli apparecchi acustici e per gli ausili riciclabili (- 13%); da segnalare che per quanto riguarda la spesa pro capite, questo Distretto è quello che registra il valore in assoluto più alto a livello provinciale, pari a € 25,5, con un aumento dello 0,9% nel 2008.

La figura seguente mostra la distribuzione della spesa per macrocategorie nell'anno 2008.

FIGURA 96 DISTRIBUZIONE % SPESA PER MACROCATEGORIE – ANNO 2008

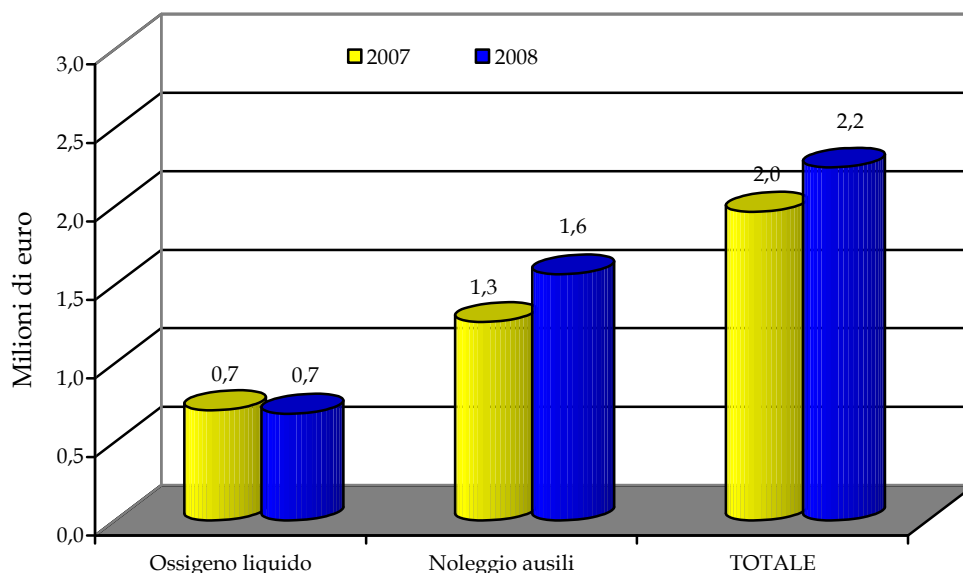


Spesa per ossigenoterapia domiciliare

Oltre alle voci prese in considerazione, al fine di rappresentare in modo completo la gamma di interventi ricompresi nell'area dell'Assistenza Protesica ed Integrativa, si aggiunge la ossigenoterapia domiciliare, che si compone di due voci principali: la fornitura di ossigeno liquido e il noleggio di ausili (ventilatori, aspiratori, ecc.).

Come si può osservare dal grafico, nel 2008 vi è stato un aumento complessivo della spesa pari al 14,4%, dato da una diminuzione del 3,1% per quanto riguarda la fornitura di ossigeno liquido e da un aumento del 24% per il noleggio degli ausili.

FIGURA 97 SPESA PER OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE – ANNO 2008



ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2008 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2007 raggiungendo la cifra di 73.954.265 € al netto sia della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che degli sconti applicati dalle case farmaceutiche. Il risparmio rispetto all'anno precedente è stato pertanto pari a circa 2.800.000 €, pari al 3,6%. diversamente rispetto al 2007, quando la riduzione della spesa farmaceutica era stata quasi doppia rispetto a quella regionale, nel 2008 il risultato dell'Azienda USL è inferiore rispetto alla media regionale (-5,5 %). È ipotizzabile che tale riduzione di spesa sia dovuta, tra le altre, alla scadenza, nel corso del 2008, del brevetto di alcuni principi attivi che negli ultimi anni occupavano le prime posizioni in termini di spesa (amlodipina, ramipril, omeprazolo) ed ad una maggior appropriatezza prescrittiva da parte dei medici in fase di scelta del farmaco.

Per quanto riguarda infine l'erogazione diretta di farmaci, sia direttamente da parte dell'Azienda che attraverso la distribuzione per conto, la spesa è cresciuta ulteriormente di circa 4,7 milioni di €; questo anche grazie al potenziamento del programma aziendale ed alla campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori. Questo incremento è stato superiore rispetto alla riduzione osservata per la spesa convenzionata determinando così un aumento complessivo della spesa farmaceutica territoriale (distribuzione tramite farmaci aperte al pubblico e distribuzione diretta) dell'1,9%, di poco superiore all'aumento regionale del 2,1%.

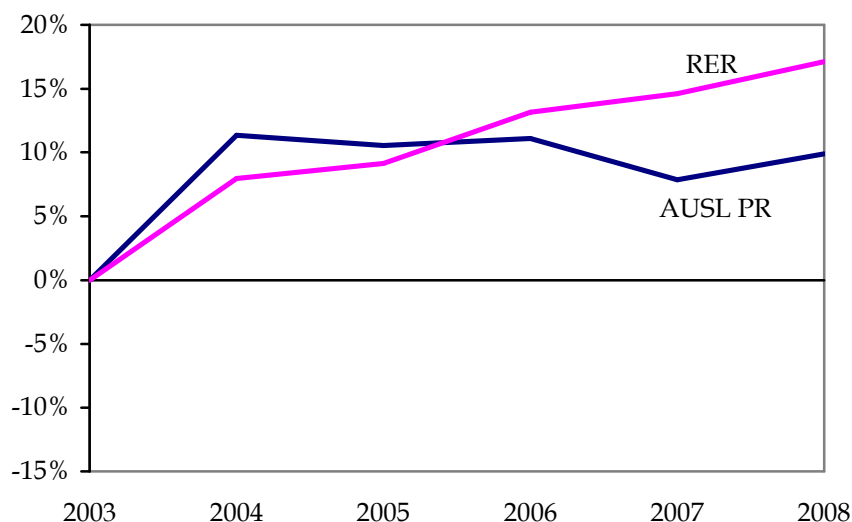
TABELLA 93 SPESA FARMACEUTICA DISTINTA PER QUOTA DISTRIBUITA TRAMITE FARMACIE CONVENZIONATE E QUOTA A DISTRIBUZIONE DIRETTA

	Spesa lorda convenzionata	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa totale a favore dei cittadini (no ricovero)
2005				
Parma	90.599.905	83.434.546	22.274.910	105.709.456
Regione	843.381.619	778.666.779	205.908.467	984.575.246
2006				
Parma	85.776.282	81.225.893	25.018.754	106.244.648
Regione	836.379.195	793.383.348	227.579.992	1.020.963.340
2007				
Parma	81.549.731	76.747.157	26.408.237	103.155.394
Regione	817.532.282	769.734.202	264.235.787	1.033.969.988
2008				
Parma	79.301.364	73.954.265	31.131.666	105.085.931
Regione	799.268.311	745.168.293	311.311.524	1.056.479.817

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

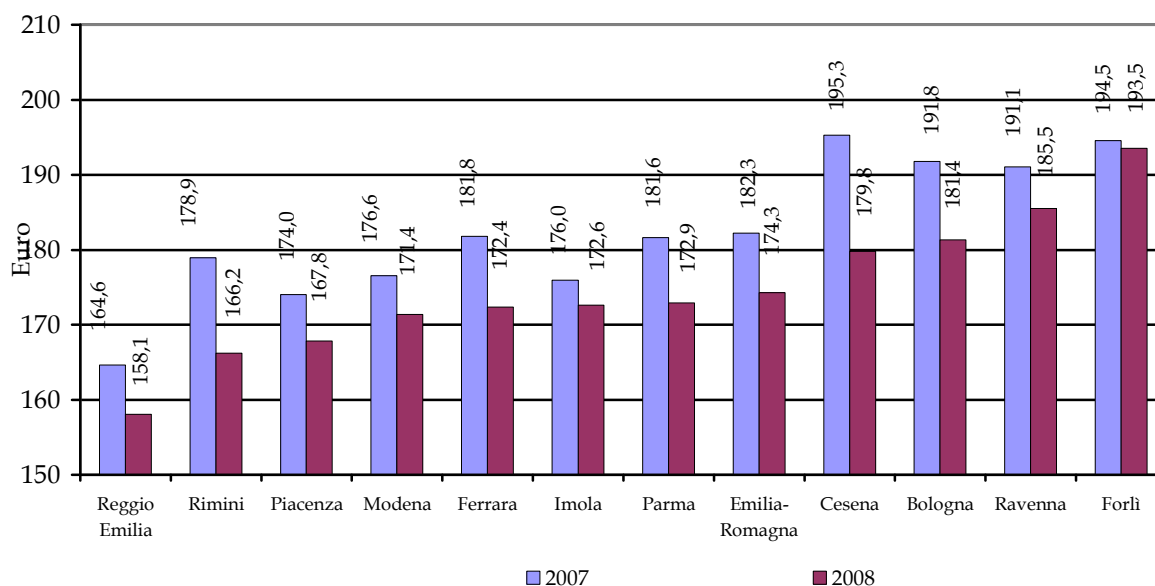
La Figura riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2003 ed evidenzia come dal 2004 l'Azienda sia riuscita a stabilizzare ed invertire il trend di crescita che aveva caratterizzato gli anni successivi al 2000, riuscendo nel 2006 a raggiungere una percentuale di crescita inferiore a quella registrata dalla Regione nel medesimo periodo.

FIGURA 98 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2003-2008



La spesa farmaceutica convenzionata per assistito è ulteriormente scesa fino a raggiungere il livello di 172,90 €, una riduzione di 8,7 € rispetto allo scorso anno. L'Azienda USL di Parma, rimane tra le Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, anche se quest'anno i migliori risultati sono stati ottenuti dall'Azienda USL di Cesena (-15,4 €) e di Rimini (-12,7 €) mentre Forlì è quella che ha registrato la riduzione minore (-1,0 €).

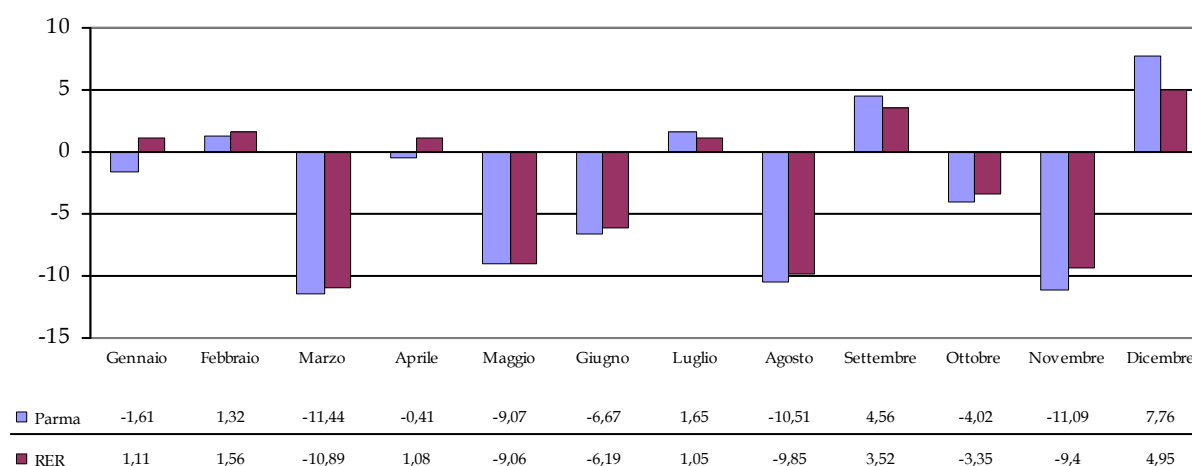
FIGURA 99 SPESA FARMACEUTICA PER ASSISTITO PESATO -2007-2008



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica evidenzia un andamento sostanzialmente sovrapponibile tra la spesa aziendale e quella regionale. Da segnalare i mesi di settembre e dicembre entrambi caratterizzati da un aumento significativo di spesa rispetto all'anno precedente:

FIGURA 100 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE – ANNO 2008



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

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2008, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche: in particolare i dati evidenziano come sia ancora necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti maggiormente critici quali i farmaci per disturbi correlati all'acidità gastrica (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli legati alla terapia cardiaca e quelli per il sistema renina-angiotensina (es. trattamento dell'ipertensione).

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale rappresenta, a livello aziendale, il sistema di cure principale per numero e tipologia di prestazioni: ogni anno, attraverso l'erogazione diretta, l'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera, i contratti con il Privato Accreditato e la mobilità passiva (infra ed extraregionale) vengono assicurate ai cittadini della provincia di Parma 6.664.000 prestazioni.

Data la complessità e per consentirne una valutazione appropriata, l'analisi di questo settore è stata sviluppata mettendo in relazione il sistema di offerta, i consumi ed i tempi di attesa.

Per quanto riguarda l'offerta di prestazioni, nella provincia coesistono situazioni diverse tra i Distretti.

- I Distretti Valli Taro e Ceno e Fidenza, all'interno dei quali sono presenti sia strutture specialistiche territoriali che Presidi Ospedalieri, sono in grado di offrire ai propri residenti un'offerta di prestazioni complessivamente sufficiente rispetto al fabbisogno.
- Il Distretto di Parma, all'interno del quale si trovano sia l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che numerose strutture pubbliche e private accreditate, costituisce il bacino gravitazionale di maggior offerta e produzione provinciale soprattutto per le prestazioni di secondo livello.
- Il Distretto Sud-Est, con una distribuzione geografica che si estende dalla zona sud di Parma all'alta montagna est, risulta abbastanza condizionato dalla viabilità e da un sistema di trasporti che vede come punto di riferimento il capoluogo provinciale. Inoltre, l'assenza di una

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

Prestazioni erogate

Il sistema di erogazione fa riferimento al CUP provinciale, banca dati contenente tutta l'offerta pubblica e gran parte dell'offerta delle strutture private accreditate. Di seguito sono indicate le prestazioni fornite in ambito provinciale nel periodo 2006-2008 che evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

TABELLA 94 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2006–2008

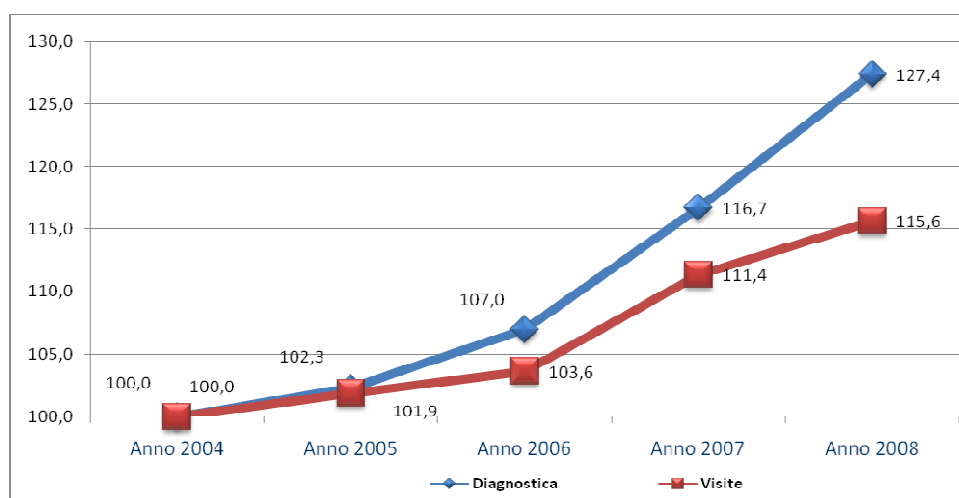
		2006	2007	2008
Distretto di erogazione	Tipologia	N	N	N
PARMA	Diagnostica	110.020	136.382	160.380
	Laboratorio	996.079	1.075.461	1.119.843
	Riabilitazione	67.414	67.996	87.974
	Terapeutiche	32.206	44.998	42.685
	Visite	130.640	157.315	164.045
	<i>Totale</i>	1.336.359	1.482.152	1.574.927
FIDENZA	Diagnostica	108.377	114.237	122.346
	Laboratorio	838.270	852.599	885.330
	Riabilitazione	35.742	36.366	41.286
	Terapeutiche	35.618	35.861	37.008
	Visite	122.742	134.681	143.695
	<i>Totale</i>	1.140.749	1.173.744	1.229.665
VALTARO VALCENO	Diagnostica	33.329	34.907	39.198
	Laboratorio	427.300	408.940	434.824
	Riabilitazione	13.636	10.865	16.663
	Terapeutiche	9.773	18.926	18.594
	Visite	55.650	63.658	68.233
	<i>Totale</i>	539.688	537.296	577.512
SUD EST	Diagnostica	16.753	21.968	36.115
	Laboratorio	320.020	383.417	394.848
	Riabilitazione	10.104	10.646	13.033
	Terapeutiche	3.910	8.906	10.497
	Visite	20.563	30.489	37.462
	<i>Totale</i>	371.350	455.426	491.955
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	286.592	297.109	304.695
	Laboratorio	1.966.762	1.906.942	1.910.242
	Riabilitazione	23.566	20.833	20.055
	Terapeutiche	112.568	100.964	103.089
	Visite	439.480	440.160	451.913
	<i>Totale</i>	2.828.968	2.766.008	2.789.994
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	555.071	604.603	662.734
	Laboratorio	4.548.431	4.627.359	4.745.087
	Riabilitazione	150.462	146.706	179.011
	Terapeutiche	194.075	209.655	211.873

	Visite	769.075	826.303	865.348
	Totale	6.217.114	6.414.626	6.664.053

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

Nel raffronto 2006-2008, in linea con la programmazione svolta, si sono registrati sensibili incrementi di attività nell'area della diagnostica ed in quella delle visite; alcuni aumenti anche nella riabilitazione, mentre per le altre tipologie si può osservare un consolidamento (es. terapeutiche).

FIGURA 101 INCREMENTI PERCENTUALI DELL'ATTIVITÀ EROGATA IN AMBITO PROVINCIALE: DIAGNOSTICA E VISITE (NUMERI INDICE)

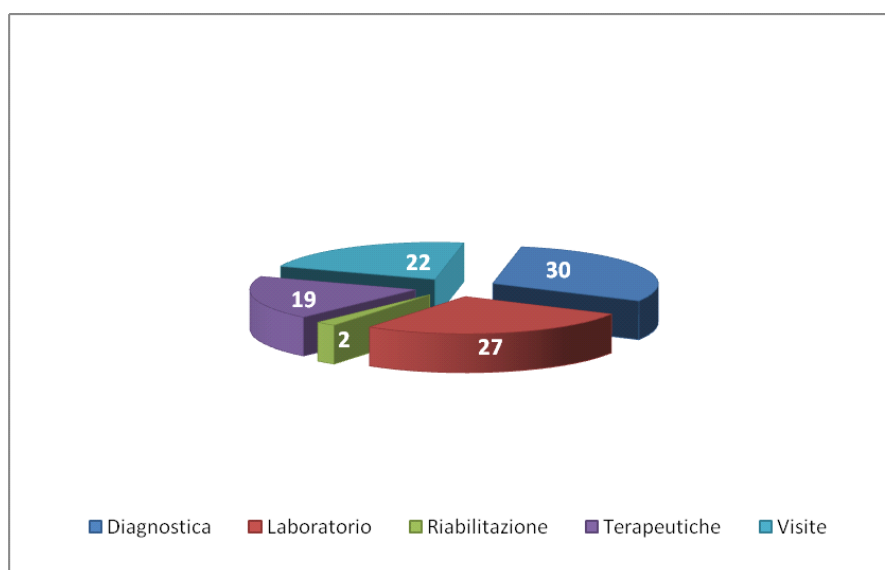


Analizzando il trend della produzione provinciale si può osservare come, in sinergia con le indicazioni del Piano Attuativo Locale, vi sia stato un sensibile incremento di prestazioni sia per la diagnostica (+ 27,4%) che per le visite (+15,6%) a fronte di volumi produttivi già elevati.

TABELLA 95 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – IMPORTO TARIFFARIO PRESTAZIONI EROGATE – 2006–2008

Distretto di erogazione	Tipologia	2006 €	2007 €	2008 €
PARMA	Diagnostica	3.396.264	4.736.679	5.567.373
	Laboratorio	3.371.282	3.901.902	4.065.081
	Riabilitazione	508.052	516.100	686.635
	Terapeutiche	3.148.820	4.433.327	4.465.891
	Visite	2.887.850	3.474.721	3.622.845
	<i>Totale</i>	13.312.268	17.062.729	18.407.825
FIDENZA	Diagnostica	3.731.304	4.206.411	4.555.134
	Laboratorio	2.891.817	3.074.032	3.204.227
	Riabilitazione	288.068	299.198	341.668
	Terapeutiche	2.121.876	2.346.563	2.417.960
	Visite	2.711.787	2.947.421	3.171.410
	<i>Totale</i>	11.744.852	12.873.625	13.690.399
VALTARO VALCENO	Diagnostica	949.005	1.036.709	1.179.049
	Laboratorio	1.460.601	1.425.294	1.499.040
	Riabilitazione	106.042	91.348	132.441
	Terapeutiche	858.510	1.507.608	1.378.886
	Visite	1.253.710	1.417.659	1.501.187
	<i>Totale</i>	4.627.868	5.478.618	5.690.603
SUD EST	Diagnostica	430.708	798.453	1.293.348
	Laboratorio	1.019.061	1.329.243	1.365.651
	Riabilitazione	79.746	85.961	100.979
	Terapeutiche	370.981	1.174.612	1.258.168
	Visite	457.864	679.600	829.767
	<i>Totale</i>	2.358.360	4.067.869	4.847.913
Azienda Usl (totale)	Diagnostica	8.507.282	10.778.252	12.594.904
	Laboratorio	8.742.761	9.730.471	10.133.999
	Riabilitazione	981.907	992.607	1.261.723
	Terapeutiche	6.500.187	9.462.110	9.520.905
	Visite	7.311.211	8.519.401	9.125.209
	<i>Totale</i>	32.043.348	39.482.839	42.636.740
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	11.688.960	11.925.295	12.551.316
	Laboratorio	12.678.304	12.754.233	13.285.576
	Riabilitazione	203.638	178.746	163.871
	Terapeutiche	7.235.536	6.680.645	6.454.225
	Visite	9.694.378	9.580.015	9.754.609
	<i>Totale</i>	41.500.816	41.118.934	42.209.598
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	20.196.241	22.703.547	25.146.220
	Laboratorio	21.421.065	22.484.704	23.419.575
	Riabilitazione	1.185.545	1.171.352	1.425.594
	Terapeutiche	13.735.723	16.142.754	15.975.131
	Visite	17.005.589	18.099.416	18.879.818
	<i>Totale</i>	73.544.164	80.601.773	84.846.337

FIGURA 102 DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER MACROLIVELLI DI PRESTAZIONI EROGATE



Consumi

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

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

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

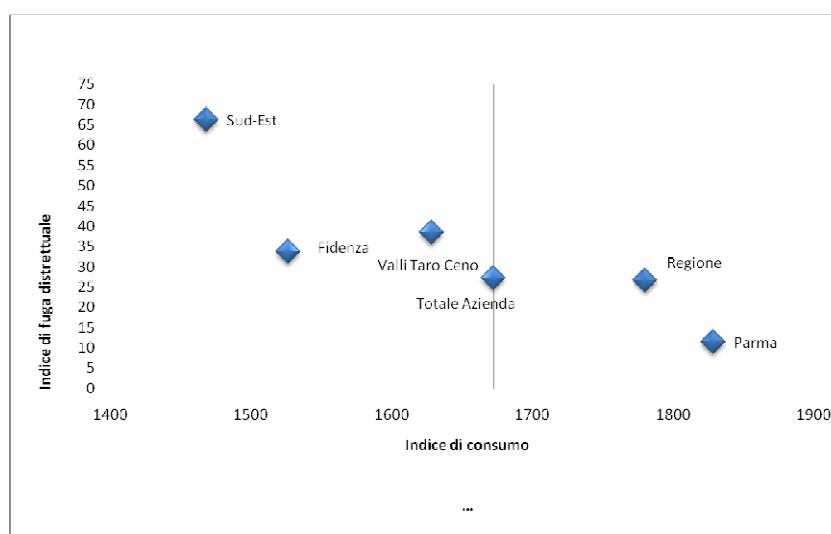
Prestazioni Di Base

TABELLA 96 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI DI BASE

Distretto	2006		2007		2008	
	IC stand.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.542	12,44	1.685	11,47	1.828	11,41
Fidenza	1.393	32,86	1.443	33,02	1.526	33,65
Valli Taro Ceno	1.422	38,91	1.482	40,9	1.628	38,46
Sud-Est	1.142	75,4	1.244	74,07	1.468	66,19
Totale Azienda	1.426	28,5	1.530	27,99	1.672	27,18
Regione	1.677	25,63	1.733	26,12	1.780	26,62

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

FIGURA 103 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – PRESTAZIONI DI BASE



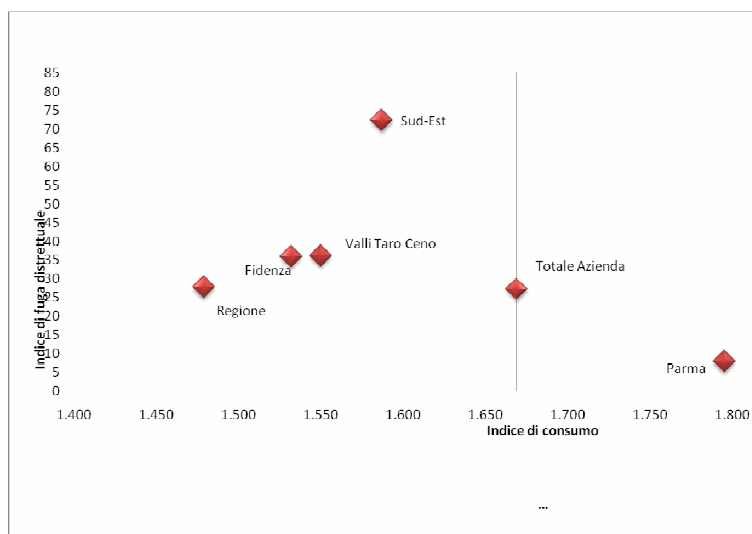
Nel nostro caso si confermano consumi contenuti in quasi tutti i Distretti: i dati più elevati relativi al Distretto di Parma sono leggermente al di sopra della media regionale.

Visite

TABELLA 97 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.605	5,92	8,07	1.720	5,35	7,83	1.795	5,15	7,94
Fidenza	1.391	6,34	38,46	1.466	6,51	36,91	1.532	6,65	35,97
Valli Taro Ceno	1.351	3,58	40,5	1.475	3,66	37,5	1.550	3,39	36,15
Sud-Est	1.325	8,71	81,21	1.472	7,67	75,58	1.587	7,54	72,3
Totale Azienda	1.478	6,18	29,14	1.589	5,78	27,81	1.669	5,66	27,26
Regione	1.405	7,68	27,05	1.444	7,77	27,12	1.479	7,84	27,8

FIGURA 104 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – VISITE



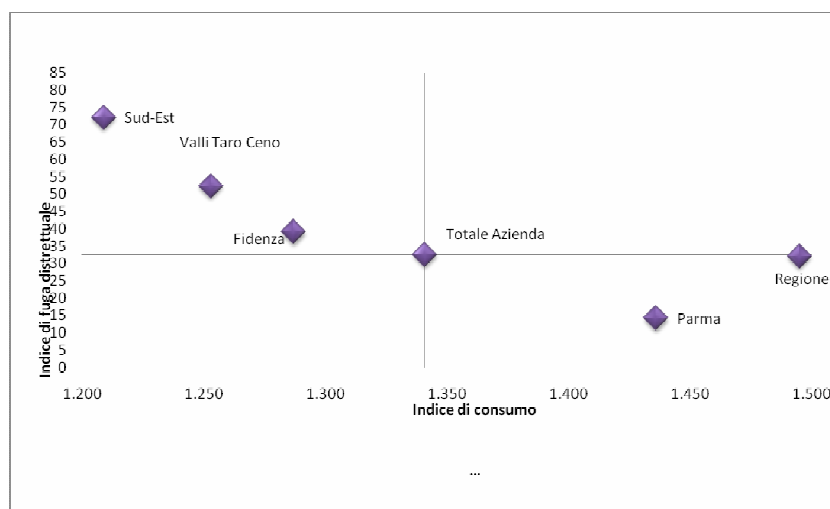
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma.

Diagnostica

TABELLA 98 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	1.187	8,2	14,2	1.306	8,12	14,45	1.436	7,79	14,22
Fidenza	1.121	10	38,58	1.194	10,38	38,42	1.287	10	39,04
Valli Taro Ceno	1.054	5,49	52,33	1.153	5,88	54,3	1.253	5,51	52,33
Sud-Est	900	10,63	83,95	990	10,58	81,32	1.209	8,98	72,12
Totale Azienda	1.108	8,67	33,54	1.208	8,74	33,48	1.341	8,23	32,55
Regione	1.361	9,39	30,96	1.449	9,34	31,59	1.495	9,41	32,04

FIGURA 105 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – DIAGNOSTICA



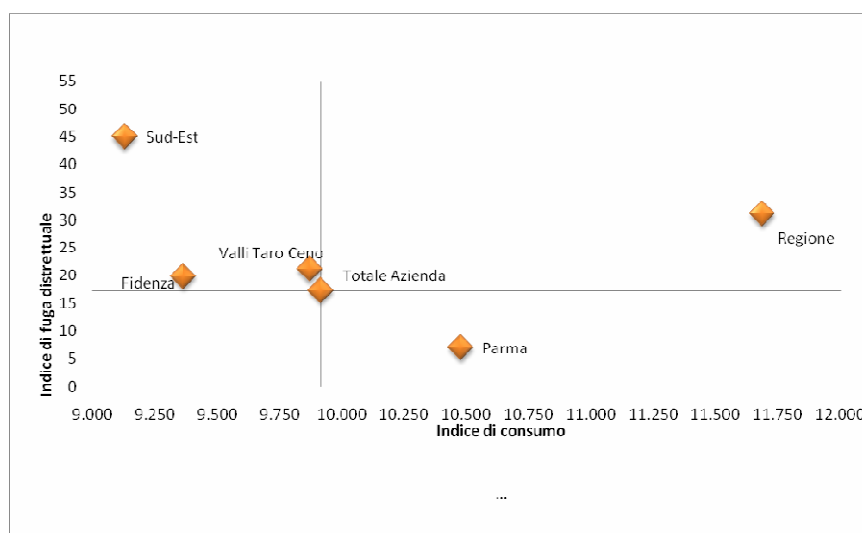
Gli indici di consumo relativi alla diagnostica mettono in luce valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità dal Distretto Sud-Est (72,12% prevalentemente verso il Distretto di Parma) e nel Distretto Valli Taro e Ceno (52,33%).

Laboratorio

TABELLA 99 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	10.178	3,54	5,96	10.265	3,64	6,53	10.477	3,55	7,04
Fidenza	9.242	3,18	19,51	9.241	3,85	20,1	9.364	4,11	19,89
Valli Taro Ceno	9.517	2,78	20,21	9.511	2,83	22,07	9.870	2,88	21,14
Sud-Est	8.858	6,59	53,11	9.013	6,35	46,02	9.128	6,89	45,04
Totale Azienda	9.663	3,84	17,78	9.729	4,01	17,4	9.916	4,11	17,33
Regione	10.925	4,52	27,21	10.781	4,61	27,91	11.688	4,46	31,09

FIGURA 106 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – LABORATORIO



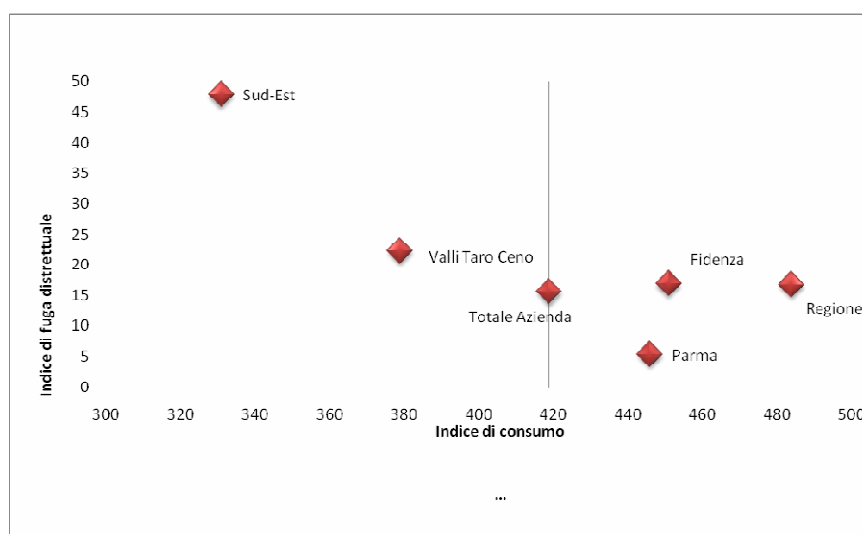
Gli indici di consumo relativi al Laboratorio evidenziano valori al di sotto della media regionale in tutti i Distretti (2008).

Riabilitazione

TABELLA 100 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: RIABILITAZIONE

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	365	2,73	4,67	365	2,59	4,62	446	2,93	5,35
Fidenza	409	5,2	17,32	388	6,34	16,24	451	4,83	16,91
Valli Taro Ceno	287	2,1	20,26	263	4,6	28,53	379	3,25	22,31
Sud-Est	301	4,95	55	279	3,96	49,46	331	3,9	47,86
Totale Azienda	356	3,65	16,53	344	3,94	15,86	419	3,57	15,57
Regione	517	3,96	16,6	482	3,99	16,57	484	4,13	16,72

FIGURA 107 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – RIABILITAZIONE



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

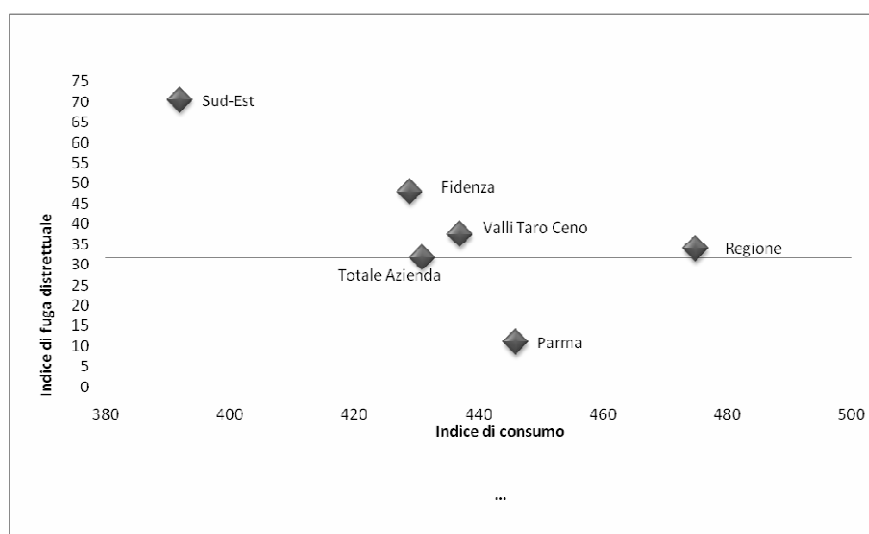
La mobilità interdistrettuale si verifica con maggiore consistenza da parte dei residenti dei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno.

Prestazioni Terapeutiche

TABELLA 101 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI TERAPEUTICHE

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	419	9,17	11,5	453	8,61	12,13	446	7,38	11,04
Fidenza	381	9,96	48,99	388	11,43	49,61	429	11,95	47,97
Valli Taro Ceno	322	7,61	53,71	454	4,27	34,3	437	4,5	37,4
Sud-Est	334	12,85	84,65	376	7,02	72,41	392	7,49	70,47
Totale Azienda	383	9,74	34,94	424	8,45	31,84	431	8,12	31,81
Regione	461	10,56	33,12	465	10,43	32,92	475	10,33	33,93

FIGURA 108 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – PRESTAZIONI TERAPEUTICHE



Gli indici di consumo relativi alle prestazioni terapeutiche evidenziano un trend stabile e valori distrettuali al di sotto del livello medio regionale.

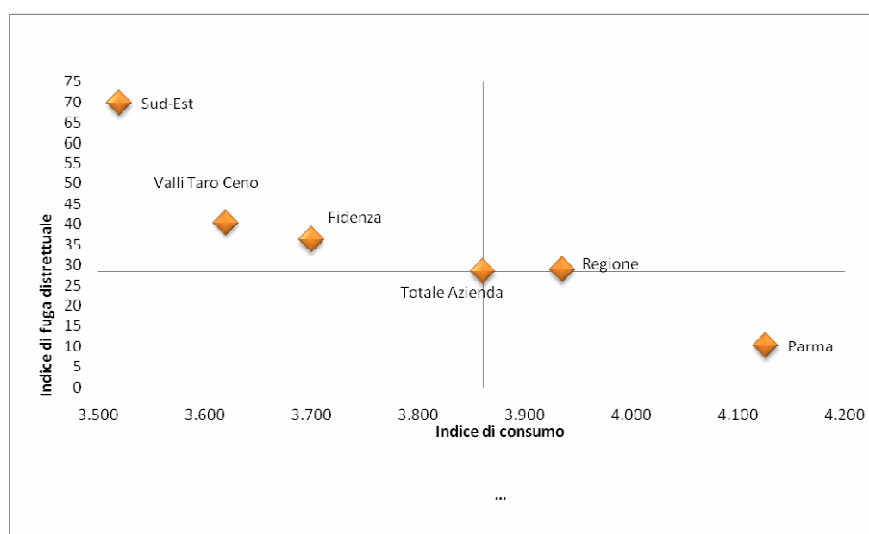
Gli indici di fuga più alti si manifestano nei distretti di Fidenza e Sud-Est.

Prestazioni Totali (Tranne Laboratorio)

TABELLA 102 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: PRESTAZIONI TOTALI (TRANNE LABORATORIO)

Distretto	2006			2007			2008		
	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.	IC stand.	I. fuga fuori aziend.	I. fuga fuori distr.
Parma	3.580	6,8	10,22	3.846	6,46	10,32	4.126	6,12	10,22
Fidenza	3.304	7,89	37,15	3.437	8,44	36,6	3.700	8,26	36,18
Valli Taro Ceno	3.015	4,55	44,06	3.345	4,62	42,08	3.620	4,28	40,4
Sud-Est	2.862	9,47	79,77	3.118	8,2	74,69	3.520	7,7	69,76
Totale Azienda	3.326	7,2	29,97	3.566	6,97	29,09	3.861	6,64	28,37
Regione	3.747	8,2	27,82	3.842	8,24	28,21	3.935	8,32	28,82

FIGURA 109 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – PRESTAZIONI TOTALI (TRANNE LABORATORIO)

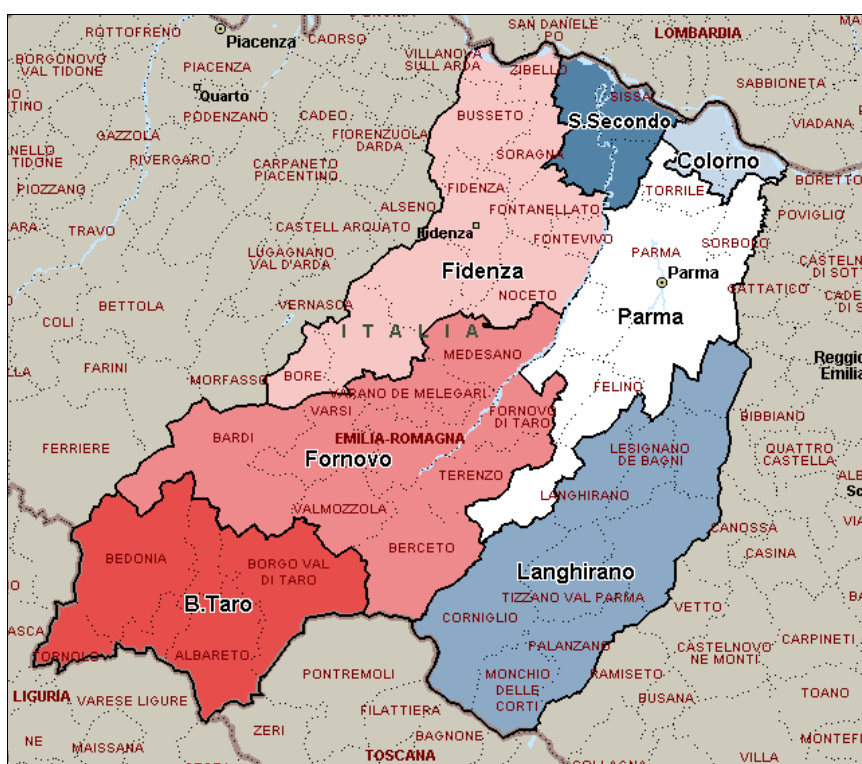


Prendendo come riferimento tutte le prestazioni consumate (escludendo il Laboratorio) si osserva un graduale contenimento dei consumi entro lo standard sebbene, nel Distretto di Parma, i consumi siano superiori rispetto a quelli regionali.

Sintesi Sui Consumi

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

FIGURA 110 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI BACINI DI GRAVITAZIONE DEGLI UTENTI

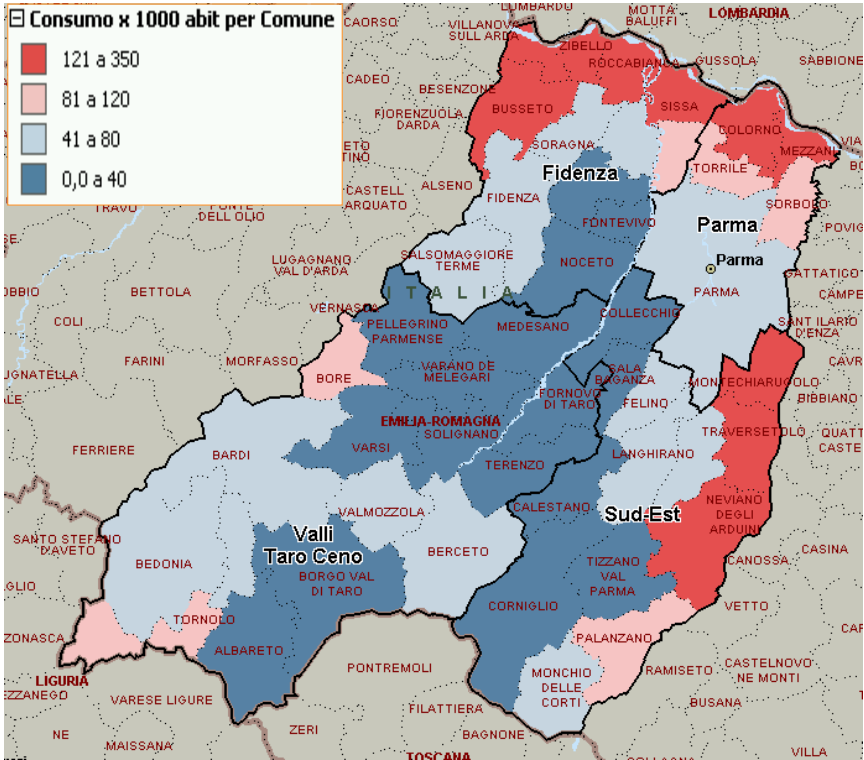


La rappresentazione grafica mette in luce come il Distretto di Parma, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera, abbia un bacino di afferenza più ampio dei confini amministrativi, mentre in altri casi si identificano sub-aree di afferenza nei vari Distretti in relazione alla polarizzazione delle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

Indici Di Consumo In Mobilità Passiva

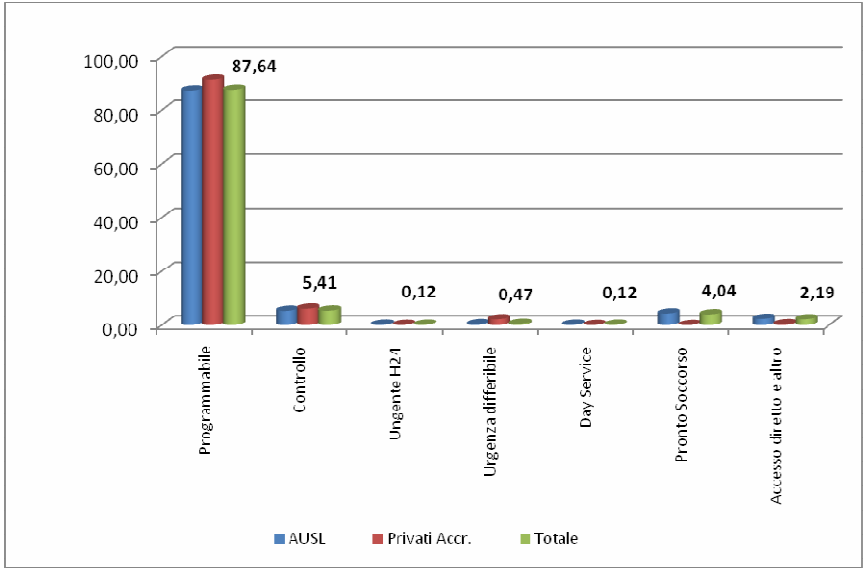
I dati di mobilità passiva (peraltro non rilevanti) evidenziano specifiche criticità relative alle aree di confine con particolare riferimento ai comuni del Distretto Sud-Est (privo di strutture ospedaliere pubbliche) che gravitano su Montecchio Emilia e per l'area rivierasca del Po che si trova vicina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

FIGURA 111 INDICE DI CONSUMO GREZZO DI PRESTAZIONI IN MOBILITÀ PASSIVA – 2008 (2007 PER LA MOBILITÀ INTERREGIONALE)



Modalità di accesso

FIGURA 112 PRESTAZIONI EROGATE NEL 2008 PER MODALITÀ DI ACCESSO



Analizzando i dati di attività per modalità di accesso, relativamente all'ambito dell'Azienda Usi (comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate) si evidenzia una forte

concentrazione di prestazioni programmabili rispetto ai controlli Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero sono il 4,04%.

Tempi di attesa

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

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

Dal 2006 i tempi di attesa prospettici vengono rilevati tutti i giorni e storicizzati in un archivio informatico al fine di consentire una valutazione complessiva dell'andamento.

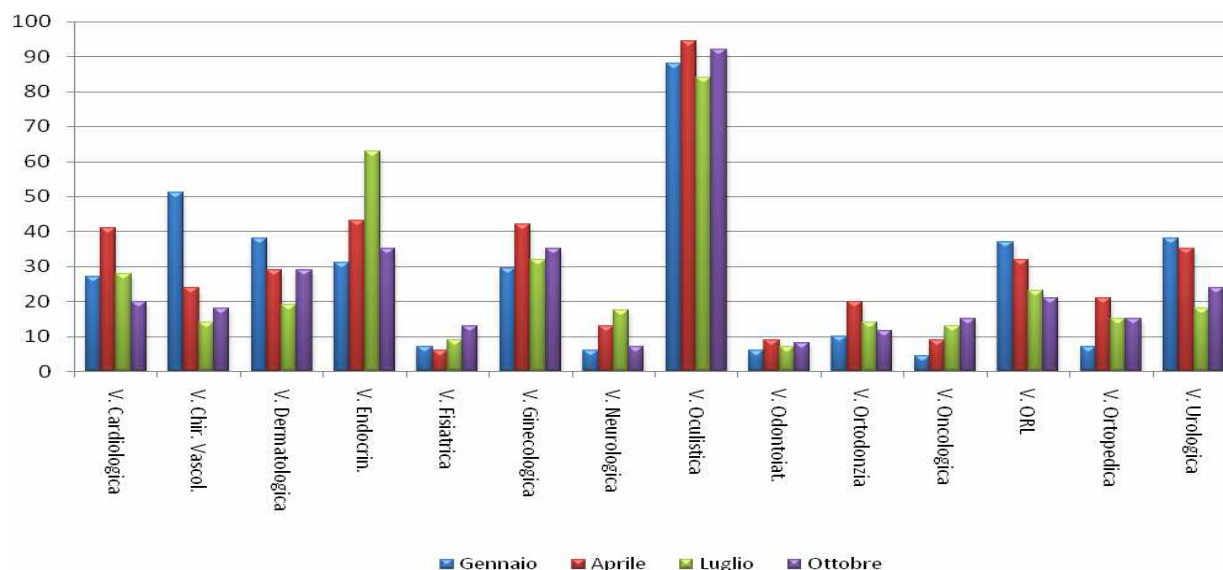
Nel corso del 2007 l'Azienda ha predisposto un piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa arrivando a definire i livelli di garanzia di erogazione delle prestazioni nei vari ambiti, con suddivisione fra le prestazioni da erogare e garantire a livello di distretto-bacino e quelle relative al livello provinciale (soprattutto diagnostica pesante).

Nel 2008 l'Azienda ha rafforzato l'offerta, laddove si presentavano alcune criticità, anche attraverso il potenziamento dell'attività con il Privato accreditato.

Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2008: i grafici sottostanti si riferiscono al valore mediano dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri.

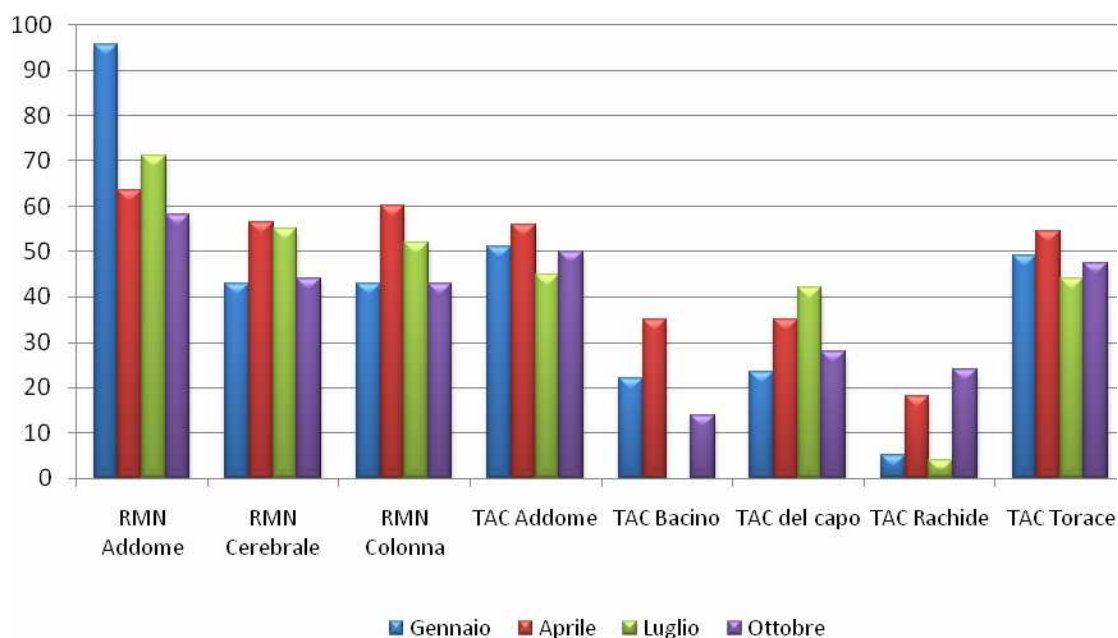
I dati rappresentati si riferiscono ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice e quindi possono risentire dei fattori di scelta dell'utente

FIGURA 1 13 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – VISITE



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

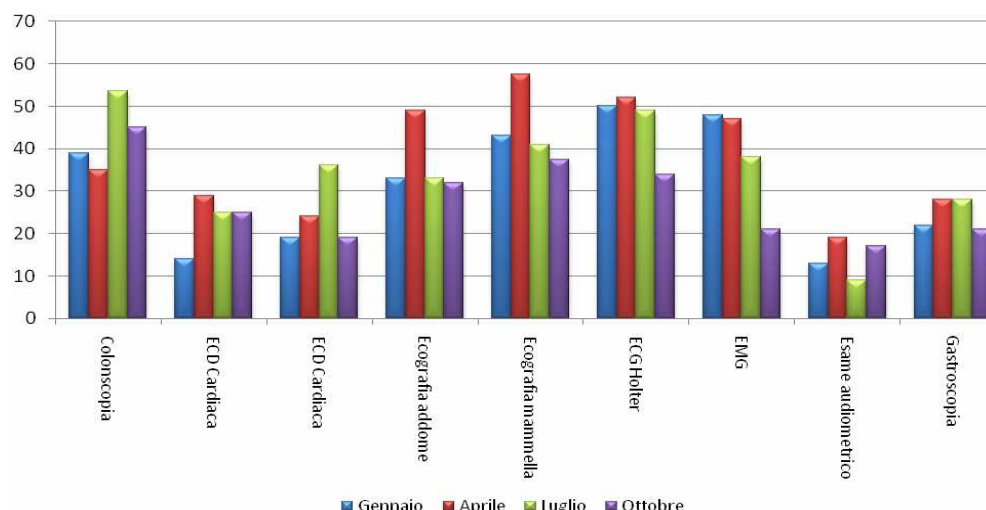
FIGURA 1 14 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE



L'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni di diagnostica – alte tecnologie evidenzia una situazione abbastanza compensata.

Le TAC non hanno carattere di criticità, mentre per le RM le criticità di inizio anno sono state superate anche a seguito di azioni di ulteriore potenziamento strutturale dell'offerta.

FIGURA 115 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA



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

Dalle osservazioni effettuate emerge che tutte le prestazioni stanno all'interno dello standard di attesa dei 60 giorni.

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

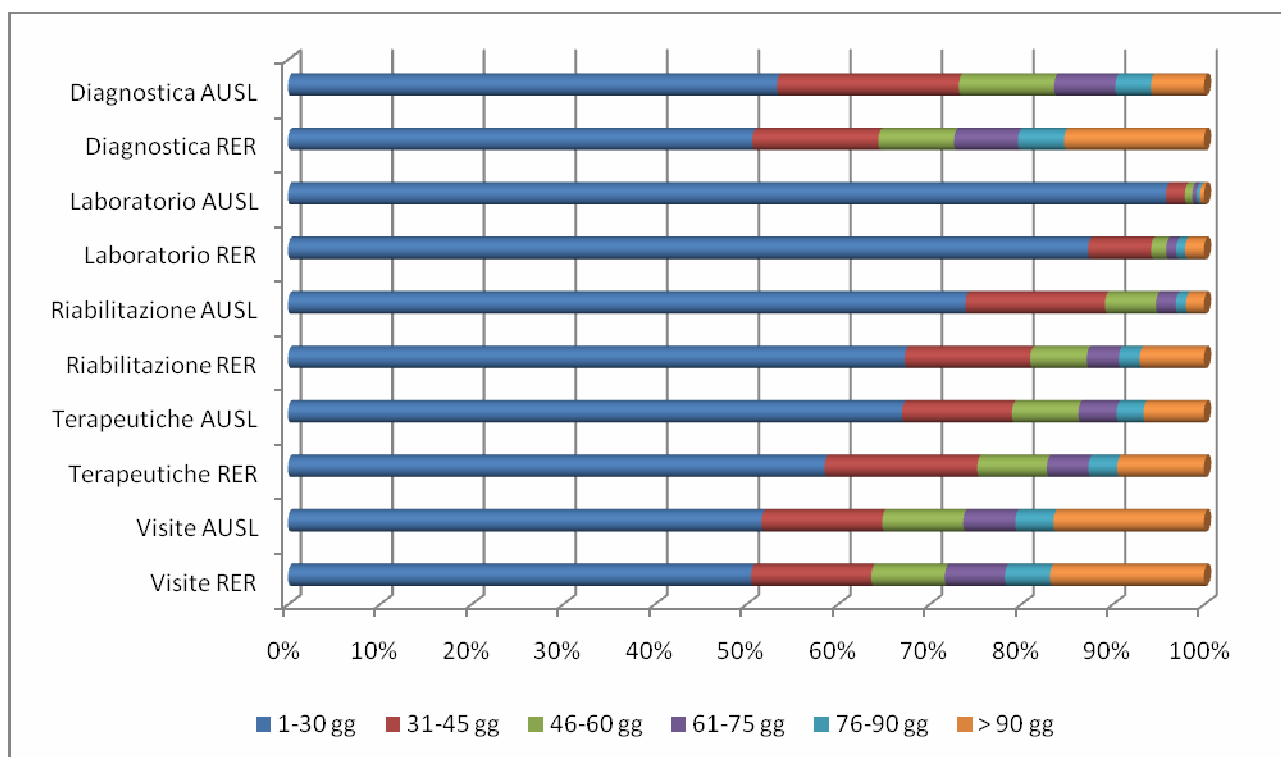
Tempi Di Attesa Per Le Prestazioni Ambulatoriali Programmabili

Durante il 2008 le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN sono state erogate entro tempi di attesa generalmente in linea con l'andamento complessivo regionale.

In particolare, l'attività di Diagnostica si esegue entro 60 giorni nell'83,6% dei casi (72,2% il valore Regionale) confermando un trend in miglioramento per ciò che concerne le prestazioni garantite entro lo standard.

Le visite (programmabili, programmate e differibili) presentano valori simili a quelli regionali: sono erogate entro 30 giorni nel 51,7% dei casi rispetto al 50,5% del totale Regionale.

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



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano complessivamente, nel 2008, di 2.307 posti letto accreditati ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate.

A livello provinciale, l'83,1% dei posti letto è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 57,8% all'intero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 25,2%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.

Dei 2.307 posti complessivamente disponibili il 76% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,7% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 12,3% viene utilizzato per lungo-degenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono di quasi il 60% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi) e quindi tendono ad erogare un numero inferiore di ricoveri con durata di degenza più lunga.

FIGURA 116 LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

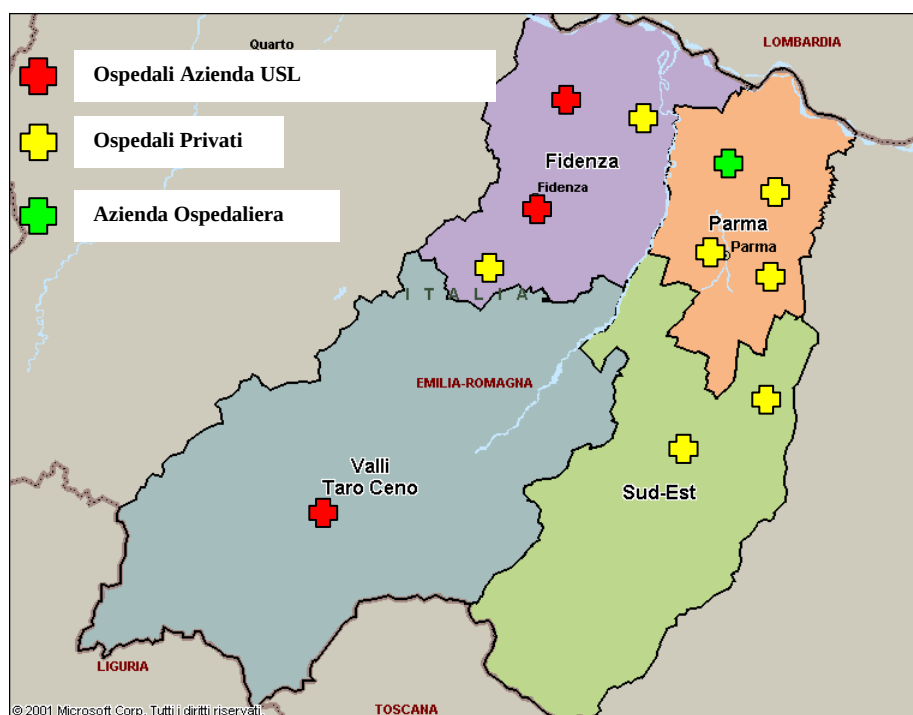
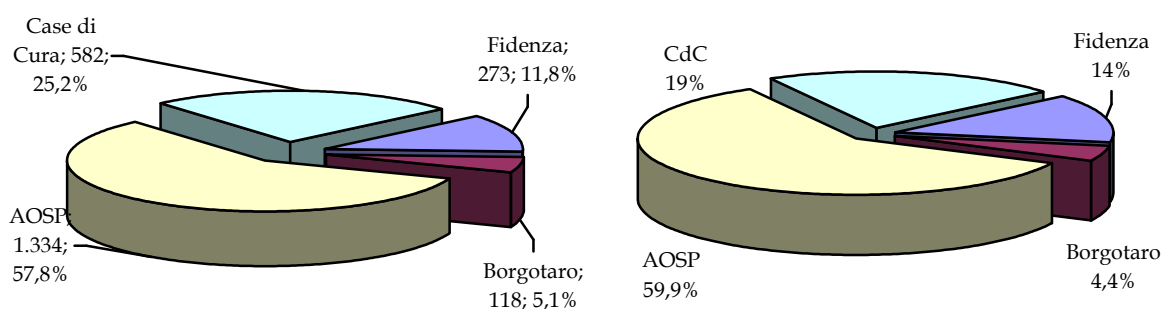
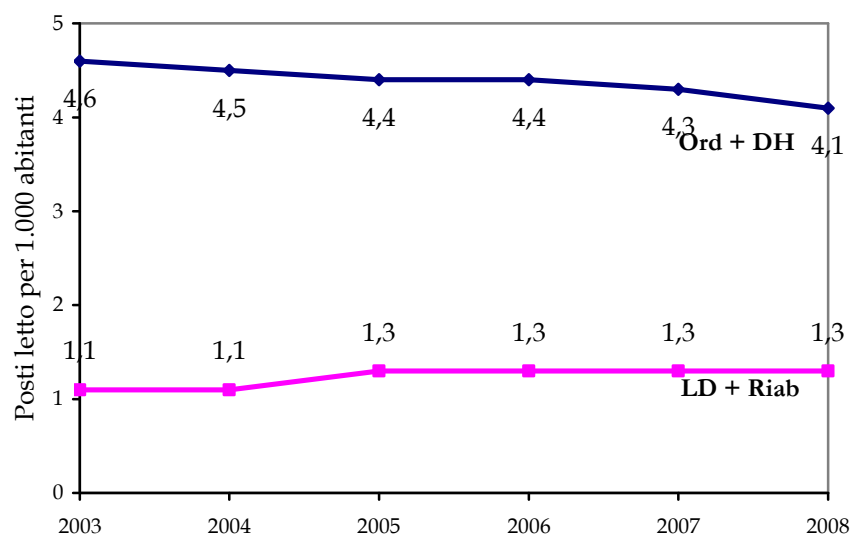


FIGURA 117 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA – 2008



Anche nel 2008 si osserva un'offerta di posti letto, peraltro già evidenziata negli anni precedenti, superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è infatti di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,4, in diminuzione rispetto ai 5,7 del 2007. I posti letto per acuti sono infatti lentamente scesi dai 4,6 del 2003 agli attuali 4,1, mentre sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione l'offerta è progressivamente salita dai 0,7 del 2003 all'1,3 attuale. Questo è anche frutto della presenza, nella provincia di Parma, di due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione. In particolare, dal 1 gennaio 2004 i posti letto attivi presso la Fondazione Don Gnocchi sono stati inseriti tra i posti letto ospedalieri, contribuendo quindi ad incrementare da 1,1 a 1,3 i posti letto della disciplina di riabilitazione.

FIGURA 118 POSTI LETTO PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE PER 1.000 ABITANTI – ANNI 2003–2008



L'analisi dell'attività dei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2008 ha evidenziato quanto segue.

OSPEDALE DI FIDENZA – SAN SECONDO PARMENSE

Nel 2008 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo Parmense ha ulteriormente incrementato la propria attività passando da un totale di 12.451 ricoveri a 12.581, con una variazione positiva dello 0,53%, derivante esclusivamente da un aumento di 67 ricoveri per i residenti di altre province e Regioni; i ricoveri per i residenti della provincia di Parma sono infatti rimasti stabili fra i due anni. In particolare la variazione positiva del flusso di mobilità è il risultato di un incremento significativo nel numero di ricoveri per residenti della provincia di Piacenza (+68) e di altre Regioni (+32), mentre si sono contratti i flussi provenienti dalle province di Reggio Emilia e Modena (-31).

Gli aumenti più consistenti in regime ordinario hanno riguardato le aree della chirurgia ortopedica (in particolare per interventi di protesi d'anca), urologica ed ostetrico-ginecologica (parti vaginali ed interventi sull'utero); si segnalano inoltre le riduzioni relative al trattamento di patologie respiratorie, psicotiche e dell'apparato circolatorio. Per quanto riguarda gli accessi in regime diurno tra i DRG chirurgici, è importante la riduzione dei ricoveri per interventi sull'utero (dilatazione e raschiamento) e per ernia inguinale, mentre sono in incremento gli interventi per aborto e quelli per interventi sul sistema muscolo-scheletrico. Infine, per i DRG in regime diurno di tipo medico si evidenzia una riduzione di attività nell'ambito delle patologie del sistema nervoso e cerebrovascolare, mentre è significativo l'aumento dell'attività nell'ambito delle altre diagnosi dell'apparato circolatorio.

FIGURA 119 – PO DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2006–2007–2008

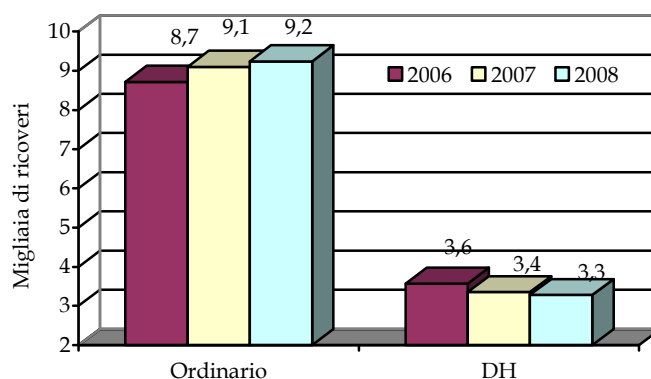


TABELLA 103 – OSPEDALE DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2007–2008

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %
DRG medici	5.365	5.355	-0,2	1.756	1.809	3,0
DRG chirurgici	3.030	3.221	6,3	1.593	1.468	-7,8
DRG indifferenziati	706	664	-5,9	1	1	0,0
Totale	9.101	9.240	1,5	3.350	3.278	-2,1

All'aumento di attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense è corrisposta, in termini di complessità della casistica trattata, un aumento del peso medio dei ricoveri cresciuto del 1,8% per effetto di un aumento del 2,9% per i ricoveri ordinari e di una riduzione del 2,1% per quelli in regime diurno. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale approvato nel 2008, è incrementata di circa 650.000 € (+2,0%).

OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO

L'attività del Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro ha subito, nel 2008, un aumento di 174 ricoveri (4,6%) passati da 3.766 del 2007 a 3.940. L'aumento di attività ha riguardato sia l'attività a favore dei residenti, cresciuta in maniera significativa (+147 casi) che quella a favore di altre province e Regioni, aumentata di 34 casi, di cui in particolare 16 in più dalla provincia di Piacenza e 21 da altre Regioni (in particolare Liguria e Campania).

Il risultato complessivo deriva da un aumento di ricoveri relativi, soprattutto, al trattamento di patologie di tipo cardiologico e respiratorio: in particolare BPCO, angina pectoris ed insufficienza cardiaca. Importante anche l'aumento degli interventi sulle pelvi maschili e sull'anca. Da segnalare infine il rilevante incremento, in ambito diurno, degli interventi (+52) su ernia femorale e ginocchio.

FIGURA 120 – PO DI BORGO VAL DI TARO – 2006–2007

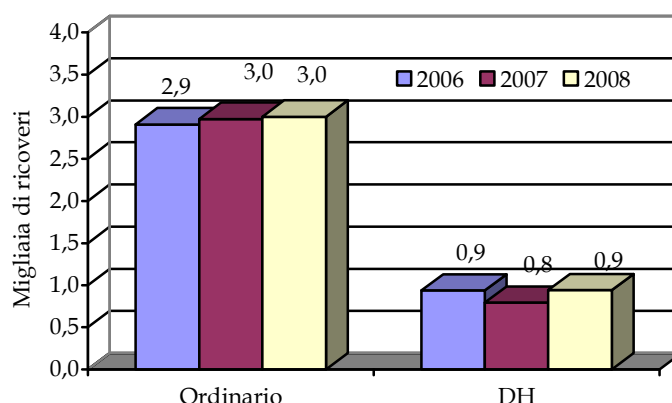


TABELLA 104 – OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2007–2008

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2007	2008	Var. %	2007	2008	Var. %
DRG medici	1.594	1.668	4,6	265	356	34,3
DRG chirurgici	1.146	1.112	-3,0	526	583	10,8
DRG indifferenziati	235	221	-6,0	-	-	-
Totale	2.975	3.001	0,9	791	939	18,7

L'incremento limitato dei ricoveri in regime ordinario ha determinato una lieve riduzione della complessità della casistica trattata: il peso medio dei ricoveri ordinari è infatti passato dall'1,04 all'1,01 (-2,4%); per i ricoveri in regime diurno, la complessità è rimasta sostanzialmente stabile essendo cresciuta di solo lo 0,2%. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale approvato nel 2008 e valevole per l'intero anno, è incrementata di circa 130.000 € (+1,3%).

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

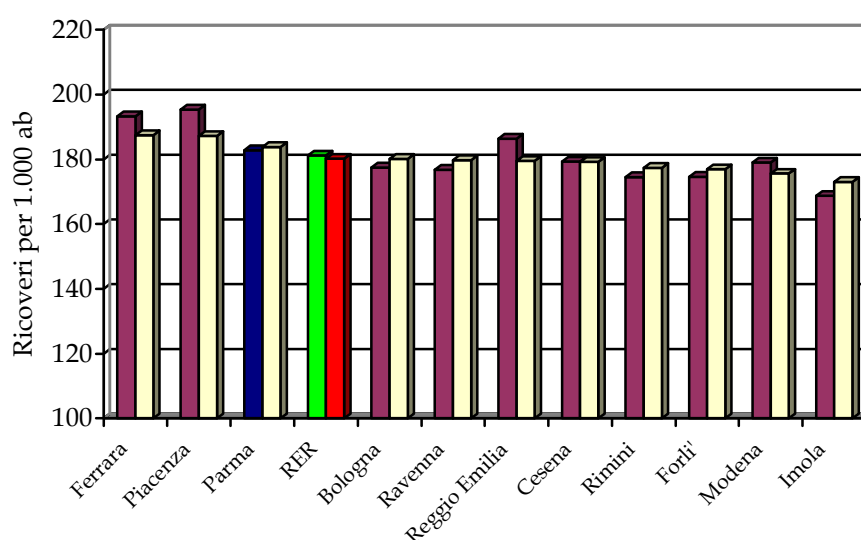
Nel caso della Azienda USL di Parma il dato rimane nei 5 anni considerati sostanzialmente stabile e pari a circa 86% per i ricoveri di residenti provinciali e mediamente pari a 14,5% per i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni, anche se relativamente a questi ultimi preme segnalare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

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

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

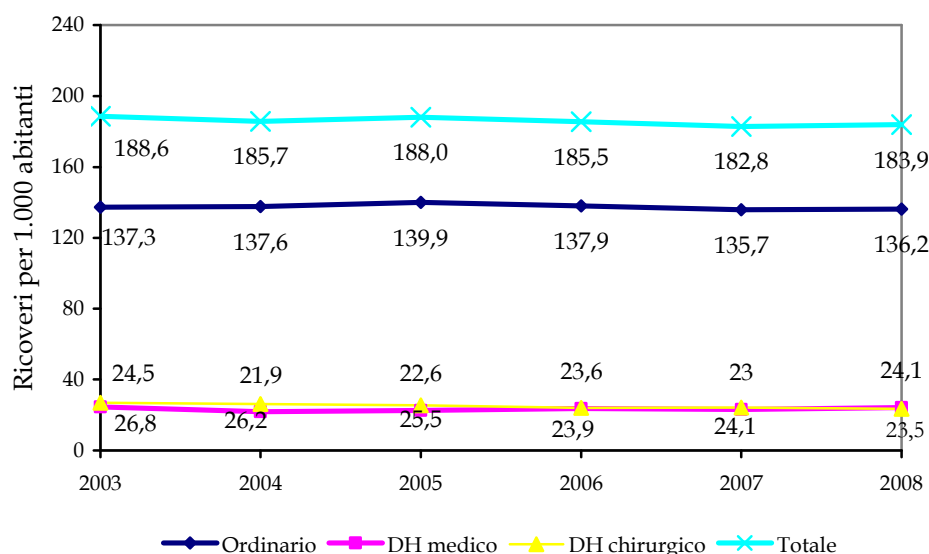
Il tasso di ospedalizzazione esprime la domanda di ricoveri da parte degli assistiti dell'Azienda e, oltre che da caratteristiche epidemiologiche, è influenzato dalla composizione della popolazione per età e sesso. A livello aziendale il valore (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 183,86 ricoveri per 1.000 residenti, di poco superiore al valore regionale, pari per il 2008 a 180,23. Da segnalare il lieve aumento rispetto al 2007 quando il valore era stato pari a 182,81 ricoveri, ma soprattutto il fatto che l'Azienda USL di Parma rientri tra le tre Aziende con un numero di ricoveri superiore a 180 e seconda solo a Ferrara con 187,45 e Piacenza con 187,24.

FIGURA 121 – TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNO 2007-2008



La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di day-hospital in trattamenti erogabili o in regime ambulatoriale (es. rimozione del tunnel carpale, interventi per cataratta) o gestibili in contesti di tipo territoriale rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo: i ricoveri medici in day-hospital sono infatti scesi dal 30,0 del 2001 agli attuali 24,1 ricoveri per 1.000 abitanti mentre quelli di tipo chirurgico sono passati dal 31,2 al 23,5. L'incremento registrato tra il 2007 ed il 2008 deriva principalmente da un lieve aumento dei ricoveri ordinari (da 135,7 a 136,2) e dei ricoveri medici in regime diurno (da 23 a 24,1).

FIGURA 122 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ – ANNI 2003–2008



È possibile calcolare il tasso di ospedalizzazione considerando sia l'area di residenza degli assistiti (in questo caso il Distretto sanitario) che la struttura di riferimento sia questa il presidio aziendale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le strutture private aziendali, altre strutture pubbliche e private regionali (mobilità infra-regionale) oppure strutture pubbliche e private di altre regioni (mobilità extra-regionale).

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

TABELLA 105 TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 ABITANTI – 2007

	Presidio del Distretto	Altri presidi	AOSP	CdC provinciali	Mobilità intraregionale	Mobilità extra-regionale ^a	Totale
Parma	0,00	9,02	127,53	37,26	9,38	16,60	199,79
Fidenza	81,52	1,26	56,97	17,29	15,74	17,21	190,00
Valli Taro e Ceno	62,43	16,32	71,77	19,72	6,78	13,31	190,32
Sud-Est	0,00	7,41	108,28	39,68	18,41	13,52	187,29
Totale	26,03	8,29	101,61	31,04	12,08	15,87	194,92

a: dati 2006

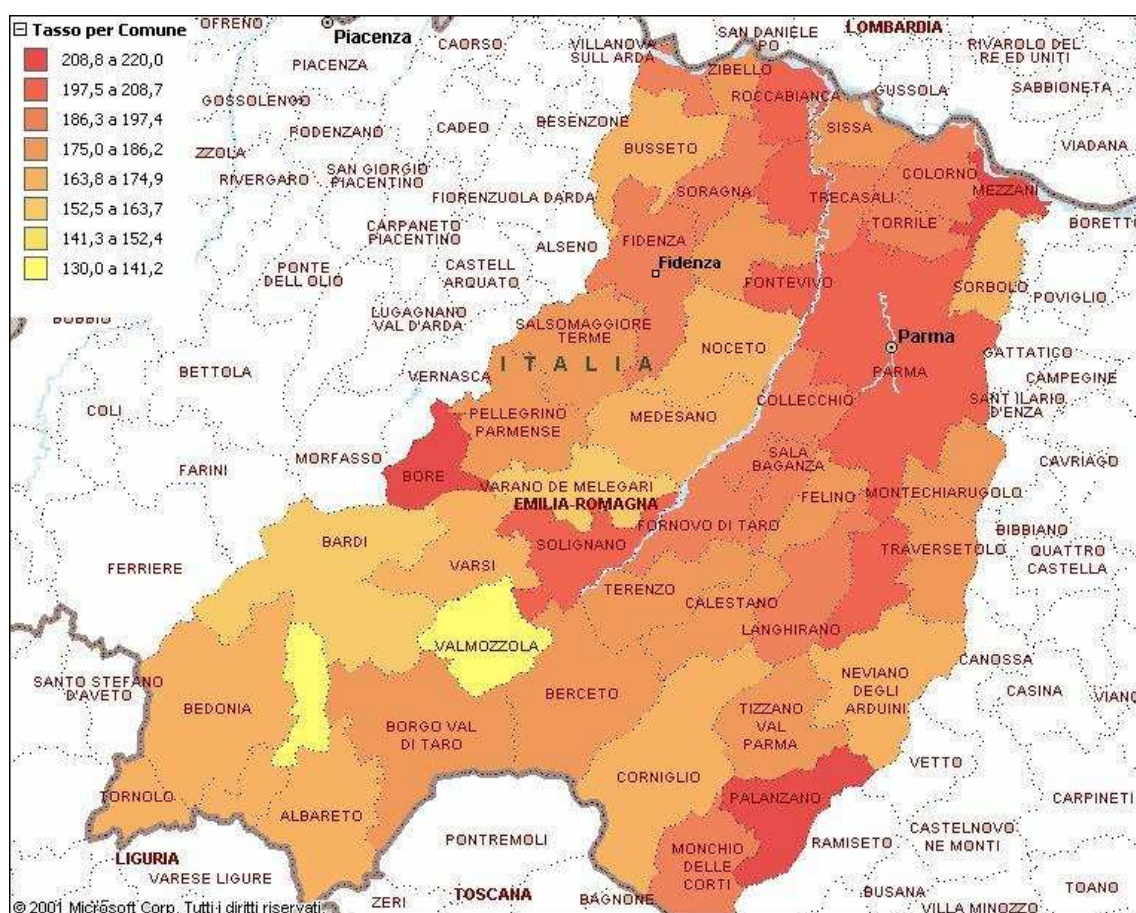
TABELLA 106 TASSO GREZZO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 ABITANTI – 2008

	Presidio del Distretto	Altri presidi	AOSP	CdC provinciali	Mobilità intraregionale	Mobilità extra-regionale ^a	Totale
Parma	-	9,04	128,83	37,22	8,88	16,60	200,56
Fidenza	81,40	1,45	57,91	17,42	15,66	17,21	191,06
Valli Taro e Ceno	64,90	15,45	67,83	19,65	5,96	13,31	187,09
Sud-Est	0,00	8,29	114,20	40,77	17,08	13,52	193,87
Totale	26,28	8,64	103,01	31,22	11,51	15,87	196,53

a: dati 2007

L'analisi dei ricoveri per singolo comune di residenza evidenzia, per la maggior parte dei comuni di montagna, un ricorso all'assistenza ospedaliera generalmente inferiore rispetto alla media aziendale. Quasi tutti i comuni di montagna dei Distretti di Valli Taro e Ceno e Sud-Est, se consideriamo anche l'età, hanno infatti tassi di ricovero inferiori rispetto a quelli rilevati per i comuni di pianura o pedecollinari. Tra i Comuni con maggior ricorso all'assistenza ospedaliera si segnalano quelli di Mezzani e Palanzano, eccezione nel Distretto Sud-Est, con tassi rispettivamente pari a 216 e 218 ricoveri per 1.000 residenti, Bore (209 ricoveri), Lesignano (208) e San Secondo (205). Dall'altro lato i comuni di Valmozzola e Compiano hanno tassi di ospedalizzazione molto contenuti e pari, rispettivamente a 132 e 141.

FIGURA 123 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMUNE DI RESIDENZA STANDARDIZZATO PER ETÀ (RICOVERI PER 1.000 ABITANTI) – ANNO 2008



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

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta il principale punto di riferimento dell'assistenza ospedaliera in Provincia di Parma con quasi il 52,5% di tutti i ricoveri e con punte massime del 72% per traumatismi e malattie infettive, dell'88,6% per HIV e del 93,5% per ustioni (ricordiamo che l'AOSP di Parma è sede di uno dei due centri grandi ustionati della Regione Emilia-Romagna)
- le categorie diagnostiche maggiormente oggetto di ricovero sono quelle relative a patologie dell'apparato muscoloscheletrico, cardiocircolatorio e digerente che da sole rappresentano quasi il 37% di tutti i ricoveri a favore dei residenti
- gli ospedali a gestione diretta rappresentano un punto di attrazione significativo soprattutto per le malattie mentali (27,7%), per le patologie delle vie urinarie (25,9%), del sangue (25,3%) e dell'apparato riproduttivo femminile (22,1%) e dell'apparato riproduttivo maschile (37,8%).
- per quanto infine riguarda le case di cura della provincia significativo il ruolo svolto nel trattamento delle malattie mentali (26,1% di tutti i ricoveri), dell'abuso di alcool e farmaci (64,2%), delle patologie dermatologiche (30,6%) e delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (27,9%).

TABELLA 107 RICOVERI PER STRUTTURA DI RIFERIMENTO E CATEGORIA DIAGNOSTICA – ANNO 2008

	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura Provincia	Altre province RER	Mobilità passiva extra- regionale ^a	Totale
App. cardiocircolatorio	1.976	6.048	1.981	352	1.217	11.574
App.muscoloscheletrico	1.795	4.172	3.211	874	1.445	11.497
App. digerente	1.378	3.766	1.174	270	371	6.959
Gravidanza, parto e puerperio	1.331	3.267	644	642	328	6.212
Sistema nervoso	998	3.083	911	223	426	5.641
App.respiratorio	784	3.900	388	128	267	5.467
Periodo neonatale	791	2.553	170	422	197	4.133
Neoplasie scarsamente differenziate	697	2.455	234	348	388	4.122
App. riproduttivo femminile	831	1.454	688	446	341	3.760
Fegato, vie biliari, pancreas	486	2.022	214	104	171	2.997
Rene e vie urinarie	800	1.818	170	111	188	3.087
Pelle, tessuto sottocutaneo	264	1.422	893	137	204	2.920
ORL	132	1.298	567	258	201	2.456
Malattie mentali	532	739	501	41	108	1.921
Occhio	23	1.023	88	108	284	1.526
Endocrini, metabolici	188	774	198	57	213	1.430
App. riproduttivo maschile	516	594	83	51	122	1.366
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	140	475	463	95	131	1.304
Traumatismi ed avvelenamenti	133	651	60	37	28	909
Sangue ed organi ematopoietici	241	541	67	39	66	954
Malattie infettive	106	605	53	33	45	842
Abuso alcool/farmaci	71	53	255	9	9	397
Infezioni HIV	1	147	0	9	9	166
Traumatismi multipli	10	50	0	2	7	69
Ustioni		29		0	2	31
TOTALE	14.224	42.939	13.013	4.796	6.768	81.740

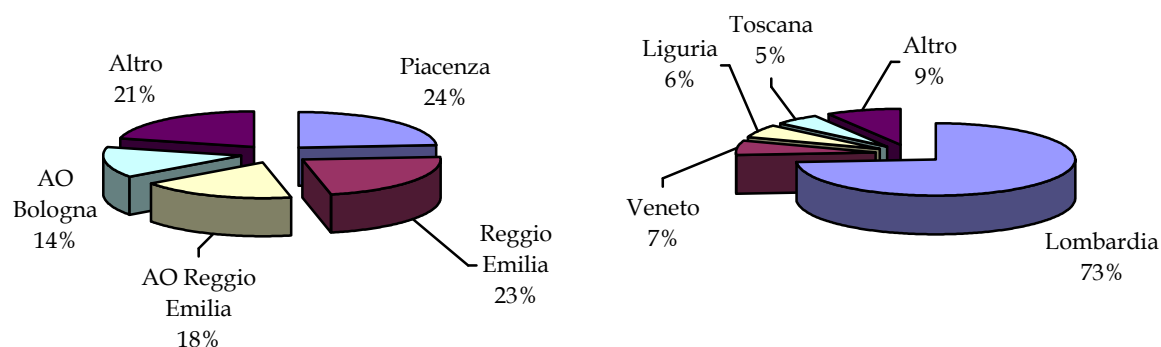
MOBILITÀ PASSIVA

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

economico significativo che sottrae risorse da dedicare al finanziamento di altre attività istituzionali.

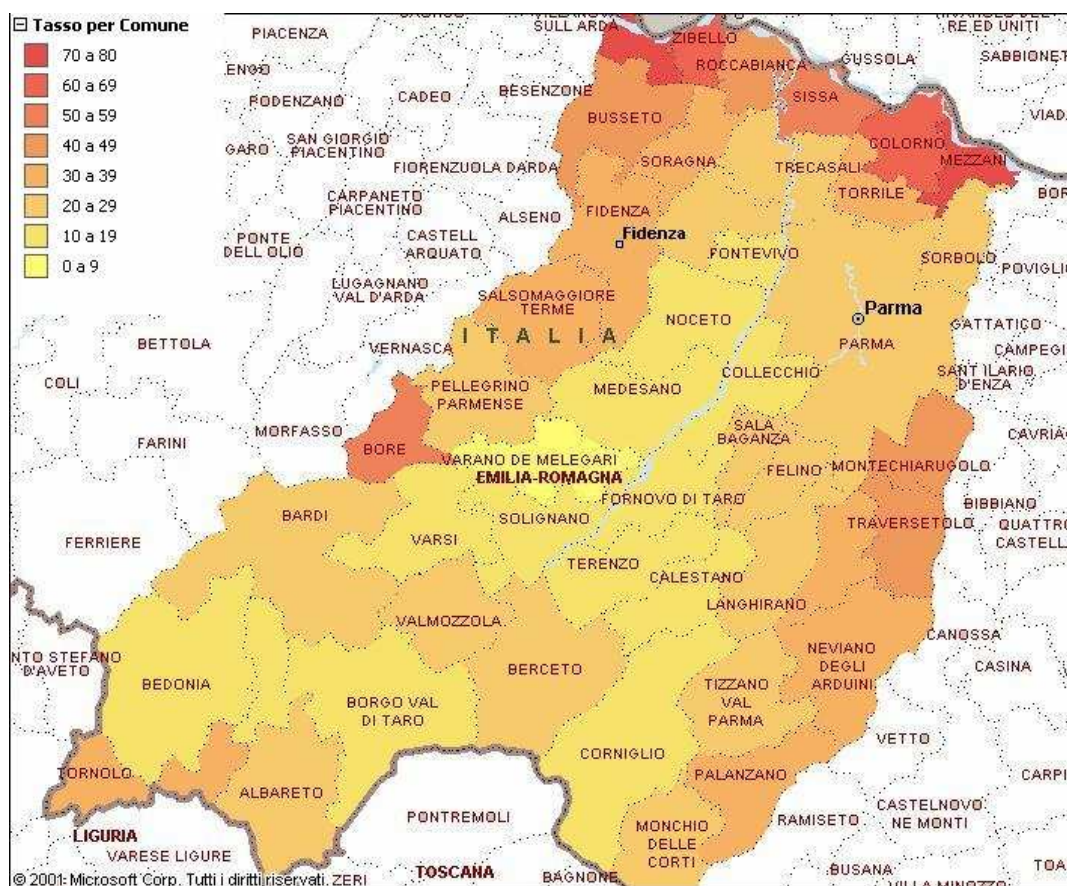
L'Azienda USL di Parma ha sostenuto nel 2008 un costo di 35,4 milioni di € per il finanziamento di 11.564 ricoveri erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 20,4 milioni di € per 6.768 ricoveri in mobilità extra-regionale e 15 milioni di € per 4.796 ricoveri erogati da strutture di altre Province. Come evidenziato dalla figura seguente le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente quasi il 66% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 73,8% dei circa 20 milioni di € di mobilità passiva interregionale. Oltre alle strutture sanitarie delle Province di Reggio Emilia e Piacenza è importante segnalare il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna alla quale i residenti di Parma si rivolgono principalmente per interventi di trapianto cardiaco, di midollo osseo e di fegato,.

FIGURA 124 MOBILITÀ PASSIVA – 2008 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



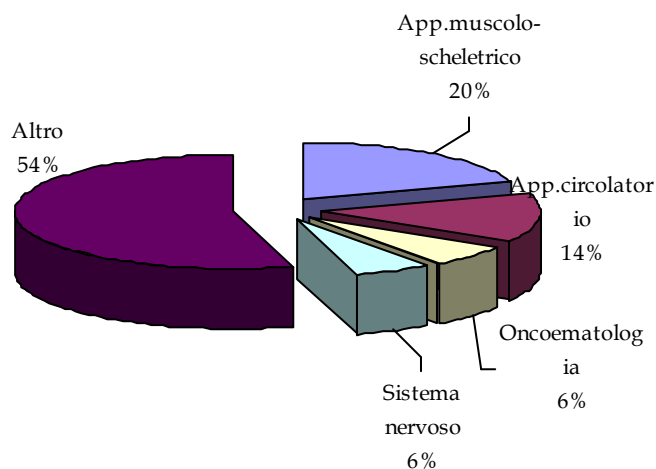
Le zone della provincia maggiormente interessate dalla mobilità passiva sono inevitabilmente quelle di confine, laddove le caratteristiche della rete viaria e dell'offerta di strutture nelle Regioni e Aziende sanitarie limitrofe costituiscono elementi di attrazione per i pazienti. In particolare si segnalano i comuni di Mezzani con un tasso di ospedalizzazione in mobilità pari a 77,9 ricoveri per 1.000 residenti, Polesine Parmense (77,1) e Zibello (67,4). All'altro lato si evidenziano invece i comuni ubicati al centro della Provincia, i cui residenti preferiscono soprattutto le strutture provinciali, più agevoli da raggiungere: Compiano con 15,1 ricoveri per 1.000 residenti, Varano (8,3), Fornovo (16,3) e Medesano (14,8).

FIGURA 1.25 TASSO STANDARDIZZATO PER ETÀ DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA – 2008



È interessante evidenziare come, indipendentemente dalla localizzazione delle strutture oggetto di mobilità, le scelte dei pazienti riguardano principalmente prestazioni relative all'apparato muscoloscheletrico, a quello cardiocircolatorio ed all'oncoematologia per le quali la spesa è stata, nel 2008, di 7,3 milioni di € per la mobilità infra-regionale e 10,5 milioni di € per la mobilità interregionale. Queste discipline rappresentano da sole il 50,4% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 40% dei ricoveri complessivamente erogati.

FIGURA 1.26 DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI IN MOBILITÀ PASSIVA PER DISCIPLINA



Ferma restando l'importanza di centri di riferimento nazionali per il trattamento di specifiche patologie ad elevata complessità, quali ad esempio i trapianti, ubicati in altre regioni e/o province, la programmazione aziendale nel 2008 ha continuato a mettere in atto, anche in collaborazione con le altre strutture provinciali (Case di Cura private e Azienda Ospedaliero-Universitaria) tutte le azioni necessarie al progressivo riorientamento delle scelte dei cittadini a favore della rete di offerta provinciale

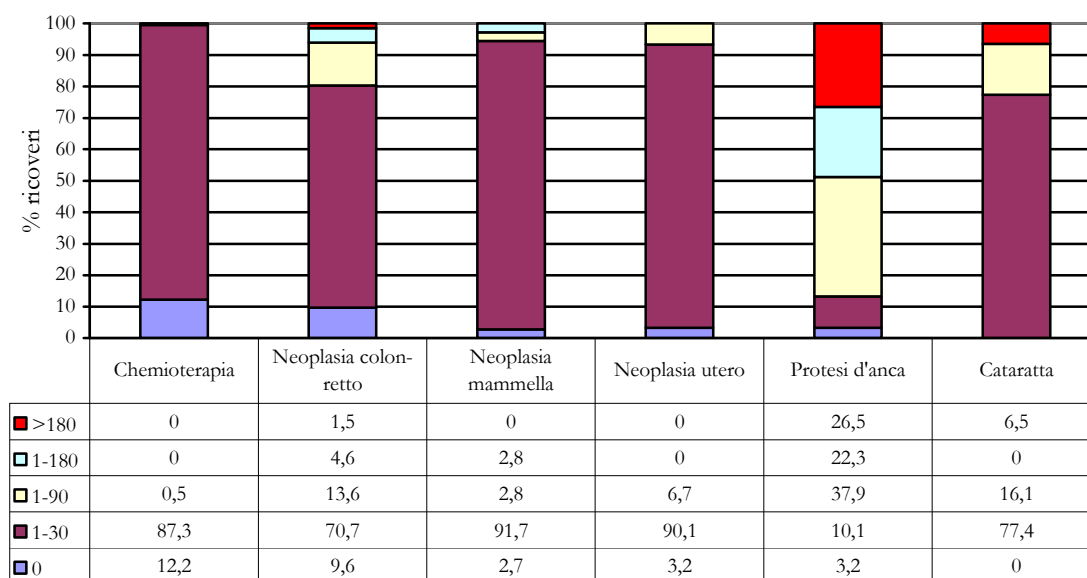
TEMPI DI ATTESA

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

La situazione relativa alle strutture pubbliche e private dell'Azienda USL di Parma è abbastanza diversificata. In particolare i dati sono confortanti per gli interventi di cataratta, per i trattamenti chemioterapici e per gli interventi per tumore della mammella e dell'utero per i quali i tempi di attesa sono quasi completamente rispettati dalla rete dell'offerta. Lo stesso non può dirsi per gli interventi di protesi d'anca per i quali la percentuale di interventi entro 90 giorni è stata, nel 2008, pari al 51,2%, di poco al di sopra del target di riferimento, mentre gli interventi entro 180 giorni sono stati l'73,5% e non il 90% come previsto.

Permangono inoltre alcune difficoltà di presa in carico tempestiva del paziente relativamente agli interventi per la neoplasia del colon-retto per i quali solo il 70,7% dei ricoveri è avvenuto entro i tempi richiesti, con un lieve peggioramento rispetto al 73,3% del 2007.

FIGURA 127 TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI: PERCENTUALE DI RICOVERI EFFETTUATI ENTRO 30, 90, 180 GIORNI DALLA DATA DI PRENOTAZIONE – STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELL'AZIENDA USL – ANNO 2008



PIANO SANGUE

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

Nel 2008 si è ridotto il trend crescente del numero di unità consumate (+1,2%) anche se si è registrata per la prima volta una riduzione del numero di unità raccolte passate da 28.564 a 28.134 (-1,5%).

L'aumento di unità consumate ha determinato una ulteriore riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 107,4, ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e secondo solo a quello delle Aziende USL di Modena e Reggio Emilia.

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

FIGURA 128 UNITÀ DI SANGUE RACCOLTE E CONSUMATE – ANNI 2001–2008

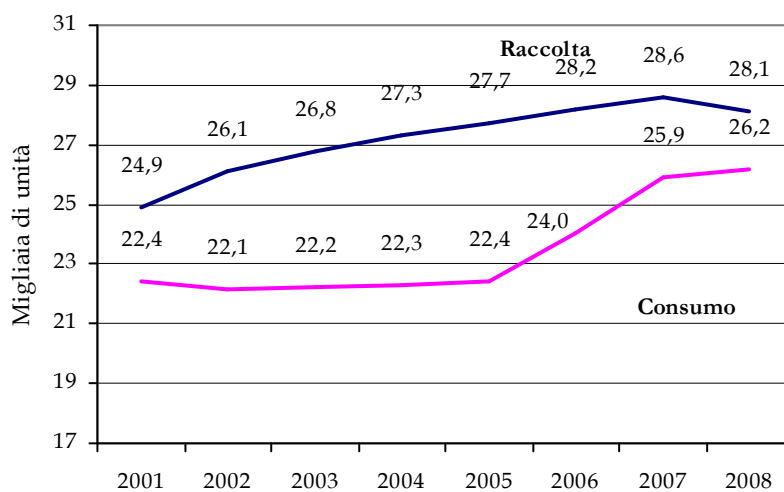
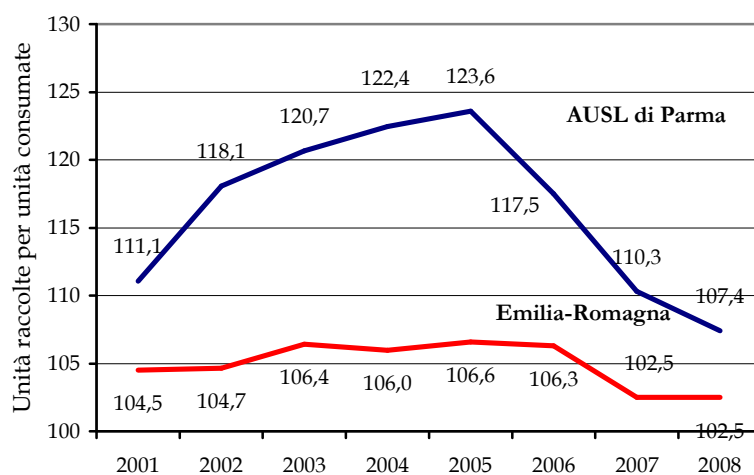


FIGURA 129 RAPPORTO TRA UNITÀ PRODOTTE E CONSUMATE – ANNI 2001 – 2008



QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

BASSO PESO ALLA NASCITA

TABELLA 108 NATI CON BASSO PESO PER 1.000 NATI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	42,1	43,7	43,3	49,0
Parma	54,9	57,5	42,9	66,5
Sud Est	53,5	52,4	53,6	60,4
Valli Taro e Ceno	28,2	54,2	85,8	56,4
AUSL PARMA	46,0	48,9	49,2	55,9
REGIONE	49,4	52,8	51,9	53,3

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

L'indicatore, calcolato come numero di nati (residenti nell'USL) con peso alla nascita inferiore ai 2.500 grammi, individua i nati a basso peso a seguito di crescita intrauterina inadeguata o nascita prematura. I fattori di rischio, oltre a problemi di accesso alle cure perinatali, sono solitamente legati a condizioni socio-economiche e comportamentali. In particolare il basso reddito e il consumo di tabacco durante la gravidanza sono considerati tra i fattori positivamente correlati all'aumento di questo fenomeno. Da notare in tabella che, a differenza degli anni precedenti, nel 2008 la frequenza in provincia si attesta ad un livello superiore a quello regionale. Nel 2008 spiccano in proposito gli alti valori registrati nei distretti di Parma e del Sud Est.

RICOVERI PER POLMONITI ED INFLUENZA NEGLI ANZIANI

TABELLA 109 DIMISSIONI PER POLMONITE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	0,40	0,65	0,52	0,47
Parma	1,93	0,18	0,35	0,56
Sud Est	1,74	0,00	0,25	0,44
Valli Taro e Ceno	0,70	0,16	0,47	0,47
AUSL PARMA	1,34	0,25	0,39	0,51
REGIONE	1,03	0,41	0,46	0,58

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

I ricoveri per polmonite nella popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni costituiscono un utile indicatore per la valutazione dell'assistenza in regime ambulatoriale delle infezioni delle vie respiratorie. In aggiunta si ritiene che le campagne vaccinali efficaci siano estremamente utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie. L'aumento del tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica negli anziani nella provincia di Parma ha indubbiamente contribuito negli anni alla riduzione di questo indicatore, che, seppur aumentato nel 2008, resta inferiore alla media regionale.

DIABETE, COMPLICANZE A BREVE TERMINE

TABELLA 110 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A BREVE TERMINE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	0,62	0,28	0,38	0,52
Parma	0,89	0,64	0,67	0,78
Sud Est	0,63	0,86	0,71	0,71
Valli Taro e Ceno	0,72	0,52	0,73	0,45
AUSL PARMA	0,71	0,58	0,62	0,67
REGIONE	0,49	0,48	0,43	0,44

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

A livello provinciale il numero di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale con un trend che tende ad aumentare. Anche se la patologia diabetica registra un'incidenza crescente nel tempo, il trend negativo indica la necessità d'intraprendere azioni di miglioramento a favore di comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura

DIABETE, COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

TABELLA 111 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A LUNGO TERMINE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	3,45	2,55	3,41	3,88
Parma	2,84	3,08	2,94	3,58
Sud Est	2,45	2,14	2,52	2,96
Valli Taro e Ceno	2,71	2,12	2,56	3,42
AUSL PARMA	2,90	2,69	2,94	3,53
REGIONE	2,07	1,98	2,08	2,16

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

L' aumentata sopravvivenza dei malati a seguito del miglior trattamento della patologia, giustifica l'aumento dell'indicatore che si verifica sia in ambito regionale che provinciale dove spicca, tuttavia, la frequenza più elevata nel 2008 che si registra nel distretto di Fidenza.

PARTO CESAREO

TABELLA 112 PARTI CESAREI, OGNI 100 NATI, PER PUNTO NASCITA

Punto nascita	2005	2006	2007	2008
Fidenza	21,6	28,4	24,8	30,8
Borgotaro	30,1	27,7	34,0	39,2
Città di Parma	60,9	63,2	58,5	52,1
AOSP Parma	33,6	33,4	38,0	37,1
Provincia di	34,7	35,6	37,6	37,8
Regione	30,3	29,9	30,7	30,3
Pubblico	29,9	29,5	30,3	30,0
Privato Regione	62,6	62,7	63,1	55,8

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

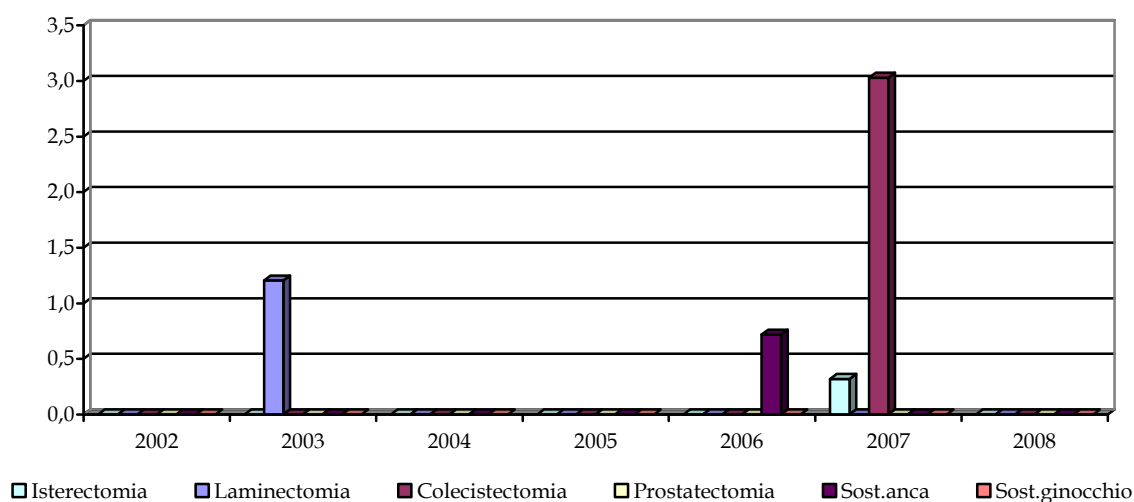
Il parto cesareo è oramai considerato a livello internazionale una procedura fortemente sovrautilizzata: anche se l'appropriatezza dipende principalmente dalle caratteristiche cliniche delle pazienti (precedente parto cesareo, presentazione podalica, complicanze del cordone ombelicale), numerosi studi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

Nella provincia di Parma si evidenzia come la struttura privata Città di Parma abbia percentuali di utilizzo di questa procedura molto più elevate rispetto alle strutture pubbliche, seppur con un trend in costante diminuzione. Al contrario il trend delle strutture pubbliche nel periodo considerato evidenzia un aumento del ricorso al parto cesareo.

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA A SEGUITO D'INTERVENTI CHIRURGICI IN ELEZIONE E A BASSO RISCHIO

Nel periodo 2000-2007 si sono verificati complessivamente 11 casi mortali per isterectomia, laminectomia, sostituzione di ginocchio, protesi d'anca e colecistectomia. Il numero esiguo di eventi infausti rende scarsamente significativa l'analisi statistica: basta anche un solo caso per variare in modo significativo il dato. Da sottolineare che nel 2007 si sono verificati 6 degli 11 casi considerati, di cui 5 per colecistectomia, intervento che presenta a livello regionale i tassi più elevati di mortalità intraospedaliera. Nel 2008 non si sono verificati eventi

FIGURA 113 PERCENTUALE DI MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTI A BASSO RISCHIO – 2002–2008 – STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA PROVINCIA



MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA PER INFARTO MIocardICO ACUTO

TABELLA 114 PERCENTUALE DI MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA

Provincia di	2005	2006	2007
Piacenza	20,6	19,0	15,3
Parma	15,7	15,5	15,0
Reggio Emilia	18,2	14,7	14,7
Modena	12,7	13,5	13,8
Bologna	16,7	16,7	15,3
Ferrara	19,8	17,9	19,2
Ravenna	18,6	16,7	12,7
Forlì	17,4	12,5	11,1
Rimini	13,8	15,0	11,8
Regione	16,6	15,6	14,4

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Un intervento tempestivo ed efficace (comprensivo di terapia trombolitica e rivascolarizzazione) in presenza di infarto miocardio acuto rappresenta un elemento fondamentale per la sopravvivenza del paziente.

Nell' Azienda USL di Parma si evidenzia un consistente e costante decremento nel periodo osservato, pur confermandosi al di sopra della media regionale..

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE

TABELLA 115 DIMISSIONI PER ASMA PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	0,24	0,25	0,26	0,07
Parma	0,51	0,37	0,38	0,28
Sud Est	0,30	0,36	0,43	0,25
Valli Taro e	0,25	0,29	0,26	0,22
AUSL PARMA	0,44	0,39	0,35	0,22
REGIONE	0,35	0,28	0,24	0,26

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

In ambito provinciale si evidenzia un costante calo dell'indicatore, che, per la prima volta nel 2008, scende al di sotto del dato medio regionale.

TABELLA 116 DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	2,38	2,14	2,24	2,40
Parma	2,29	2,08	1,67	2,20
Sud Est	2,83	2,84	2,26	2,83
Valli Taro e	1,82	1,29	1,39	1,67
AUSL PARMA	2,71	2,47	1,87	2,31
REGIONE	3,03	2,97	3,03	3,09

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.

Anche nel 2008 il dato per l'Azienda USL di Parma evidenzia valori medi che si mantengono ampiamente al di sotto della media regionale, anche se non si conferma il risultato particolarmente positivo registrato nel corso del 2007

TABELLA 117 DIMISSIONI MALATTIE POLMONARI CRONICHE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	1,55	1,18	1,29	1,96
Parma	1,41	0,99	0,84	1,33
Sud Est	1,68	1,36	1,21	1,89
Valli Taro e	1,50	1,10	1,02	2,12
AUSL PARMA	1,73	1,29	1,03	1,66
REGIONE	2,27	1,94	1,90	1,91

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

Nell'anno 2008 l'indicatore a livello provinciale evidenzia un aumento con interruzione della tendenza alla diminuzione degli anni precedenti. I valori rilevati permangono comunque al di sotto dei dati medi regionali.

TABELLA 118 DIMISSIONI PER IPERTENSIONE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	0,09	0,07	0,09	0,04
Parma	0,14	0,12	0,06	0,11
Sud Est	0,07	0,04	0,07	0,12
Valli Taro e Ceno	0,08	0,06	0,09	0,32
AUSL PARMA	0,12	0,10	0,07	0,12
REGIONE	0,08	0,08	0,07	0,08

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

Nel 2008 si evidenzia un aumento del valore dell'indicatore nella provincia, invertendo un andamento alla diminuzione degli anni precedenti. Il dato è ora superiore al valore medio regionale che pure appare in aumento anche se in misura più contenuta.

TABELLA 119 DIMISSIONI PER DIABETE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	0,24	0,20	0,14	0,24
Parma	0,38	0,32	0,36	0,33
Sud Est	0,30	0,23	0,23	0,20
Valli Taro e Ceno	0,39	0,21	0,28	0,22
AUSL PARMA	0,38	0,31	0,28	0,28
REGIONE	0,29	0,24	0,24	0,25

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

A livello aziendale si registra una stabilizzazione dell'indicatore che permane a livelli leggermente superiori a quelli della media regionale.

TABELLA 120 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE EVITABILE COMPLESSIVO PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2005	2006	2007	2008
Fidenza	4,50	3,85	4,60	4,71
Parma	4,73	3,88	3,17	3,81
Sud Est	5,18	4,84	4,51	5,29
Valli Taro e Ceno	4,04	2,96	2,87	4,55
AUSL PARMA	5,40	4,57	3,70	4,59
REGIONE	6,04	5,51	5,50	5,59

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

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

Si può osservare come l'Azienda USL di Parma, pur facendo rilevare un aumento dell'indicatore, anche nel 2008 confermi risultati migliori di quelli regionali. Nel 2008 dei cinque indicatori considerati tre sono migliori, mentre due sono peggiori della media regionale. Più specificatamente sono migliori i valori relativi alle dimissioni per l'asma, lo scompenso e le patologie polmonari croniche, mentre sono peggiori i valori relativi alle dimissioni per l'ipertensione ed il diabete.

SEZIONE 3 OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

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 regionale e locale.

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 di relazione alla:

1. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria;
2. Universalità ed equità di accesso;
3. Centralità del cittadino;
4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale;
5. Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo.

Le ragioni di un percorso comune

I principi che ispirano l'organizzazione di questo capitolo del volume, ovvero la partecipazione dei cittadini, l'universalità e l'equità di accesso alle cure, la centralità della persona, così come aspetti importanti della qualità dei servizi, propongono una visione unitaria del mondo della sanità.

Per tale motivo, in questa parte del volume, a partire dal 2008, sono introdotte alcune sezioni che riportano in modo unitario l'attività svolta dalle due Aziende della provincia di Parma. Si tratta dei percorsi/progetti ospedale-territorio, che rispondono alla logica di integrazione dei percorsi assistenziali e che, proprio per questo motivo, sono stati organizzati in modo concertato. Sono riprodotti nelle pagine seguenti così come accade

PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI ALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

L'ATTIVITÀ DELLA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha acquisito con la L.R. 29 del 2004 un nuovo ruolo e rinnovate funzioni con il comune denominatore di valorizzare la partecipazione degli enti locali alla programmazione ed alla verifica delle attività in ambito sanitario e socio sanitario.

Nel corso del 2007 gli appuntamenti più significativi della Conferenza sono costituiti da rilevanti impegni dal punto di vista programmatico con le azioni di monitoraggio attuativo del Piano Attuativo Locale (PAL) e la individuazione delle priorità per l'anno 2008, l'avvio del Fondo per la Non Autosufficienza secondo le indicazioni regionali coordinate con l'attuazione dei nuovi indirizzi regionali in materia di assistenza alla popolazione anziana, lo sviluppo dei servizi per la salute mentale. Per una più ampia trattazione della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza se ne fornisce conto nel corso di questa sezione e, in particolare, nell'Area dedicata agli anziani e nell'area dedicata all'Eccellenza Clinica.

Gli obiettivi del 2008, nel quadro della implementazione delle nuove forme di governance, e dei nuovi strumenti di programmazione integrata sociosanitaria previsti dalla normativa e dal Piano socio-sanitario regionale, si sono riferiti in particolare a tutte le azioni di supporto e di monitoraggio delle politiche sociosanitarie che afferiscono alla responsabilità della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. In particolare nel 2008 si è operato per consolidare le funzioni di supporto alla Conferenza costituito dal Tavolo provinciale per l'integrazione sociale e sanitaria attraverso la formalizzazione del gruppo di lavoro costituito dai Responsabili di Ufficio di Piano, dai Direttori di Distretto, dall'Ufficio di supporto della Conferenza, dal Direttore delle Prestazioni Socio-sanitarie e dal Dirigente dell'Assessorato Provinciale alle Politiche sociali e sanitarie.

Nel 2008 è stata data attuazione al nuovo impianto della programmazione sociale e sanitaria con le modalità innovative ed integrate previste nel Piano Sociale e Sanitario regionale (PSSR), quindi:

1. sono stati predisposti, in collaborazione con l'Ufficio di supporto alla Conferenza, sia il **Profilo di Comunità** che la proposta di **Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS** per la programmazione socio-sanitaria provinciale;
2. sono stati impostati i **Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale** in tutti i Distretti;
3. è stato fornito supporto all'avvio di tutte le innovazioni previste nella Delibera G.R. 1206/07 sui temi della domiciliarità e di qualificazione della residenzialità, con particolare riguardo alle azioni di accompagnamento dei processi di accreditamento.
4. sono stati predisposti i documenti di indirizzo e sono stati pianificati gli interventi in tutti e quattro i Distretti.

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO DELLA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

L'Atto di indirizzo e coordinamento è stato redatto nel corso del 2008, è stato presentato in un percorso di partecipazione delle realtà istituzionali e non per acquisire osservazioni e proposte ed è stato approvato dall'Ufficio di presidenza della CTSS nella seduta del 24 novembre 2008. Questo percorso si è affiancato alla costruzione del primo "Profilo di Comunità". L'Atto di Indirizzo e coordinamento costituisce l'atto di fondazione alla nuova programmazione triennale.

Da questo Atto scaturiscono due nuovi impegni di programmazione:

1. il nuovo Piano Attuativo Locale 2009-2011
2. i Piani di Zona per la salute e il benessere distrettuale 2009-2011.

Il primo afferente all'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio provinciale, i secondi afferenti alla traduzione in ambito distrettuale della programmazione provinciale dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Due strumenti connessi, sui quali si è lavorato nel corso del 2008, guidati da una intensa attività di elaborazione costruttiva e attraverso un processo di partecipazione che si è sviluppato intensamente ed in maniera sempre più esteso, coinvolgente e diffuso.

Due strumenti fondamentali per ridisegnare e riprogettare il welfare e per attivare gli strumenti operativi annuali con i quali realizzare i programmi degli Enti Locali e dell'AUSL: i Piani annuali delle Azioni in capo all'Azienda Sanitaria ed i Piani Attuativi in capo agli Enti Locali nei Comitati di Distretto.

Il complesso percorso è sfociato nella stesura del nuovo PAL 2009-2011 nei primi mesi del 2009.

PROFILO DI COMUNITÀ

Dell'Atto di Indirizzo e coordinamento della CTSS, è parte integrante il Profilo di Comunità, destinato:

- ad illustrare le specificità del territorio provinciale;
- a divulgarne la conoscenza;
- ad arricchire gli strumenti di programmazione degli Enti Locali e delle Aziende Sanitarie.

La stesura del primo Profilo di Comunità ha soddisfatto la prima finalità: ricostruire, secondo lo schema regionale, una sintesi degli elementi che caratterizzano la comunità in cui viviamo (attraverso dati, informazioni ed indicatori sugli aspetti demografici, sull'ambiente e sul territorio, sulla sicurezza, sugli aspetti socio-economici, sulla salute e gli stili di vita).



Così come si è riusciti a rispondere alla necessità di evidenziare i servizi e le risorse, la domanda soddisfatta e non (in ambito sociale e socio-sanitario, in ambito sanitario, sui fattori di impatto sulla salute ed il benessere).

L'immagine che ne esce è già di per se articolata e complessa, anche perché si è preferito non limitarsi solo ad una semplice documentazione statistica, ma a supportarne la lettura e la comprensione con note di commento, a volte solo esemplificative e altre a volte già problematizzanti.

La ricerca delle informazioni, l'esigenza di armonizzare i periodi di riferimento sui dati, di riuscire ad attivare comparazioni attraverso serie storiche, di far comprendere la specificità ed il confronto distrettuale, di semplificare rappresentazioni ridondanti o di dettagliare rappresentazioni eccessivamente sintetiche, sono solo alcuni degli elementi con i quali è stato costruito il "Profilo" attraverso la discussione ed il coinvolgimento dei soggetti della comunità.

ELABORAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE 2009/2011

Nel corso del 2008 è stata impostato ed avviato il percorso di elaborazione del PAL 2009/2011 per la cui illustrazione si rinvia alla Sezione 7 del presente Bilancio di Missione dedicata agli “Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale”.

LE PROGETTUALITÀ DEI COMITATI DI DISTRETTO

I Comitati di Distretto hanno svolto un'intesa attività nel 2008 con particolare riferimento alla programmazione integrata sociale e sanitaria di livello distrettuale ed alla pianificazione dell'utilizzo del FRNA. Di seguito si dà conto di questo impegno significativo e si elencano i principali temi specifici affrontati in ogni Distretto.



Parma

Fidenza

Sud Est

Valli Taro e Ceno

Argomenti principali

- Approvazione del Piano di trasformazione in ASP dell'IPAB San Mauro Abate
- Analisi, valutazione, definizione del programma di Zona Attuativo 2008
- Gestione del FRNA: avvio della gestione amministrativa da parte del Comune Capofila e approvazione della convenzione per la gestione del FRNA
- Lotta alla zanzara tigre
- Stato di attuazione del FRNA 2007 - 2008 - Approvazione rendiconti 2007 e previsione 2008
- Nuova sede NPIA
- Seconda annualità FRNA e confronto con le OO.SS.
- Presentazione alle OO.SS. delle proposte di regolamento per i ricoveri di sollievo e l'assegno sociale e recepimento degli atti approvati dai Comuni
- Orientamento per l'accesso al fondo distrettuale per l'eliminazione delle barriere architettoniche per i nuclei più indigenti
- Presentazione piano degli spostamenti casa-lavoro AUSL di Parma
- Approvazione del progetto per lo Sportello Sociale Distrettuale
- Monitoraggio, sulle problematiche e delle criticità alla lotta antilarvale. Adempimenti dei comuni interessati alla lotta e prevenzione alla zanzara tigre
- Valutazione delle proposte di modifica del Regolamento dell'Assegno di Cura
- Definizione oneri a livello sanitario per la nuova struttura residenziale per anziani di Vigatto
- Valutazioni del Gruppo Tecnico e proposte per attuazione DGR n. 2/2008
- Presa d'atto del regolamento per la gestione degli assegni di cura e di sostegno per cittadini in situazioni di handicap grave o gravissimo
- Provvedimenti per il controllo della zanzara tigre e del virus chikungunya
- Nomina del Direttore di Distretto
- Approvazione Piano Attuativo 2008 del FRNA
- Gestione delegata attività sociale 2009
- Presentazione del Protocollo Interistituzionale per la tutela dei minori in situazione di sospetto abuso
- Avvio ASP Distretto Fidenza all'1.07.2008
- Linee di intervento per la gestione di eventuali ondate di calore
- Accordo di collaborazione tra Azienda Ospedaliera di Parma e Azienda USL - Ospedale di Vaio in attuazione del PAL
- Programma Pari e Protocollo di intesa per promozione progetti di inserimenti lavorativi persone disabili
- Programamzion e e ripartizione risorse FRNA disabili - 2008
- Monitoraggio e implementazione FRNA area anziani
- Avvio della Medicina di Gruppo di Langhirano
- Continuità assistenziale per case protette
- Applicazione del dell'accordo di continuità assistenziale
- Verifica PAL 2005- 2007
- Potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale di oculistica a Traversetolo e Langhirano
- Apertura punto prelievi a Sala Baganza e avvio del nuovo Poliambulatorio di Collecchio
- Gestione delle funzioni socio-assistenziali da parte dell'Azienda Pedemontana Sociale e Azienda Speciale Sud Est e stipula delle convenzioni
- Accreditamento per il Centro Cure Progressive
- Avvio della Campagna vaccinale con l'HPV
- Lotta alla zanzara tigre
- Gestione delle linee regionali per ondate di calore
- Incremento delle attività di vigilanza per la prevenzione degli infortuni sul lavoro
- Partecipazione al tavolo dell'a Provincia per il contrasto agli abusi/violenze in ambito minorile
- Definizione progetto di ristrutturazione della Fattoria di Vegheffio
- Approvazione piano di trasformazione dell'Ipab "Rossi Sidoli" di Compiano e statuto ASP
- Approvazione richiesta del Comune di Bedonia del convenzionamento di posti di Centro Diurno
- Approvazione Accordo di programma integrativo Piani di zona 2005 - 2007 per l'adozione del programma attuativo 2008 e del piano attuativo 2008 e del piano distrettuale delle attività del FRNA
- Approvazione del percorso di attuazione direttiva regionale n. 2/2008
- Presentazione delle modalità operative per l'attuazione del documento approvato dalla IV conferenza provinciale del volontariato
- Illustrazione atto aziendale
- Patto provinciale per la prevenzione e il contrasto alla dispersione scolastica e formativa
- Presentazione dati di attività del Distretto e Ospedale "S. Maria" anno 2007 - programmazione anno 2008
- Proposta del Comune di Solignano implementazione centro di aggregazione giovanile
- Analisi e proposta riorganizzativi della continuità assistenziale e del sistema di emergenza ed urgenza territoriale
- Approvazione protocollo operativo per interventi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili
- Approvazione delle intese di rete sul programma PARI relativo alle stabilizzazioni di lavoratori svantaggiati
- Programma attuativo locale 2008
- Approvazione del protocollo per l'accoglienza temporanea residenziale per disabili
- Approvazione piano degli interventi a favore delle persone disabili adulti FRNA 2008

- Bozza di intesa con il Centro per l'Impiego per accordo inclusione lavorativa finalizzata alle fasce deboli e diversamente abili

- Presentazione progetti di rete nella collaborazione tra CPI e Comuni del Distretto: Patto Provinciale per la lotta alla dispersione scolastica, Programma regionale per l'incentivazione alle stabilizzazioni di lavoro di soggetti svantaggiati, Protocollo distrettuale per l'inclusione lavorativa di fasce deboli.

- Programma 2008 e ripartizione delle risorse FRNA - Disabili

- Individuazione del Referente distrettuale per il Comitato Consultivo Misto Distrettuale

- Individuazione del Referente per la programmazione di zona in materia di politiche giovanili

- Presentazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento e proposte del Comitato di Distretto di Parma

- Partecipazione alla programmazione di zona: rapporti con il Terzo Settore

- Utilizzo delle risorse per favorire la mobilità verso il lavoro dei soggetti disabili

- Approvazione regolamento per l'abbattimento dei costi delle utenze per le famiglie con un numero di figli pari o superiori a quattro (L. finanziaria 296/2006)

- Relazione del Direttore generale

- Nomina del Direttore di Distretto

- Presentazione del Piano dell'assistenza specialistica

I COMITATI DI DISTRETTO E LA PROMOZIONE DELLE LAUREE IN "INFERMIERISTICA"

L'impegno dell'Azienda USL di Parma nel reclutamento di personale infermieristico, si è concretizzato anche nel 2008 attraverso la fattiva collaborazione dei Comuni di Borgo Val di Taro e di Fidenza, in attuazione degli indirizzi dei rispettivi Comitati di Distretto.

Sono state attivate, prima a Borgo Val di Taro e poi a Fidenza, già in passato titolari di Scuola per infermieri professionali, sedi distaccate dell'Università degli Studi di Parma, dove si realizza lo specifico corso di laurea in "Infermieristica".

Il progetto dell'Azienda USL di Parma è stato condiviso, fin dalla sua presentazione, sia dall'Università degli Studi di Parma che dalle Amministrazioni Comunali di Borgo Val di Taro e Fidenza.

Il supporto dei Comuni è stato fondamentale, oltre che nel farsi carico dell'individuazione e della sistemazione logistica delle sedi, nel provvedere all'erogazione diretta di contributi economici agli iscritti, consistenti in un assegno di studio pari alle spese sostenute per le tasse

universitarie; ed in un buono per l'acquisto dei libri di testo. Per gli allievi residenti in località decentrate, è stata messa a disposizione una foresteria. Gli studenti possono inoltre usufruire del servizio mensa, alle stesse condizioni dei dipendenti.

Le tabelle seguenti, evidenziano i dati salienti per le due sedi di corso di laurea.

Sede di Borgo Val di Taro:

Anno Accademico	N. studenti	Laurea A.A.	Sviluppi di carriera
2001/2002	21	2003/2004	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2002/2003	7	2004/2005	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2003/2004	3	2005/2006	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2004/2005 2006/2007	17 9	2006/2007 2008/2009	di cui 3 provenienti dalla Provincia di Nuoro *
2007/2008	8	2009/2010	Assunti presso strutture pubbliche e/o private
2008/2009	6	-	- - -

*Accordi tra la Provincia di Parma con la Provincia di Nuoro e i Comuni di Borgo Val di Taro e Fidenza.
Fonte - elaborazione interna AUSL Parma

Gli studenti iscritti alla sede di Borgo Val di Taro, per alcuni insegnamenti di competenza di docenti universitari della sede di Parma, possono seguire le lezioni in video conferenza, grazie al sistema messo a disposizione dalla Provincia di Parma per il collegamento delle sedi.

Il contributo erogato al Comune di Borgo Val di Taro relativo all'anno 2008 è pari ad Euro 21.829,65.

Sede di Fidenza:

Anno Accademico	n. studenti	Laurea A.A.	Sviluppi di carriera
2003/2004	11	2005/2006	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2004/2005	7	2006/2007	assunti inseriti nelle nostre strutture sanitarie
2005/2006 2006/2007	17 23	2007/2008 2008/2009	di cui 1 provenienti dalla Provincia di Nuoro *
2007/2008	22	2009/2010	Assunti presso strutture pubbliche e/o private
2008/2009	26	-	- - -

Il contributo erogato al Comune di Fidenza relativo all'anno 2008 è pari a € 62.169,23.

I PIANI PER LA SALUTE: PROMUOVERE LA SALUTE ATTRAVERSO LA PARTECIPAZIONE DIRETTA DI ENTI, ASSOCIAZIONI, SINGOLI CITTADINI

Nell'anno 2008, all'interno delle attività dei Piani per la Salute, si sono conclusi alcuni progetti e altri sono stati avviati, soprattutto per quanto concerne la promozione di stili di vita sani.

Nell'ambito della Sicurezza stradale sono state terminate le due ricerche-intervento:

- **“Per non farsi male”**, rivolta ai giovani della fascia d'età 14-24, già vittime di incidente. La ricerca prevedeva colloqui psicologici mirati presso il Pronto Soccorso dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. I risultati emersi sono stati presentati il 18 aprile 2008 nell'ambito di un convegno dal titolo “Giovani in pronto soccorso: complessità della lettura critica e ricchezza della cura”;
- **“Sì...ma a me non succede”** riguardante la sicurezza stradale e la percezione del rischio nei giovani. La ricerca, condotta in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma e l'Ufficio Scolastico Provinciale, ha coinvolto circa 500 giovani delle scuole secondarie di 2° grado di Parma e provincia, nell'anno scolastico 2006-2007. Triplice lo scopo: conoscere più a fondo il mondo giovanile, ponendo particolare attenzione ai “perchè” di certi comportamenti; sensibilizzare i giovani rispetto ai gravi rischi connessi alla guida; mettere meglio a fuoco strategie di prevenzione adeguate.

E' avanzato lo stato di realizzazione dei seguenti progetti:

- **“Bimbi a bordo”**: DVD riguardante i mezzi di trattenuta per bambini, che verrà presentato nel 2009;
- **Manuale di guida sicura per gli operatori della AUSL di Parma**: opuscolo informativo destinato ai dipendenti dell'Azienda USL volto ad accrescere, nei collaboratori aziendali, la consapevolezza dei rischi connessi alla guida (la sua diffusione è prevista nel 2009).

Sono stati, inoltre, definiti i seguenti progetti:

- **Giovani e percezione del rischio**: incontri informativi/formativi nelle scuole con la duplice finalità: disincentivare i comportamenti a rischio ed integrare la riflessione su tali comportamenti nel curriculum scolastico;
- **Prevenzione di incidenti e infortuni da eccessiva sonnolenza**: il progetto ha lo scopo di prevenire gli incidenti stradali e gli infortuni nei luoghi di vita e di lavoro, attraverso la realizzazione di iniziative educative strutturate e partecipate.

Rispetto al programma Sicurezza sul lavoro, nel 2008 si sono conclusi i progetti:

- **Rassegna Cinematografica “Sguardi al Lavoro”**: la proiezione di 7 film dedicati alla sicurezza sul lavoro, finalizzata a sensibilizzare la popolazione generale sulla tematica;
- **“Un Patentino per la Sicurezza”**: concorso a premi sulle tematiche della sicurezza sul lavoro rivolto agli studenti delle scuole secondarie della provincia. L'iniziativa si è conclusa con una mostra degli elaborati presentati in concorso e con un'iniziativa pubblica di premiazione degli elaborati migliori;
- **Organizzazione di uno sportello informativo (SIRS) per Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)**: il progetto, che ha l'obiettivo di concorrere alla promozione e qualificazione del ruolo di questa figura prevista dal D. Lgs 81/08, si è concluso con l'

accordo tra le parti, presentato con un'iniziativa pubblica nel mese di aprile 2008;

- **Contributo alla formazione degli RSPPA** (responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale) e degli addetti SPPA della scuola in ottemperanza al D. Lgs 195/03: obiettivo del progetto è il sostegno e la facilitazione ai Dirigenti Scolastici per favorire il rispetto del nuovo adempimento.

Sono ancora attivi, invece, i progetti relativi a:

- **Adeguate gestione degli appalti in ambiente scolastico:** il progetto è volto a garantire il rispetto degli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/08 in termini di appalti, attraverso percorsi coerenti e strumenti semplificati;
- **Contributo degli Amministratori di condominio alla riduzione degli infortuni sul lavoro,** finalizzato a perseguire piena responsabilizzazione degli Amministratori di Condominio, nel loro ruolo di Committenti, nei confronti degli obblighi e doveri sulla sicurezza disciplinati dal D.Lgs 494/96 e relativi agli interventi sugli immobili;
- **Come migliora la salute/sicurezza, la qualità e la produttività in un ambiente di lavoro senza Alcool,** finalizzato alla riduzione del danno Alcool-correlato nei luoghi di lavoro in genere, ma con una particolare attenzione ai settori di attività particolarmente a rischio infortuni, ovvero per la sicurezza di terzi.

Per quanto riguarda il Programma Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici, prosegue il progetto Rilevamento dei dati SINIACA (in collaborazione con il progetto nazionale coordinato dall'ISS), relativamente agli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Fidenza - San Secondo, secondo una griglia analitica sulle modalità di accadimento ed il tipo di lesione.

Ha inoltre preso il via il progetto: "Uffa! Che fatica crescere sicuri", per la riduzione del rischio di incidente domestico nei bambini della fascia d'età 0 – 3 anni, rivolto ai genitori dei nuovi nati, che prevede una prima fase di valutazione della loro percezione del rischio specifico ed una seconda fase di informazione sulle criticità presenti nelle abitazioni e sulle modalità per ridurre il rischio attraverso modifiche strutturali e/o comportamentali.

Nell'ambito del programma "Promozione stili di vita sani" sono stati avviati, e proseguono, i progetti:

- **DVD multimediale "Paesaggi di prevenzione":** l'AUSL ha partecipato al progetto regionale, che prevede l'uso di uno strumento multimediale a supporto delle attività di promozione della salute svolte nelle scuole secondarie di primo e secondo grado. Il progetto prevede un percorso formativo dedicato agli operatori aziendali per supportare i docenti nell'uso del DVD sui temi dell'alimentazione, attività fisica, contrasto al fumo e all'alcool;
- **Crescere in armonia, educare al benessere:** il progetto prevede la divulgazione di informazioni relative all'alimentazione e alla qualità dei cibi attraverso lezioni teoriche frontali e lezioni di cucina presso l'Accademia Barilla. E' rivolto ad insegnanti, alunni e genitori della scuola dell'Infanzia e Primaria ed agli operatori della ristorazione;
- **Educasport:** il progetto prevede la formazione di docenti, istruttori e allenatori degli alunni della Scuola Primaria e Secondaria di Parma e provincia, su contenuti tecnici e psicologici relativi all'attività sportiva e motoria;
- **"Scegli con gusto per la salute- Distributori automatici":** obiettivo del progetto è

migliorare la qualità dei prodotti contenuti nei distributori automatici presenti nelle strutture AUSL di Parma e provincia e utilizzati dai dipendenti e dagli utenti. Esso prevede interventi informativi, rivolti agli operatori dell'Azienda USL e all'utenza dei servizi aziendali, relativi all'acquisizione di corretti stili di vita ed interventi di miglioramento della qualità dei prodotti alimentari proposti nell'ambito dei distributori automatici;

- **“Scegli con gusto per la salute- Cibo, corpo e media”:** il progetto si inserisce nell'ambito della programmazione integrata a livello aziendale ed interistituzionale per la prevenzione del disagio giovanile e dei disturbi alimentari legati all'apporto squilibrato di alimenti. Scopo del progetto è favorire corretti stili di vita e maggior consapevolezza nei confronti dei messaggi pubblicitari, attraverso attività di educazione alla salute rivolte a studenti della Scuola Secondaria di 1° e 2° grado, docenti, dirigenti scolastici, genitori e ditte di vending;
- **Diamoci e ridiamoci una mossa: il progetto, attuato in collaborazione con UISP:** è volto a sensibilizzare famiglie, alunni e docenti sull'importanza di corretti stili di vita come fonti di benessere psico-fisico per prevenire malattie cronico-degenerative, attraverso interventi educativi finalizzati a migliorare le conoscenze e la consapevolezza delle scelte alimentari e motorie rivolti agli alunni delle scuole primarie dei Comuni di Felino, Calestano e Collecchio;
- **Ristorazione scolastica di qualità:** con questo progetto si intende offrire un supporto tecnico ai servizi di ristorazione scolastica del territorio provinciale attraverso la consulenza su capitoli, tabelle dietetiche e menù adattati alle varie fasce di età e all'eventuale presenza di patologie per fare acquisire, attraverso la ristorazione scolastica, buone abitudini alimentari;
- **Sorveglianza nutrizionale:** il progetto ha lo scopo di rilevare i dati antropometrici, le abitudini alimentari e gli stili di vita nell'ambito dell'indagine nazionale “Okkio alla salute”, eseguita su un campione di bambini di 9 anni e loro famiglie, ma anche dell'indagine regionale svolta su un campione di giovani di 14 e di 17 anni e loro famiglie di Parma e provincia;
- **CON-I-GIOVANI Sport e salute per il benessere dei giovani a Neviano degli Arduini:** il progetto poliennale si inserisce nell'ambito della programmazione integrata a livello aziendale ed interistituzionale per il miglioramento degli stili di vita in età evolutiva. Coinvolge i bambini e gli alunni con le rispettive famiglie e i docenti del territorio del Comune con percorsi educativi, formativi ed esperienziali in ambito alimentare per la promozione di una attività fisica quotidiana. Sono previste rilevazioni antropometriche e questionari condivisi di verifica;
- **Infanzia a colori:** il progetto riguarda la prevenzione del fumo di sigaretta ed utilizza una guida metodologica e didattica ad uso degli insegnanti della scuola dell'Infanzia e della scuola primaria. Scopo del progetto è l'attivazione di percorsi didattici volti a favorire la scelta del non fumo;
- **Prevenzione del tabagismo nella popolazione generale con l'intervento dei MMG:** il progetto prevede il coinvolgimento dei Medici di medicina generale in una rete territoriale di contrasto al tabagismo e ha una triplice finalità: realizzare l'obiettivo “Studi medici senza fumo”; sensibilizzare i Medici di medicina generale rispetto all'identificazione dei fumatori tra i propri assistiti e al motivarli a smettere; fornire le conoscenze necessarie per il corretto

invio dei pazienti al Centro Antifumo Provinciale.

UNIVERSALITÀ ED EQUITÀ DI ACCESSO

L'Azienda è impegnata nella sua attività ordinaria nella realizzazione migliore, intesa come attività efficace, efficiente equa, accessibile a tutti, del sistema che persegue la salute e la qualità della vita di tutti i soggetti presenti nel nostro territorio di riferimento, così come universalmente indicato dalla normativa nazionale e regionale, i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza: le prestazioni e servizi essenziali per la tutela, la cura ed il recupero della salute da assicurare a tutti e in modo uniformi nel Paese, insieme alle modalità per applicarli.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano complessivamente, nel 2008, di 2.307 posti letto accreditati ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale, articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e S. Maria a Borgo Val di Taro, e le Case di Cura private accreditate: l'83,1% dei posti letto è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta. Per il 57,8% all'intero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 25,2%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale. A livello aziendale il tasso di ospedalizzazione è pari a 183,86 ricoveri per 1.000 residenti, di poco superiore al valore regionale, pari per il 2008 a 180,23.

Il modello "hub & spoke", prevede la concentrazione delle attività e delle prestazioni di elevata complessità/costo o di quelle correlate a malattie rare, in centri di eccellenza (hub) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente coordinati (spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

Questo processo di razionalizzazione del sistema di cura, provinciale di Area Vasta e Regionale, è tuttora in corso, comportando un importante cambiamento sia strutturale che culturale, in campo medico ed assistenziale.

In specifico rispetto ad alcuni obiettivi assegnati dalla Regione nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si illustra quanto realizzato nel 2008 con riguardo a:

- liste di attesa per i ricoveri ospedalieri;
- gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse

mentre per quanto riguarda le reti cliniche si rinvia al successivo paragrafo sulla Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

LISTE D'ATTESA PER I RICOVERI OSPEDALIERI

Gestione informatizzata Liste di attesa dei ricoveri programmati

Nell'ambito degli ospedali dell'Azienda Usl nel corso del 2008 è stata perfezionata la gestione informatizzata delle liste di attesa per i ricoveri programmati con particolare riferimento per l'area chirurgica. Tale progettualità, in linea con la programmazione regionale, ha avuto due aree di elaborazione:

Ridefinizione dei criteri di priorità

La riclassificazione ha portato alla definizione di quattro classi di priorità in funzione dell'urgenza clinica:

Classe A - Alta Priorità (utenti da sottoporre ad intervento entro 30 giorni)

Classe B - Media Priorità (utenti da sottoporre ad intervento entro 60 giorni)

Classe C - Bassa Priorità (utenti da sottoporre ad intervento entro 180 giorni)

Classe D - Differibile (utenti da sottoporre ad intervento entro 12 mesi)

Revisione dei nomenclatori delle prestazioni

Nel corso del 2008 è stata ultimata la revisione ed implementazione dei nomenclatori regionali delle prestazioni di Ortopedia e Chirurgia Generale. Tale funzionalità, in linea con il Progetto regionale SIGLA, consentirà di inviare dati relativi ai pazienti in attesa al pannello regionale garantendo un monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa per patologia e intervento a livello provinciale e regionale.

Gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero

L'analisi dei ricoveri ordinari presso gli Ospedali dell'Azienda USL ha evidenziato un panel di patologie croniche suscettibili di un nuovo approccio organizzativo che consenta di adeguare la capacità di risposta del sistema ai cambiamenti epidemiologici, caratterizzati da un prevedibile incremento della casistica e di conseguenza dalla modifica della domanda assistenziale.

I più frequenti DRG di area medica sono risultati essere:

- 127 – insufficienza cardiaca e shock
- 014 – malattie cerebrovascolari specifiche eccetto A.I.T.
- 088 – malattia polmonare cronica ostruttiva

Una nuova modalità di approccio alla gestione di tali patologie implica cambiamenti organizzativi e l'introduzione di modalità operative specifiche ai vari livelli del sistema (prevenzione, territorio, ospedale) che, tenendo conto dell'eziologia e dell'epidemiologia, consentano di prevenire l'insorgenza o l'aggravamento delle patologie croniche, attraverso interventi adeguati alla specifica patologia ed al livello di rischio.

Nell'anno 2008 si è pertanto deciso di intervenire prioritariamente sul percorso dello scompenso cardiaco, in quanto rappresenta la principale causa di ricovero ospedaliero di area medica.

L'approccio organizzativo ha permesso di individuare nell'Ospedale di Fidenza-S.Secondo una duplice tipologia di intervento:

- differenziare il livello di risposta ospedaliera attraverso la definizione di percorsi basati sulla diversa necessità di risorse clinico-assistenziali: percorso ambulatoriale semplice; day service; day hospital; ricovero ordinario
- incrementare la interazione tra MMG e specialisti ospedalieri per consentire una individuazione ed un trattamento precoce dell'instabilizzazione clinica e degli eventi precipitanti, tali da consentire un minor ricorso alla ospedalizzazione dei pazienti.

MOBILITÀ PASSIVA

L'Azienda USL di Parma ha sostenuto nel 2008 un costo di 35,4 milioni di € per il finanziamento dei ricoveri erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 20,4 milioni di € per la mobilità extra-regionale e 15 milioni di € per i ricoveri erogati da strutture di altre province. Le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la provincia di Parma: le strutture delle province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente quasi il 66% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 73,8% dei circa 20 milioni di € di mobilità passiva interregionale. Oltre alle strutture sanitarie delle province di Reggio Emilia e Piacenza è importante segnalare il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna alla quale i residenti di Parma si rivolgono principalmente per interventi di trapianto cardiaco, di midollo osseo e di fegato.

Nel presente paragrafo dedicato all'Assistenza Ospedaliera, sono illustrate le principali linee di attività realizzate nel 2008 mentre si rinvia alla Sezione 2 per l'illustrazione più puntuale dei dati di attività.

LA PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI

Nel corso del 2008 è proseguita e si è affinata l'attività di controllo sulle prestazioni di ricovero in mobilità passiva. I rilevanti volumi di prestazioni ospedaliere contestate ed accolte dalle Aziende interessate, anche negli ultimi anni, sono a sostegno della necessità di mantenere attiva la rete di controllo, che garantisce una corretta imputazione ai territori di riferimento della spesa ospedaliera.

A cura della Direzione Sanitaria - Ufficio mobilità sono stati effettuati i controlli logico-formali su tutta la casistica, con rispetto dei termini di contestazione. Le contestazioni accettate per mobilità passiva sono state pari a 1.071.173 euro, di cui 917.349 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Sono state inoltre predisposte linee guida per riorganizzare il sistema dei controlli di merito sdo/cartella clinica, con modalità più aderenti ai criteri attuati in Area vasta Emilia Nord sia sul 2° semestre del 2007 sia sul 1° semestre 2008 ed è stata attivata una collaborazione pacifica tra gli ospedali aziendali e il Distretto di Parma per la realizzazione dei controlli di merito. Il Dipartimento di Salute mentale ha attivato il cruscotto provinciale per i ricoveri presso la Casa di cura accreditata psichiatrica Villa Maria Luigia.

I controlli di merito presso l'Azienda Ospedaliero –Universitaria di Parma sono affidati alla stessa azienda, in applicazione delle modalità di autocontrollo applicate dalle aziende sanitarie pubbliche in area AVEN e regionale.

Per i controlli di merito SDO - cartelle cliniche negli Ospedali a gestione diretta i controlli sull'annualità di riferimento vengono completati entro il mese di aprile dell'anno successivo, in quanto sono effettuati a partire dai ritorni informativi regionali validati, dei quali quello relativo al IV trimestre è disponibile nella seconda metà del mese di febbraio.

Per i controlli sulle lettere di dimissione è proseguita l'azione di controllo, già avviata nell'anno 2007, a supporto anche dei Dipartimenti ospedalieri.

Nel presente paragrafo dedicato all'Assistenza Ospedaliera, sono illustrate le principali linee di attività realizzate nel 2008 mentre si rinvia alla Sezione 2 per l'illustrazione più puntuale dei dati di attività.

OSPEDALE DI FIDENZA - SAN SECONDO

Nel 2008 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo Parmense ha ulteriormente incrementato la propria attività passando da un totale di 12.451 ricoveri a 12.581, una variazione positiva derivante da un aumento di 67 ricoveri per i residenti di altre province e Regioni; i ricoveri per i residenti della provincia di Parma sono infatti rimasti stabili fra i due anni. In particolare la variazione positiva del flusso di mobilità è il risultato di un incremento significativo nel numero di ricoveri per residenti della provincia di Piacenza (+68) e di altre Regioni (+32), mentre si sono contratti i flussi provenienti dalle province di Reggio Emilia e Modena (-31).

Integrazione Ospedale-Territorio

- il percorso delle dimissioni protette è stato oggetto di progetto di miglioramento; la procedura è stata oggetto di monitoraggio attraverso Audit organizzativo, con elaborazione di report specifico
- sono state definite con la direzione di Distretto le ulteriori figure da coinvolgere nella gestione integrata del dolore e si sono definite con la direzione Aziendale le modalità di costituzione del nuovo Comitato aziendale

Qualità e Accredimento

- sono stati oggetto di progetti di miglioramento: il Piano di formazione, le Dimissioni protette; la Gestione del rischio con specifico riferimento alle cadute e lesioni da decubito
- sono stati effettuati Audit organizzativi su: dimissioni protette, gestione del rischio, gestione cartella clinica, procedura neoassunto, gestione assistenza integrativa non sanitaria, procedure/istruzioni operative generali presentate in sede di accreditamento dell'Ospedale
- sono state trasmesse le informazioni/indicazioni specifiche alle UU.OO., per il percorso interno di mantenimento dei requisiti di Accredimento

Ricerca

- è stata completata la formazione relativa al progetti LASER
- è stata completata la formazione a livello regionale del personale della U.O. di Rianimazione che partecipa al progetto di sorveglianza delle Terapie intensive

Per quanto riguarda l'attività l'Ospedale di Fidenza-S.Secondo, dopo l'avvio della nuovo stabilimento di Vaio, ha registrato in questi anni:

- un progressivo incremento dell'attività, sia nei ricoveri che nelle prestazioni ambulatoriali erogate;
- una marcata differenziazione delle caratteristiche dei due poli: un ospedale per l'acuzie e per la gestione dell'emergenza a Vaio e un ospedale per la gestione della fase post-acuta con forti connessioni territoriali quale "Complesso sanitario ospedaliero territoriale" a S. Secondo
- un incremento della complessità delle patologie trattate a Vaio, anche grazie ad una graduale differenziazione delle competenze professionali, capaci in numerosi casi di buona attrazione al di là del bacino territoriale di ordinaria afferenza dell'ospedale
- una diversificazione dei servizi offerti, con l'incremento della disponibilità di Day Hospital, l'avvio di esperienze di Day Service e l'incremento della presenza degli specialisti dell'ospedale nei presidi territoriali.

Al 31.12.2008 i dati di attività rilevati dalla procedura di ricovero ospedaliera e dalla banca dati regionale indicano:

- + 3,18% dei ricoverati in degenza ordinaria con pari riduzione percentuale dei ricoveri in D.H.;
- - 1% nella durata media della degenza ospedaliera;
- +1,44 % di aumento delle dimissioni dalla degenza ordinaria pari a + 122 casi validi rispetto al 2007 con un consolidamento dell'attività di ricovero in regime ordinario; un'aumento della complessità della casistica trattata pari al 4,07%;
- + 4,47% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da professionisti ospedalieri.

Nello specifico, le azioni di sviluppo previste per ciascun Dipartimento si sottolineano le attività che seguono:

Dipartimento di Medicina interna, specialistica e riabilitativa

- Sono stati oggetto di riorganizzazione le attività ambulatoriali del centro antidiabetico e del centro epatologico; è avviato il percorso di day service della sclerosi multipla ed è in corso di completamento il percorso di day service di prima diagnosi del diabete; è in fase di rivalutazione il progetto di riorganizzazione delle funzioni di day hospital in riferimento alla allocazione degli spazi
- E' stato attivato in via definitiva il percorso di trattamento dello stroke con trombolisi, dopo accordo con l'Azienda ospedaliero universitaria; è stato definito il percorso interdipartimentale per la gestione dello scompenso cardiaco

- La degenza media del Dipartimento, esclusa la LDPA si è ridotta del 9,19%, passando da 10,66 a 9,68
- Al 31.12.2008 il numero di casi validi si è incrementato nella degenza ordinaria di 155 unità pari al 7,43%, ma ridotto nel ricovero di D.H. di 82 unità per lo spostamento alla gestione ambulatoriale di parte della casistica trattata, nell'ottica di una maggiore appropriatezza clinica.
- Al 31.12.2008 le attività ambulatoriali del Dipartimento hanno confermato un trend incrementale attestandosi ad un + 7,06% pari a n. 2.998 prestazioni in più rispetto al 2007
- Al 31 dicembre 2008 il consuntivo di spesa per farmaci si è incrementata dello 0,69% rispetto alle previsioni di budget formulate in considerazione di nuovi farmaci utilizzati e dell'accesso di pazienti residenti in altre province della regione pur registrando una crescita del 19% rispetto al 2007, in gran parte riattribuita tramite mobilità infra regionale alle aziende di residenza dei pazienti
- Al 31.12.2008 è aumentata l'appropriatezza sull'utilizzo di sangue con una diminuzione del 2,85% rispetto all'anno 2006
- Al 31.12.2008 i pazienti trasferiti a Villa Igea sono stati circa 170. Nel corso del 2008 sono stati avviati incontri mirati con gli operatori di Villa Igea per la definizione di percorsi condivisi e di controlli adeguati che hanno portato alla elaborazione di una nuova convenzione.

Dipartimento di Chirurgia generale e specialistica

- Il percorso di day surgery è stato ridefinito alla luce della necessità di maggiore integrazione con i percorsi di sala operatoria; è stato ridefinito il fabbisogno di personale, è stata completata la ricognizione dei fabbisogni legati a modifiche strutturali, di arredi e attrezzature e sono state avviate le azioni propedeutiche all'avvio delle attività
- Al 31.12.2008 il numero dei DRG chirurgici si è incrementato nella degenza ordinaria di 162 unità rispetto al 2007, pari a + 5,82%. Nell'ottica di un aumento dell'appropriatezza clinica si è provveduto alla riorganizzazione dell'attività di day hospital nella modalità del day service ambulatoriale con conseguente diminuzione nel numero di casi trattati con questa tipologia di ricovero
- Nel 2008 l'aumento dei casi validi nella chirurgia protesica di anca e ginocchio è stato pari a + 22,50% rispetto all'anno precedente. L'attività è infatti passata dai 120 casi validi rilevati nel 2007 ai 149 rilevati nel 2008
- Al 31.12.2008 a fronte di incremento dell'attività chirurgica e del numero di interventi ad elevata necessità di sangue si è realizzato anche un incremento del suo utilizzo rispetto al 2006 pari a +16,65%
- Sono stati avviati gli incontri tra specialisti ospedalieri e distrettuali per l'elaborazione di progetto specifico; sono state definite modalità di interazione tra ospedale e territorio per la gestione integrata delle attività dei consultori, con particolare riferimento al percorso nascita

Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Servizi diagnostici

- E' stato definito il percorso organizzativo e sono state esperite le procedure per assicurare la disponibilità di medici per l'attivazione dell'automedica h24 nel 2009
- E' stato avviato nel mese di ottobre il percorso di trattamento dello stroke con trombolisi, contestualmente all'AOU di Parma
- E' stato concordato tra le UU.OO. interessate il percorso per la gestione dello scompenso cardiaco
- E' stata attivata la funzione di day hospital cardiologico; è stato definito, in accordo con il DCP di Fidenza, il percorso sui pazienti a domicilio e sono stati individuati i percorsi per la gestione delle attività ambulatoriali semplici e di day service. E' stato predisposto il progetto che prevede il percorso organizzativo del rientro a Fidenza di pazienti sottoposti a coronarografia
- Tenuto conto delle indicazioni regionali sul centro unico provinciale per l'effettuazione di partoanalgesia h24 (AOU Parma), sono state messe in atto azioni rivolte al controllo del dolore durato il parto, tra le quali si segnala il consolidamento del travaglio e parto in acqua
- A fronte di un incremento dell'attività chirurgica, sono state incrementate le visite anestesiolgiche e vengono mantenute le sedute concordate
- Al 31.12.2008 il dipartimento ha ottenuto un significativo risparmio sulla spesa farmaceutica pari a - 9,51% di quanto previsto a budget 2008.

OSPEDALE SANTA MARIA DI BORGO VAL DI TARO

L'Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro deve consolidare le proprie caratteristiche di ospedale generale per acuti e post acuti, di riferimento per il territorio del Distretto Valli Taro e Ceno nonché il proprio pieno inserimento nella rete ospedaliera della provincia di Parma e della Regione Emilia Romagna, secondo il modello regionale di Hub and Spoke.

L'attività del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro ha subito, nel 2008, un aumento di 174 ricoveri (4,6%) passati da 3.766 del 2007 a 3.940. L'aumento di attività ha riguardato sia l'attività a favore dei residenti, cresciuta in maniera significativa (+147 casi) che quella a favore di altre province e Regioni, aumentata di 34 casi, di cui in particolare 16 in più dalla provincia di Piacenza e 21 da altre Regioni (in particolare Liguria e Campania).

Sono proseguite le attività correlate all'implementazione del progetto di messa a norma per l'antincendio.

E' stata realizzata la fase di informazione generale propedeutica all'accreditamento dell'ospedale.

Hanno avuto ulteriore sviluppo le attività integrate con il Distretto:

- le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da specialisti ospedalieri sono state erogate su tutta la gamma delle competenze presenti in ospedale.
- le consulenze per il centro residenziale di cure palliative sono state erogate con tempestività e continuità

- la partecipazione al Progetto Sole si è concretizzata con la messa a punto delle prime possibilità di collegamento con il laboratorio ospedaliero.

La realizzazione del progetto integrato sulla palliazione, con estrinsecazione a livello territoriale, ha coinvolto professionalità del Dipartimento Medico per sopperire alla carenza di anestesisti.

Nello specifico per quel che attiene il consolidamento:

Dipartimento medico e diagnostico

Unità Operativa di Medicina Interna

Nel corso del 2008 è proseguita l'attività diagnostica in telecardiologia a favore delle Case protette del territorio distrettuale, l'attività del Day hospital oncologico per il trattamento di chemioterapia dei residenti nel Distretto, in continuità terapeutica con l'U.O. di Oncologia e le strutture di Ematologia dell'Azienda ospedaliero universitaria di Parma.

Il Dirigente Medico dell'U.O. di Medicina interna ha proseguito l'attività di presa in carico e di trattamento dei residenti, in particolare per la malattia diabetica, oltre ad essere proseguita la presenza attiva nel Gruppo di lavoro aziendale. E' stata promossa l'integrazione degli organici dell'U.O. di Medicina interna e Lungodegenza post internistica; la fase progettuale è terminata nel 1° semestre ed è iniziata la fase operativa.

Unità Operativa di Radiologia

Nel corso del 2008 è proseguita la collaborazione all'attività di screening senologico per il bacino di utenza dell'alta Val Taro e l'attività di screening della displasia congenita dell'anca per il Distretto di competenza. L'attività di diagnostica TC è proseguita con l'attuale apparecchiatura, con attività formative mirate all'acquisizione di competenza per l'uso della TC 16 strati di prossima installazione.

Dipartimento chirurgico

Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia

L'attività di chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio è proseguita ai livelli qualitativi ormai consolidati e anche in questo ambito sono stati assicurati gli alti livelli qualitativi prestazionali. L'attività è stata garantita anche negli ambulatori decentrati di Fornovo e Parma.

Unità Operativa di Chirurgia Generale

Nell'ambito del progetto quadriennale, l'attività è stata erogata soprattutto nelle patologie della colecisti. L'attività prestata dall'equipe dell'Ospedale di Borgotaro, per casi di particolare impegno, presso l'Azienda ospedaliero universitaria di Parma, è stata mantenuta e consolidata; è stata aumentata l'attività diagnostica, con utilizzo di ecocolordoppler.

Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia

Sono proseguite le attività di collaborazione tra le Unità Operative di Ginecologia- Ostetricia dei due ospedali a gestione diretta aziendale. E' proseguita l'attività di prelievo del sangue cordonale,

con la supervisione dell'U.O. di Immunoematologia e trasfusionale dell'Azienda ospedaliero universitaria di Parma.

Unità operativa di Anestesia

E' proseguita l'attività di terapia antalgica, sia in ambito oncologico che post chirurgico, anche attraverso la collaborazione della palliativista in dotazione alla U.O. di Medicina Interna.

Nello specifico, le azioni di sviluppo in ciascun Dipartimento:

Dipartimento Medico e Diagnostico

- I ricoveri in riabilitazione cardiologia sono aumentati, con notevole miglioramento dell'indice di occupazione
- La trasmissione diretta dell'ecg all' Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, nell'ambito del progetto provinciale "Infarto miocardio Acuto", ha trovato difficoltà per problemi derivanti dalla assenza "di campo" in molte aree della montagna ovest
- Il laboratorio di Analisi Cliniche ha implementato il sistema informatici ITACA
- La nuova procedura per le dimissioni difficili/protette, per i degenti del Distretto Valli Taro e Ceno, è stata predisposta ed è stata iniziata la fase di formazione
- E' stata concordata una proposta di riconfigurazione strutturale della Lungodegenza post-internistica
- L'ambulatorio di secondo livello per l'ipertensione è stato attivato

Dipartimento Chirurgico: U.O. Ortopedia e Traumatologia

- E' stata completata la ristrutturazione della terza sala operatoria, ed avviata l'attività relativa alla rimozione di cataratta e liberazione del tunnel carpale
- La riorganizzazione dei posti letto di day surgery e di chirurgia ambulatoriale protetta, ha previsto la dotazione di strutture utilizzabili per gli operandi di cataratta e per le attività di chirurgia antalgica
- E' stata realizzata la palestra per riabilitazione ortopedica

Dipartimento Chirurgico: Unità Operativa di Chirurgia Generale

- Sono proseguite le attività integrate di progetto senologia
- E' proseguito lo sviluppo del progetto proctologia
- L'attività chirurgica è stata sostanzialmente stabile

Dipartimento Chirurgico U.O. Ginecologia e Ostetricia

- Sono proseguite le azioni positive per il sollievo del dolore nel parto fisiologico, per la parte specifica di attuazione del progetto aziendale secondo le indicazioni della specifica direttiva regionale
- Sono stati espletati 3 parti in analgesia epidurale, attraverso la collaborazione delle u.o.c. di Ostetricia e di Anestesia
- E' stata acquisita l'attrezzatura per la Sala Travaglio-Parto: sgabello olandese, pallone rilassante, spalliera

- Sono state attuate tutte le metodiche tese al raggiungimento dell'obiettivo di consentire alla donna le migliori condizioni per l'espletamento del parto

ACCORDI INTERAZIENDALI

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Le linee generali dell'Accordo di fornitura per l'anno 2008 hanno riguardato :

- Promozione dell'appropriatezza d'uso dei servizi ed efficacia delle cure, sia in termini di ricovero che di durata di degenza;
- Miglioramento della qualità degli interventi;
- Sviluppo di un sistema ospedaliero integrato;
- Inserimento dell'intervento ospedaliero in un contesto operativo di rete tra strutture provinciali e regionali (secondo il modello regionale hub and spoke) e con i servizi territoriali.
- Prosecuzione del percorso di riconversione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime ordinario in modalità di degenza/assistenza più appropriate ed a minor costo
- Riconduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati, alle condizioni di maggiore efficacia clinica ed equità di accesso per il paziente, in termini di autosufficienza territoriale.

L'attività di degenza erogata a favore dei residenti della provincia di Parma, nell'anno 2008, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria è stata pari a 42.935 ricoveri, valore in crescita rispetto allo scorso anno (l'aumento è infatti dell'1,37%): i ricoveri in regime diurno aumentano del 2,32% passando da 8.819 a 9.024; anche i ricoveri in regime ordinario crescono di 376 unità (+ 1,12%). L'andamento dei ricoveri si riflette sui punti prodotti, cresciuti del 2,60% per i ricoveri ordinari e dell'1,97% per quelli in day-hospital.

La durata di degenza media per i ricoveri ordinari per i residenti è di 9,4, mentre cresce a 6 il numero medio di accessi per i trattamenti in regime diurno. Da segnalare che la degenza media in regime ordinario, anche se al di sopra della media regionale, risulta in diminuzione rispetto al valore di 9,5 registrato nel 2007.

L'attività relativa ai DRG oggetto di intesa finalizzata al recupero della mobilità passiva, risulta avere un andamento positivo; infatti, per quasi tutti i DRG considerati l'aumento è significativo e consente il raggiungimento degli impegni assunti da parte dell'Azienda Ospedaliero Univesitaria. Si conferma la situazione critica in alcune aree evidenziata nel corso del primo semestre. In particolare si evidenzia la situazione degli interventi di protesi d'anca per i quali, si osserva un miglioramento rispetto ai valori del secondo trimestre 2007, il tempo di attesa ma permane ben al di sotto degli standard nazionali e per il tumore alla. In generale si sottolinea come per tutti gli interventi sottoposti a monitoraggio (ad eccezione dell'intervento per tumore della mammella e dell'endoarteriectomia carotidea) i tempi di attesa sono peggiorati rispetto a quelli registrati nel secondo trimestre 2007 con variazioni negative soprattutto per l'angioplastica, per il tumore all'utero e per quello del colon retto.

Per quanto riguarda l'attuazione delle linee guida sul parto fisiologico con conseguente riduzione del numero di parti cesarei, l'analisi dei dati del periodo gennaio-settembre 2008 ha

evidenziato una quota di parti cesarei sul totale dei parti pari al 36,90%, in riduzione rispetto al 38,1% registrato nel medesimo periodo dello scorso anno.

Per quel che riguarda la mobilità sanitaria passiva, l'attività relativa ai DRG oggetto di intesa risulta avere un andamento positivo nel periodo considerato. Per quasi tutti i DRG considerati l'aumento è infatti significativo: e permette di raggiungere agevolmente gli impegni assunti dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria.

Per quanto riguarda l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nel complesso si evidenzia un aumento delle attività con + 26.511 prestazioni (+ 1,11%): sono soprattutto l'area della Diagnostica (TAC, EMG, ECG, ECD), l'area delle Visite (in particolare le visite di controllo) e quella delle Prestazioni Terapeutiche (Radioterapia) a registrare i maggiori incrementi. In generale si osserva un rafforzamento della produzione in ambiti precedentemente critici (es. TAC, EMG) e, a partire dal 4° trimestre 2008, si è osservato anche un miglioramento in alcune prestazioni particolarmente critiche (RM addome, RM cerebrale, visita endocrinologica, visita cardiologica, elettromiografia), a seguito di un potenziamento delle attività dell'AOSP in base alle indicazioni della committenza fatta dall'Azienda USL.

Il governo delle liste di attesa

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Nel contesto della provincia di Parma la programmazione relativa all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale è stata sviluppata su due assi portanti che hanno trovato corrispondenza con la normativa regionale:

1. Il programma dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (2005) che, in applicazione della DGR 293/2005 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno" ha preso in esame in maniera integrata la domanda e l'offerta di prestazioni e la progettazione di interventi finalizzati all'ampliamento dell'offerta nelle aree critiche, alla razionalizzazione della struttura erogatrice e dei percorsi di accesso, al governo della domanda e al miglioramento dell'appropriatezza. Tale documento ha trovato piena compatibilità con il Piano Attuativo Locale.
2. Il Piano provinciale per il governo dei tempi di attesa (2007) che, in applicazione della DGR 1532/2006 "Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa" ha delineato un assetto organizzativo e tecnico per il governo del sistema e specifici piani di produzione che, tenendo conto anche delle azioni di committenza puntuale nei confronti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del Privato Accreditato, rappresentano le linee per lo sviluppo delle azioni di gestione dell'offerta e per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale entro gli standard regionali definiti.

In relazione a questa programmazione nel corso del 2008 si è data continuità alle azioni di potenziamento e si è arrivati ad una strutturazione dell'offerta che ha consentito di rispondere in maniera adeguata alla domanda della popolazione.

In particolare il sistema provinciale si è qualificato per una maggiore disponibilità di prestazioni di diagnostica strumentale. I potenziamenti principali hanno riguardato la RM e l'attivazione della TC-PET. I tempi di attesa risultano all'interno degli standard definiti da Regione e Ministero. Permane una criticità sulla Visita Oculistica che sarà oggetto di programmazione mirata a partire dal 2009.

Al fine di mettere in atto azioni strutturali e ipotesi di potenziamento contingenti (in caso di criticità), le Aziende hanno avviato un percorso per la riformulazione del Programma dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale integrato con il Piano di contenimento dei tempi di attesa. Tale programmazione (avviata nel 2008) trova una sua coerenza con le Linee di indirizzo del Piano Attuativo Locale che verrà validato nel corso del primo trimestre 2009.

Le attività di programmazione avviate riguardano:

1. Analisi del contesto provinciale con particolare attenzione all'andamento della produzione, dei consumi, della mobilità e dei tempi di attesa.
2. Adeguamento del programma di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle azioni di governo integrato dell'offerta, della domanda, con la definizione dei fabbisogni in termini di produzione aziendale e distrettuale anche ai fini dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private.
3. Adeguamento del piano provinciale dei tempi di attesa con particolare riferimento ai piani di produzione, in un'ottica di sviluppo complessivo del sistema.

Contratti di fornitura con soggetti privati accreditati

Le indicazioni per i contratti di fornitura con gli ospedali privati accreditati ubicate nella provincia di Parma, per quanto riguarda le attività di ricovero ospedaliero, sono di seguito delineate per ciascuna struttura:

Città di Parma

- riduzione ricoveri nelle discipline di Medicina Interna e Neurologia, con riconversione produttiva estrinsecantesi prioritariamente in attività chirurgiche soggette a mobilità verso altre regioni/province (MDC ortopedica)
- trasferimento di attività al regime ambulatoriale: decompressione del tunnel carpale e terapia chirurgica della cataratta (a tariffa ambulatoriale regionale)
- erogazione a tariffa forfettaria concordata dei ricoveri in day hospital nel corso dei quali viene effettuata la litotripsia extracorporea delle grandi articolazioni
- è stato garantito l'utilizzo in rete provinciale dei posti letto di lungodegenza per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Piccole Figlie

- la messa a disposizione di posti letto per il cruscotto provinciale è stata costantemente superiore ai quantitativi minimi concordati
- sono stati erogati nel primo semestre 131 interventi di facoemulsione e aspirazione della cataratta in regime ambulatoriale per i residenti
- sono stati incrementati nel primo semestre gli interventi di chirurgia ortopedica in ambiti soggetti a mobilità extraregionale
- è stata garantita la disponibilità di ricovero in lungodegenza, per trasferimento da reparti per acuti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Val Parma

- è stata incrementata a carico del budget di struttura la possibilità di ricovero diretto di pazienti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Parma
- l'utilizzo dei posti letto cod. 56 è stato superiore alla media di 10, su base annua
- è stato garantito l'utilizzo in rete provinciale dei posti letto di lungodegenza (su base annua 51 trasferiti da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)

Villa Maria Luigia

- a partire dal 1 maggio 2008 è stato attuato il percorso di riclassificazione dei posti letto concordato con l'Accordo Regionale 2007-2009 Regione Emilia-Romagna-Aiop
- sono state concordate le funzioni e le modalità operative del nuovo "Cruscotto Provinciale" della Psichiatria
- l'Accordo di Area Vasta ha previsto anche l'utilizzo per le province limitrofe di Piacenza e Reggio Emilia

Villa Igea

- La sottoscrizione di un nuovo Accordo contrattuale nel secondo semestre ha previsto un protocollo di collaborazione con l'Ospedale di Fidenza. L'Ospedale privato ha ricevuto ricoveri per trasferimento diretto da ospedali pubblici come indicato nella verifica dell'indicatore.

Centro Cardinal Ferrari

- è stata garantita la messa a disposizione di 5 posti letto codice 75 HS per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- è stata garantita la messa a disposizione di 2 posti letto codice 75 HS per l'Ospedale di Fidenza e per i residenti ricoverati per gravi traumi in ospedali extraprovinciali ed extraregionali
- è stata garantita la flessibilità di utilizzo dei posti letto codice 56.

Centro Don Gnocchi

- è stata garantita la finalizzazione dei posti letto di riabilitazione del cod. 56 neurologici ed ortopedici, verso la riabilitazione degli ictus cerebrali, nell'ambito del progetto "stroke care" aziendale e provinciale (trasferimento in post acuzie da Ospedali pubblici della provincia di Parma)
- è stato prodotto in bozza un protocollo comune per la tipologia dei pazienti in riabilitazione cardiologia
- è stata garantita la messa a disposizione di posti letto cod 60 per l'utilizzo da parte della rete ospedaliero provinciale con priorità per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

PERCORSI PER L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ

L'accreditamento e la qualità sono due aspetti dello stesso tema, l'uno con risvolti esterni, istituzionali (verso la Regione) e di garanzia per i cittadini, l'altro come tensione aziendale al miglioramento continuo. Nel corso del 2008 è proseguito l'adeguamento al percorso avviato dalla Regione Emilia-Romagna dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture territoriali che erogano prestazioni sanitarie. L'Azienda infatti è impegnata allo sviluppo delle attività secondo la programmazione regionale.

Dipartimento Salute Mentale

Nel primo trimestre 2008 è stata effettuata la visita della Commissione Regionale per l'accreditamento ed è stato riconosciuto l'accreditamento per tutto il DSM (compresa l'area della NPI).

Dipartimento Salute Mentale - SERT

E' stato concluso il percorso di accreditamento comprendente anche le modifiche organizzative legate al trasferimento della sede del Ser.T di Parma da Via Spalato a Via dei Mercati con previsione della conclusione del percorso nei primi mesi del 2009.

Dipartimento Sanità Pubblica

Nel corso del 2008 è stato concluso il corso di formazione a tutto il personale, e sono state presentate e validate le procedure del DSP nel corso di una pubblica iniziativa (aprile 2008) ed è stato proseguito il percorso di verifica e validazione di ulteriori procedure i soprattutto del Servizio Veterinario.

Dipartimenti Cure Primarie

Sono state svolte le riunioni con i responsabili di DCP, mentre il percorso formativo del Gruppo operativo del DCP è stato rinviato in relazione alla programmazione regionale dell'attività di accreditamento dei DCP.

Ospedale di Fidenza S.Secondo

E' proseguito il percorso di audit sullo stato di attuazione dell'accreditamento, avviato con informazione del personale e la definizione del gruppo operativo.

Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro

Si è proceduto alla formalizzazione del Gruppo operativo per l'accreditamento e alla formazione dei suoi componenti; è stata avviata la stesura dei documenti per l'accreditamento.

L'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie

E' stato garantito il rispetto dei tempi (60 giorni dalla domanda) per le nuove strutture. Si è insediata la Commissione provinciale per l'autorizzazione alle strutture per minori, di cui alla

Deliberazione Giunta Regionale n. 846/2007, ed è iniziata la regolare attività. Prosegue l'inserimento dei dati relativo alle strutture autorizzate e nella anagrafe regionale

LA PREVENZIONE INDIVIDUALE

Le visite medico collegiali

Il principale obiettivo dell'attività delle Commissioni Medico Legali per l'accertamento dell'invalidità civile e del riconoscimento delle condizioni di handicap è quello di rispettare lo standard dei tempi di attesa, garantendo nel contempo la qualità delle prestazioni erogate.

All'inizio del 2008 è entrata in vigore la Legge Regionale 4/08 "Disciplina degli accertamenti della disabilità. Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale" che riveste un'importanza strategica nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, poiché prevede una valutazione integrata superando preesistenti frazionamenti e duplicazioni, in particolare per le persone che necessitano della formulazione di un progetto individualizzato.

L'ottica valutativa non è più quella del mero accertamento del tipo e dell'entità delle menomazioni, ma la evidenziazione dei bisogni e l'individuazione delle possibili soluzioni e dei servizi da erogare.

Con la delibera aziendale n. 135/08 sono state insediate le nuove Commissioni secondo la composizione indicata dalla Legge e dal mese di luglio 2008 è iniziata l'attività.

Per quanto riguarda i dati di attività, a fronte di una sostanziale stabilità delle Commissioni di Invalidità Civile, si è riscontrato un considerevole incremento delle domande per il riconoscimento della condizione di handicap (Legge 104/92), aumentate del 22,5% rispetto al 2007 così ripartite:

Riconoscimento Legge n. 104/92

- Parma, n. 2.298
- Fidenza, n. 1.604
- Valli Taro – Ceno, n. 670
- Sud – Est, n. 1.072
- Totale n. 5.644

Le visite domiciliari sono state 1160 , incrementate del 23% rispetto al 2007 (444 Parma, 408 Fidenza, 188 Taro – Ceno, 120 Sud – Est).

I tempi di attesa per l'effettuazione della visita si sono attestati a circa 4 mesi dalla presentazione della domanda.

Numero invalidità riconosciute - Anno 2008						
	Inferiori 100%	100% senza accomp.	Accomp. <65	Accomp. >65	Indenn. frequenza	Totale
Parma	1.620	1.029	252	1.367	77	4.218
Fidenza	652	686	137	700	63	2.238
Sud Est	492	431	56	451	26	1.466
Valli Taro e ceno	524	394	40	435	5	1.398
Totale	3.288	2.540	485	2.953	171	9.320

Le attività vaccinali

Nel corso del 2008:

- è proseguita l' applicazione del calendario vaccinale regionale per la popolazione 0-18 anni
- è proseguita l'attuazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e rosolia congenita, con offerta delle vaccinazioni alle coorti previste in calendario ed attuazione della 2° fase con offerta delle seconde dosi alle coorti interessate
- per quanto riguarda la copertura delle vaccinazione obbligatorio e raccomandate dell'infanzia, essa si mantiene a livelli superiori alla media regionale per tutte le tipologie di prestazione
- anche la copertura del morbillo al 24° mese, che negli anni precedenti aveva manifestato alcune criticità, è notevolmente migliorata superando il 93% di copertura;
- è iniziata nel mese di maggio la campagna per la vaccinazione anti HPV rivolta alle adolescenti: nei primi tre mesi dell'anno è stato adeguatamente formato il personale sia della nostra Azienda che nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in seguito è stato privilegiato l'aspetto informativo – comunicativo legato ai limiti ed ai vantaggi della strategia vaccinale. Al 31.12.2008 il 40% delle ragazze nate nel 1997 è stato vaccinato, mentre per la coorte di nascita 1996 il dato è notevolmente più basso, 14%.

In relazione alla campagna vaccinale antinfluenzale è stata consolidata la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Iniziative formative si sono ripetute nei distretti al fine di fornire informazioni sul Piano Pandemico Nazionale e Regionale e di segnalazione rapida della malattie infettive. Per favorire la copertura si è svolta anche una campagna informativa per la popolazione, rivolta in particolare alle persone affette da patologie croniche le quali è stata offerta prioritariamente la vaccinazione.

Le attività di Screening

Un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale, con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow- up; il suo presupposto fondamentale è la partecipazione della popolazione interessata. Occorre quindi predisporre un'azione sinergica di tutti i soggetti interessati, sia in campo sanitario che sociale, all'interno del territorio di competenza. Nel corso dell'ultimo triennio il filone principale della programmazione ha interessato:

- il miglioramento del sistema informativo a supporto della gestione delle chiamate e della valutazione di qualità;
- il miglioramento dell'adesione complessiva ai programmi;
- la condivisione di percorsi integrati di II ° e III° livello in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Parma;
- l'estensione dell'offerta anche alla popolazione domiciliata.

All'interno del gruppo di lavoro istituito per l'elaborazione del PAL 2009/2011 è stato dato particolare risalto alla necessità di una integrazione organizzativa di sistema, per aumentare

l'efficacia e l'efficienza degli interventi, offrendo un unico progetto di prevenzione oncologica a livello provinciale. E' stata inoltre considerata la necessità di migliorare l'incisività dell'informazione, anche attraverso nuove strategie di coinvolgimento rivolte a gruppi svantaggiati (stranieri).

Dal punto di vista organizzativo, oltre al mantenimento dell'adesione complessiva ai tre programmi di screening, sono stati rispettati i tempi di invio e gli standard richiesti per i debiti informativi nazionali e regionali ed è continuato il rapporti di collaborazione con il Registro Tumori della Provincia Parma.

Nella Sezione 2 del presente Bilancio di Missione sono riportati i dati relativi alle attività di Screening.

LA PREVENZIONE COLLETTIVA

La sicurezza nei luoghi di lavoro: il controllo cantieri

Il contrasto degli infortuni sul lavoro e le malattie da lavoro rimane obiettivo prioritario degli SPSAL, rafforzato dalle linee di indirizzo nazionali contenute nel "Patto per la Salute", che recepisce l'intesa tra Governo e Regioni, successivamente trasformato nel DPCM del 17.12.07 e dall'entrata in vigore della nuova normativa di settore: il D.Lgs 81/08

La richiesta che da più parti del contesto sociale perviene è quella di un aumento dei controlli per fronteggiare il fenomeno dei danni da lavoro. Questo è testimoniato dai nuovi obiettivi attribuiti agli SPSAL dal citato Patto per la Salute: 250.000 ispezioni su base nazionale, l'incremento dell'indice di copertura dei controlli, che passa dal 3% delle Unità Locali del territorio al 5%, l'avvio del Piano Nazionale Edilizia.

Si tratta di un notevole sforzo che accompagna alla necessità di rendere gli interventi ispettivi più efficaci attraverso:

- la ricerca di un maggiore coordinamento tra Enti preposti alla vigilanza;
- una maggiore qualificazione dei controlli stessi, orientata sui processi piuttosto che sugli oggetti;
- sinergie da sviluppare in Area Vasta;
- il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle parti sociali.

Ma la capacità di affrontare e portare a soluzioni le complesse problematiche che investono la tutela della salute negli ambienti di lavoro non può trovare nell'incrementata vigilanza la sola risposta offerta dal sistema.

Occorre altrettanto impegno nel sostenere il sistema produttivo nel percorso verso la piena e consapevole applicazione della nuova cultura organizzativa della prevenzione così come delineata dal D.Lgs 81/08.

Pertanto, l'attività di controllo deve assolutamente essere integrata da una ancora più penetrante e sostenuta azione di promozione della salute da sviluppare a tutto campo: sia attraverso il coinvolgimento dei tanti portatori di interessi in grado di dare un contributo, che stimolando una diffusa coscienza collettiva sulla tematica della salute e sicurezza sul lavoro. E'

questo ambito da giocare sul terreno dei Piani Per la Salute, sfruttando appieno l'ormai consolidato tessuto di relazioni che nel tempo si è costruito.

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi al prevenzione sui luoghi di lavoro, si rimanda alla Sezione 2 di questo documento.

Lavoro sicuro

Anche nel 2008 l'attività di vigilanza si è concentrata sui comparti produttivi più critici per densità di rischi e danni in adesione alla programmazione regionale. Si sono mantenuti piani mirati d'intervento nei comparti Edilizia, Metalmeccanica e Agricoltura, senza per questo trascurare settori produttivi o rischi che, per rilevanza o diffusione locale, hanno richiesto interventi strutturati, come nel caso del comparto lavorazione carni fresche (Prosciuttifici) e del rischio chimico e cancerogeno. Ma è soprattutto l'Edilizia che ha assorbito le maggiori risorse essendosi concentrato in questo comparto il 50 % dei controlli complessivamente effettuati.

In questo comparto critico, particolare attenzione è stata posta:

- alla vigilanza sulla TAV e sulle Grandi Opere Insistenti sul territorio provinciale;
- alla vigilanza nell'edilizia tradizionale, anche partecipando a due campagne straordinarie all'anno contro le cadute dall'alto, promosse congiuntamente in Area Vasta e contemporaneamente sviluppate in tutte le quattro province coinvolte;
- potenziando l'attività ispettiva congiunta con altri Enti preposti al controllo (Direzione Provinciale del Lavoro, INAIL e INPS).

Nell'attività di vigilanza pieno supporto è stato offerto alla Magistratura per le indagini di Polizia Giudiziaria su infortuni e malattie professionali

ATTIVITÀ DISTRETTUALE E CURE PRIMARIE

Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta un obiettivo strategico del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da un'aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata dei servizi distrettuali.

La forma organizzativa dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) prevede un modello organizzativo che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica - e consente ai cittadini un'accresciuta accessibilità alle cure primarie, con un'ampia fascia di apertura degli studi medici.

L'obiettivo principale è di garantire, attraverso un approccio metodologicamente appropriato, la realizzazione di un monitoraggio organico e sistematico dello sviluppo in ambito aziendale dei Nuclei di cure primarie, sia dal punto di vista organizzativo sia dal punto di vista della salute dei cittadini e della qualità delle cure erogate.

Gli obiettivi definiti per il 2008 sono andati nella direzione della prosecuzione dell'applicazione delle azioni previste dall'ACR per la Medicina Generale e della promozione del passaggio

graduale ma progressivo dei NCP dalla aggregazione funzionale alla aggregazione strutturale attraverso:

- monitoraggio dei requisiti delle medicine associate esistenti, con particolare riferimento alla verifica delle effettive modalità di collegamento informatico della rete orizzontale ed al coordinamento delle fasce orarie di assistenza ambulatoriale atte a garantire l'apertura giornaliera di almeno 7 ore;
- valutazione delle progettualità aggiuntive attivate in seno alle medicine associate, con particolare riferimento alle medicine di gruppo;
- avvio del progetto definito nel 2007 e siglato in data 30.01.2008 sulla partecipazione operativa dei medici di medicina generale ai Nuclei delle Cure Primarie con applicazione della estensione della fascia oraria di apertura degli ambulatori dei medici di medicina generale oltre la 7° ora, individuazione dei criteri e dei percorsi di attivazione, anche a carattere sperimentale, di sedi di NCP quale luogo di realizzazione della continuità dell'assistenza e di integrazione tra professionisti.

Nell'ambito dell'attività complessiva delle Cure Primarie, si ricordano alcuni dei più rilevanti accordi specifici sottoscritti:

- Accordo con la medicina generale: il 15 ottobre è stato siglato l'Accordo Locale 2009-2011 formalizzato con Delibera n° 669 del 27/11/08 ed ufficialmente presentato alla stampa il 17 dicembre 08. Tra gli aspetti più innovativi l'avvio sperimentale, in alcune medicine di gruppo/reti della provincia, dell'effettuazione dell'ecografia generalista nello studio del medico di medicina generale che porta un ulteriore contributo alla qualificazione della medicina generale sul territorio, del quale se ne dà conto nel paragrafo di questa Sezione ad esso dedicato.
- Accordo con la continuità assistenziale: è stato presentato al Comitato Aziendale dei Medici di Medicina Generale nella seduta del 26 marzo 2008 e formalizzato con Deliberazione n. 307 del 28 maggio 2008. E' stata organizzata una giornata di studio, accreditata ECM come formazione sul campo, il 3 aprile 2008, per la presentazione dell'Accordo ai Medici di Continuità Assistenziale, ai Medici di Medicina Generale ed agli operatori dei Servizi dei Dipartimenti Cure Primarie. Sono poi state date le prime indicazioni operative ai Dipartimenti Cure Primarie, e l'Accordo è iniziato ad essere applicato da maggio 2008.
- In tutti i Distretti sono stati individuati e nominati i medici referenti per la continuità assistenziale e sono stati operativamente attivati gli strumenti previsti dall'accordo con particolare riferimento alle PIPP ed all'integrazione con il sistema di emergenza-urgenza che prevede il riconoscimento dell'intervento del MCA in situazioni proprie dell'emergenza territoriale. E' stato avviato in fase sperimentale nel Distretto di Parma il percorso tra MMG e MCA per la segnalazione dei casi in ADI di II e III livello che necessitano di un intervento programmato in una logica di effettiva continuità assistenziale. Nel mese di ottobre è stato effettuato un audit tra medici di Continuità Assistenziale con funzioni di referente distrettuale, Direttori dei Dipartimenti de Cure Primarie e del programma Cure Primarie e Responsabili della C.O. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per effettuare una prima verifica sulla integrazione tra i servizi di Continuità Assistenziale ed Emergenza Urgenza in situazioni di emergenza territoriale.

Associazionismo medico

Nel 2008 ha avuto ulteriore promozione dello sviluppo dell'associazionismo medico, con particolare riferimento alla medicina di gruppo, quale strumento per favorire la modifica organizzativa dell'assistenza territoriale.

L'associazionismo medico ha registrato un potenziamento che così sintetizzato:

- 28 Medicine di Gruppo per un totale di 129 medici (42,3%);
- 24 Medicine in Rete per un totale di 115 medici (37,7%);
- 2 Medicine in Associazione per un totale di 6 medici (2%);
- I medici singoli rimangono 55 (18,3%).

IL PROGETTO SOLE – Sanità On Line

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Nel corso del 2008 il progetto SOLE ha raggiunto un elevato grado di diffusione sul territorio provinciale. **I medici di medicina generale (MMG) collegati al 31/12/2008 sono risultati 240 pari all'83%** del totale con un volume complessivo di **45.000 prescrizioni informatizzate mensili**.

La realizzazione del Progetto SOLE nelle Aziende USL e Ospedaliera di Parma è proseguita con l'attivazione di ulteriori medici di MMG e PLS, con il consolidamento dei servizi disponibili e la creazione di nuovi servizi.

Le principali attività di gestione del progetto da parte dell'Azienda Usl di Parma hanno riguardato l'erogazione di corsi di ripresa formativa per i MMG di Sole aventi ad oggetto le funzionalità di cartella clinica, le funzionalità di SOLE e l'uso del catalogo delle prestazioni SOLE. Inoltre sono stati formati gli operatori CUP dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda la gestione della prenotazione Cup in SOLE sono state completate le attività di sviluppo, test e collaudo delle funzionalità sul software per consentire l'attivazione delle prenotazioni anche presso le farmacie.

Per tutto l'anno è continuato l'adeguamento del catalogo aziendale a quello regionale SOLE in coordinamento con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Tale attività è stata estesa anche alla gestione delle codifiche delle prestazioni repertate dal laboratorio analisi. In particolare è stato realizzato il ritorno dei referti di laboratorio presso gli ospedali di Parma, Fidenza e Borgo Taro.

Inoltre è stato attivato il passaggio dei referti ai medici MMG da parte delle radiologie dell'ospedale di Fidenza, del poliambulatorio Pintor di Parma. Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è ancora in fase di completamento l'attività di sviluppo dell'integrazione del gestionale. La trasmissione dei referti di specialistica ambulatoriale in concomitanza con l'attuazione del "*Piano aziendale per il superamento della modulistica prescrittiva interna e per l'informatizzazione degli ambulatori (in applicazione della DGR 2002/2007)*", ha previsto l'informatizzazione di circa il 90% degli ambulatori di specialistica dell'Azienda USL.

Nel corso dell'anno sono stati testati e collaudati altri servizi SOLE tra i quali la trasmissione

del referto di Pronto Soccorso presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Si segnala che, in collaborazione con le Direzioni dei Dipartimenti di Cure Primarie, sono stati individuati i nominativi dei 15 MMG (5%) per la sperimentazione in SOLE della gestione informatizzata del percorso integrato del diabete.

Assistenza garantita dal medico di famiglia: le novità dell'Accordo per il prossimo triennio 2009/2011

A fine dicembre è stato presentato l'Accordo Locale 2009/2011 tra l'AUSL di Parma e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG, SNAMI e SMI

L'Accordo Locale per il triennio 2009/2011 dall'Azienda USL di Parma e dalle Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale FIMMG, SNAMI e SMI, che vede coinvolti i 305 Medici di famiglia convenzionati con l'Azienda Sanitaria.

Si tratta di un documento corposo, che ribadisce il ruolo in primo piano del Medico di famiglia all'interno del Servizio Sanitario, quale principale punto di riferimento per il cittadino.

Un ruolo che è svolto dal Medico di famiglia nell'ambito di un modello integrato di servizi sanitari, sociali e di reti cliniche, che si fonda su questo principio: *"il cittadino deve trovare una risposta esauriente ai propri bisogni di salute per la prevenzione, la cura e la riabilitazione all'interno delle possibilità offerte dal contesto delle cure primarie e, se necessario, con il passaggio in cura al sistema delle cure specialistiche"*. Mentre l'ospedale si caratterizza come polo specialistico, dove si prestano cure e assistenza per le patologie acute, il sistema delle cure primarie – dove il medico di famiglia è attore di rilievo - rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso globalmente come "prendersi cura di", assumendo sempre di più una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

E per facilitare e rendere ancora più incisivo il ruolo del medico di medicina generale, anche il nuovo accordo prevede il sempre maggior coinvolgimento del Medico di famiglia, non solo nella partecipazione al conseguimento degli obiettivi aziendali ed al governo della domanda di prestazioni sanitarie, ma anche nell'organizzazione delle cure primarie.

Rappresentanti dei Medici di famiglia operano in Staff alla Direzione dei quattro Distretti e Dipartimenti Cure Primarie, partecipano ai lavori del Collegio di Direzione e sono coordinatori dei 21 Nuclei di Cure Primarie presenti su tutto il territorio provinciale.

Questi, in sintesi, gli argomenti oggetto dell'Accordo 2009/2001 sono trattati in maniera più estesa:

- Associazionismo medico
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Politica del farmaco
- Progetto Sole
- Gestione di patologie croniche
- Continuità assistenziale
- Prevenzione e l'educazione alla salute

- Campagne informative

Ulteriori dettagli delle attività svolte ed i risultati conseguiti sono illustrati nella Sezione 2 del presente Bilancio, cui si rinvia per una puntuale rendicontazione.

AREA DELLA SALUTE MENTALE

Le azioni condotte nell'anno 2007 per le Aree della Salute Mentale Adulti (SMA) Neuropsichiatria e Psicologia Infanzia e Adolescenza (NPIA) e Dipendenze Patologiche (DP) hanno sviluppato livelli elevati di accessibilità ai Servizi, sinergie tra Servizi contigui e consolidamento dei processi di integrazione intra ed inter Istituzionale.

I percorsi di accreditamento istituzionale organizzativo dei Servizi e di sviluppo della Qualità sono proseguiti regolarmente portando per alcune Aree all'accreditamento e per altre al completamento delle fasi preliminari (Dipendenze Patologiche).

Si sono svolte regolarmente le verifiche di raggiungimento degli obiettivi posti dal Piano Attuativo Locale (PAL e Azioni previste per l'anno 2008 volgono a completare il processo istitutivo di un unico Dipartimento per le aree disciplinari di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Dipendenze Patologiche attraverso la ridefinizione del mandato e della organizzazione e dell'assetto Dipartimentale.

Obiettivo strategico per il DSM-DP è la realizzazione di un Dipartimento integrato con la componente di Psichiatria Universitaria presente a Parma, formalizzando gli Accordi Interaziendali e con l'Ateneo necessari alla realizzazione del suddetto Dipartimento Integrato.

Le azioni previste sono coerenti alle Linee di indirizzo approvate dalla Regione nell'ambito della Programmazione economico-finanziaria e assegnazione degli obiettivi alle Aziende per il 2008.

I dati relativi all'attività della Salute Mentale sono illustrati in maniera più dettagliata nella Sezione 2 di questo Bilancio cui si rinvia per una puntuale rendicontazione.

Di seguito si esplicano in sintesi alcune azioni significative realizzate nel 2008 nell'area della salute mentale:

- I livelli di produzione e di risorse impiegate nell'area sono conformi e confrontabili alle medie regionali con tendenziale incremento di funzioni nell'area dell'emergenza-urgenza ospedaliera mentre è proseguito l'impegno specifico e strategico di collegamento con i M.M.G.
- E' stato elaborato un programma strategico per la riqualificazione delle prestazioni e per un migliore collegamento funzionale tra le aree ospedaliere e quelle territoriali nel settore dell'emergenza-urgenza.
- E' stato avviato l'integrazione nelle attività del Dipartimento delle nuove funzioni di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata e la riconversione di una quota di posti letto ospedalieri in strutture residenziali a trattamento intensivo o protratto o specialistico. In questo ambito sono stati raggiunti risultati positivi sia per quanto riguarda il governo dei percorsi clinico-assistenziali sia per quanto riguarda il controllo della spesa. E' stato inoltre costituito il "cruscotto" per la gestione integrata

degli accessi ospedalieri e residenziali per ricoveri in fase di acuzie, collocato presso il SPDC.

Integrazione tra DSM-DP e Clinica Psichiatrica Universitaria: è stato avviato di un gruppo di lavoro congiunto tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda USL per l'integrazione strutturale della Clinica Psichiatrica ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale, con il compito di stilare il progetto operativo dell'integrazione e seguire le fasi di realizzazione della medesima. Nel 2008 è stato completato il progetto ed è stato trasmesso sia all'Università che all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; è stata inoltre elaborata la bozza di Accordo relativo alla realizzazione del Dipartimento Integrato con la Clinica Universitaria. Tali documenti sono stati inoltrati formalmente anche alla CSST, quale proposta per il completamento della integrazione istituzionale.

Qualificazione Fattoria di Vigheffio: è stato definito in collaborazione con il Servizio Attività Tecniche, il progetto per la realizzazione della nuova struttura (appartamenti), è stato predisposto l'accordo con l'Istituto Bocchialini e la Fondazione Stuard per l'utilizzo del terreno ai fini didattici ed educativi. E' stata avviata con rappresentati delle Cooperative interessate, la coprogettazione degli interventi riabilitativi finalizzati al supporto della domiciliarità\lavoro\socialità e per lo sviluppo della integrazione sociale degli utenti. Sono stati conclusi i lavori per la realizzazione della nuova struttura, ora resa disponibile, così come è stato siglato, presso il Distretto Sud Est, l'accordo con la Fondazione Stuard per l'utilizzo del terreno.

Qualificazione domiciliarità assistita: sono stati perfezionati gli interventi sulla "domiciliarità – assistita" tramite il consolidamento delle azioni di supporto all'"abitare" anche tramite il miglioramento dei percorsi di reinserimento sociale individualizzati attraverso un sistema articolato di azioni che partono dai Centri di Salute Mentale e sono coordinate e monitorate dalla U.O. di Riabilitazione del DSM-DP; si è inoltre realizzato il monitoraggio e gli interventi di verifica sia sulle progettualità individuali che sulla tenuta degli alloggi, con le relative evidenze. Sono stati effettuati regolari incontri di verifica per il progetto specifico. E' stato realizzato nel secondo semestre il progetto di "portierato", presso gli appartamenti assistiti di Via Corso Corsi. Sono stati avviati nuovi progetti riabilitativi individualizzati, gestiti da cooperative convenzionate, per il sostegno della domiciliarità di utenti del servizio con gravi disabilità. Progetti, a bassa e media intensità assistenziale, sono stati realizzati in tutti i Distretti aziendali.

Integrazione degli interventi sociali: è stato attivato, presso la Direzione del DSM-DP, il monitoraggio delle richieste di sussidi nel distretto di Parma. Il monitoraggio è finalizzato al miglioramento della appropriatezza delle richieste e della gestione del budget assegnato. Nel secondo semestre è stato perfezionato il nuovo sistema, perseguendo anche risultati di razionalizzazione degli interventi presso il Distretto di Parma e si sono sviluppate, a livello di tutto il Dipartimento, attività finalizzate ad una maggiore integrazione con i servizi sociali territoriali. E' stata assicurata la partecipazione di professionisti del DSMDP nei tavoli dei Piani di Zona distrettuali.

Integrazione DSM-DP con M.M.G: Si è concluso il corso regionale sulla integrazione fra Medici di Medicina generale e Specialisti del DSM/DP cui hanno partecipato sia Professionisti del Dipartimento Cure primarie che del DSM/DP. Revisione di alcuni protocolli operativi Distrettuali e produzione di iniziative di formazione congiunta. Nel secondo semestre, partecipazione del

DSMDP ad una ricerca nazionale, tenuta con i MMG, sulla gestione dei disturbi depressivi presso la medicina generale con relativa presentazione pubblica.

Sistema informativo della Salute Mentale: si è realizzato lo sviluppo e il miglioramento del sistema informativo Salute Mentale e della informatizzazione in rete dei servizi, mentre è da consolidare il miglioramento qualitativo dei dati raccolti, la produzione di report analitici e la disponibilità della base di dati per analisi condivise con le altre aree disciplinari del DSM-DP. E' stato realizzato un report di servizio sui dati di attività dell'anno precedente

Area Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

L'Area della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza è partecipe ed impegnata nel processo di collegamento ed integrazione strutturale con gli altri ambiti disciplinari del DSM-DP; in particolare si evidenzia la necessità di garantire i principi della continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra età minore ed età adulta e di perfezionamento dei raccordi operativi nella casistica di soggetti "multiproblematici" o con necessità di presa in carico di lungo periodo; altro ambito di attenzione è rappresentato dalle situazioni di giovani con patologie cosiddette a doppia diagnosi. Nel 2008 è proseguito il processo confronto e programmazione per una omogeneizzazione sul territorio provinciale delle strategie e degli obiettivi di area disciplinare.

I livelli di afferenza ai servizi ed i volumi utenza dell'area della Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, sono tendenzialmente costanti e omogenei con le tendenze regionali e con l'evidenziazione di nuove problematiche per ciò che concerne le fasce di età adolescenziale.

Programma Regionale Integrato Autismo: è stata costituita, secondo quanto previsto dal programma regionale, una équipe aziendale di "primo livello" coinvolta nella definizione ed attuazione dei processi clinico - assistenziali ed incaricata di raccordarsi con i centri "HuB" di Area Vasta che mantengono compiti di monitoraggio, verifica e supporto clinico specialistico. Il gruppo, coordinato dal Referente e al quale partecipano professionisti provenienti da tutti i distretti, si riunisce settimanalmente e mantiene regolari rapporti con il centro HuB di Reggio Emilia e con la Fondazione Bambini Autismo di Pordenone, convenzionata con l'Azienda, con lo scopo di integrare efficacemente gli interventi. Sono proseguiti per il secondo semestre sia l'attività di monitoraggio che i raccordi con la Fondazione Bambini autismo. Nel secondo semestre è stata realizzata la rendicontazione specifica relativa alle funzioni del programma autismo e si sono ampliate attività riabilitative specifiche. E' stata approvata e sottoscritta la convenzione con l'Università degli Studi di Parma - Dipartimento di neuroscienze per la collaborazione operativa e scientifica. E' stato inoltre implementato l'organico con l'acquisizione di nuovi professionisti.

Consulenze ai servizi sociali: dall'inizio del 2008 un gruppo di psicologi si riunisce settimanalmente per incontri verbalizzati al fine di favorire una progressiva omogeneizzazione delle procedure interne e dei contenuti professionali.

Collaborazione con le istituzioni educative: tutti i bambini certificati ai sensi della Legge n. 104/92 sono seguiti con un protocollo esteso che include le istituzioni educative di ogni ordine e grado (dai nidi alle scuole superiori) validato a livello regionale, che prevede incontri annuali di verifica del piano educativo integrato con insegnanti e genitori. Sono stati programmati e svolti corsi di formazione sull'autismo rivolti alle insegnanti dei nidi e delle scuole materne cui hanno partecipato numerosi insegnanti a livello provinciale. E' stato espletato un corso di formazione per

educatori dei nidi sulle problematiche dei bambini “diversamente abili. Le attività sono prseguite per tutto il secondo semestre 2008.

Sistema informativo NPJA: Tutte le unità di NPJA della città e della provincia sono dotati di strumenti informatici in rete, e pertanto tutto il personale, opportunamente formato, è in grado di documentare efficacemente le attività. E' proseguita l'attività di implementazione del nuovo sistema che dovrà essere ulteriormente perfezionato anche per la possibilità di avere interfacce interdisciplinari.

Disturbi Comportamento Alimentare, affidi adozioni e abuso: operatori della NPJA opportunamente individuati partecipano al Programma per i disturbi del comportamento alimentare. Con l'Amministrazione provinciale sono stati siglati protocolli sull'abuso e sugli affidi. Da giugno si è avviata una ricerca approfondita che vede coinvolti numerosi Professionisti sugli “scacchi” adottivi. Sono proseguite nel corso dell'anno le attività dedicate

Le dipendenze patologiche

Le azioni per l'anno 2008 del Programma "Dipendenze Patologiche" sono coerenti con gli orientamenti regionali verso una più marcata integrazione fra i servizi dipartimentali. In particolare è proseguito nell'aggiornamento degli assetti organizzativi finalizzato alla diversificazione delle risposte cliniche e dalla continuità della presa in cura anche in funzione delle variazioni della domanda.

Riorganizzazione SerT: è stata approvata la riorganizzazione del Programma Dipendenze Patologiche in coerenza con gli indirizzi regionali (delibera n. 459/2008) e, nel corso dell'anno, sono stati ridefiniti gli assetti territoriali e funzionali dei SerT. Nel secondo semestre sono stati assunti gli atti deliberativi istitutivi ed assegnate le responsabilità di Struttura complessa dei servizi. Per quel che attiene la procedura di accreditamento, Proseguite regolarmente le attività per la preparazione della visita ispettiva di Accreditamento, nel secondo semestre sono state revisionate e validate l'insieme delle procedure interne e di interfaccia dei SerT.

Collaborazione Ser.T. – Salute Mentale Adulti: è stato approvato da parte del Direttore del Dipartimento una procedura specifica per i rapporti SerT-CSM. Un gruppo di lavoro misto appositamente costituito per approfondire tematiche specifiche ha svolto un'intensa attività nel corso del 2008 (si è riunito 10 volte). Nel secondo semestre si attivato e poi concluso un focus group sulla "integrazione professionale fra Dipendenze patologiche e salute mentale adulti" e sono state revisionate le procedure di interfaccia.

Programma Dipendenze Patologiche (PDP): nell'ambito dell'aggiornamento delle funzioni del "Programma" per la realizzazione delle linee d'indirizzo regionali in materia di tossicodipendenza (Del. Reg. 1533/2006) ed in particolare per presidiare i rapporti con il privato sociale, gli enti locali del territorio ed il rapporto con gli altri servizi sanitari, si è dato avvio all'attuazione delle indicazioni contenute nella DGR 698/2008. Il Programma ha presidiato la revisione degli assetti logistici dei Sert distrettuali, oltre alle funzioni generali di coordinamento. Nel secondo semestre il Programma ha espletato le funzioni di coordinamento, in particolare gestendo direttamente i rapporti con il privato sociale ed il budget relativo assegnato. Si sono poi tenuti incontri quindicinali della Commissione Locale di monitoraggio dell'accordo regionale con gli enti ausiliari e predisposizione degli accordi locali, ed è stata istituita la Commissione per la gestione degli ingressi in comunità, in coerenza con le risorse assegnate.

Nuove dipendenze e trattamenti alternativi: sono state sviluppate le capacità di accoglimento dei servizi rispetto a nuove forme di dipendenza (Gambling e nuove droghe), valorizzando in particolare lo strumento dell'auto mutuo aiuto e riorganizzazione e qualificazione degli interventi di bassa soglia a livello provinciale, di concerto con una programmazione dei servizi che avviene di concerto tra Ser.T e "Programma" dipendenze patologiche. E' stata realizzata l'offerta di percorsi specifici per le nuove dipendenze, in particolare relativamente al gioco d'azzardo e rafforzata l'équipe di strada con nuovi raccordi con i piani di zona distrettuali per gli interventi di contrasto della marginalità legata all'abuso e prevenzione nel mondo giovanile. E' stata assicurata la partecipazione al gruppo regionale di professionisti dedicati. In particolare nel Distretto di Parma sono state realizzate iniziative di prevenzione e di informazione pubblica in collaborazione con il gruppo di lavoro comunale per le tossicodipendenze e sono proseguite, rinnovate, iniziative specifiche quali il progetto "sotto le stelle" in Piazzale della Pace. Sono stati

realizzati luoghi di accogliimento, alternativi alle sedi istituzionali, al fine di facilitare l'accesso ai servizi alle fasce di popolazione adolescenziali e giovanili anche attraverso forme di trattamento alternative agli inserimenti comunitari ed è proseguita, nel corso di tutto l'anno, l'esperienza positiva di "Mondo-Teen", con spazi autonomi e dedicati e non connotati. Sono stati progettati con la comunità "Orizzonte" di percorsi comunitari, anche semiresidenziali, specifici e, nella seconda parte dell'anno, è stato validato il progetto da parte del Tavolo per il monitoraggio degli accordi con gli Enti ausiliari.

Le attività sono illustrate in maniera dettagliata nella Sezione 2 del presente Bilancio di Missione, cui si rinvia per una puntuale rendicontazione.

L'assistenza ai detenuti

Nel corso del 2008 è stato perfezionato il percorso di trasferimento della Sanità penitenziaria alle Regioni e alle Aziende Sanitarie a completamento di un lungo processo che ha consentito finalmente al SSN, di assicurare alla popolazione detenuta, livelli assistenziali e servizi sanitari come alla popolazione non "ristretta". Dal 1°ottobre 2008 è stato attuato il trasferimento delle attività e del personale, mentre è ancora in corso il trasferimento dei beni e delle attrezzature. In questo quadro la situazione dell'AUSL di Parma è peculiare nel territorio regionale per la presenza di un centro clinico-diagnostico all'interno del carcere. Anche a seguito del trasferimento è stato individuato un referente specifico ed avviato un rapporto organico con l'Amministrazione penitenziaria al fine di riorganizzare le attività assistenziali. Si sottolinea che il trasferimento è avvenuto assicurando la continuità nell'erogazione delle prestazioni.

Contestualmente si sono sviluppate le attività dell'Equipe Carcere che gestisce le funzioni già in precedenza trasferite al SSN, anche attraverso l'acquisizione di competenze inerenti le consulenze psichiatriche; monitoraggio sulla domanda di assistenza sanitaria nelle carceri e sulle nuove tipologie di bisogni, anche in funzione della prossima acquisizione di ulteriori competenze in materia di sanità penitenziaria generale.

Nel corso dell'anno sono state acquisite competenze professionali specialistiche in materia di psichiatria di consultazione.

AREA ANZIANI E IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

In continuità con le azioni già intraprese negli anni precedenti tese a costruire le condizioni organizzative e gestionali per l'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), nell'anno 2008, l'Azienda USL ha focalizzato il proprio impegno nelle azioni di supporto all'implementazione del FRNA, nell'ambito del Tavolo tecnico per l'Integrazione socio sanitaria ed ha dato continuità alle azioni mirate ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del FRNA ed equità d'accesso alle risorse in tutto il territorio.

La situazione provinciale consente oggi di registrare significativi risultati sul versante dell'integrazione istituzionale grazie all'adozione di criteri e strumenti di lavoro condivisi, con particolare riguardo al versante della programmazione che si avvale, su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) di un tavolo provinciale interistituzionale dal quale transitano tutte le linee di indirizzo in area socio sanitaria.

Nell'ambito di tale gruppo tecnico per l'integrazione socio sanitaria, composto dai Direttori di Distretto, i Responsabili degli Uffici di Piano, l'Assessorato provinciale alle Politiche Sociali, l'Ufficio di supporto alla CTSS ed la Direzione delle Attività Socio Sanitarie, è stato confermato il supporto alla ripartizione delle risorse secondo criteri volti a riequilibrare i vari ambiti distrettuali sulla base delle specificità territoriali.

E' stato inoltre assicurato il sostegno alla pianificazione ed allo sviluppo distrettuale dei piani per la non autosufficienza, definendo metodologie omogenee di programmazione attraverso l'adozione in tutti i Distretti di un modello uniforme di recepimento delle innovazioni della DGR 1206/07.

Su mandato della CTSS, è stato costituito un gruppo tecnico per il monitoraggio del FRNA composto da rappresentanti dell'Assessorato provinciale alle politiche sociali, dell'Ufficio di supporto della CTSS e dell'A. USL. Il Gruppo ha rilevato, con apposita scheda, presso gli Uffici di Piano, lo stato di avanzamento delle attività, la spesa inerente il FRNA e il relativo utilizzo, per gli anni 2007 e 2008. Sulla base della documentazione prodotta sono stati successivamente effettuati incontri con i singoli Distretti (Ufficio di Piano, AUSL, SAA) mirati ad approfondire le criticità ed i punti di forza dell'esperienza finora condotta. Il report prodotto sulle attività realizzate e sull'utilizzo delle risorse nel 2007 e nel 2008 è stato illustrato alla CTSS.

Le risorse assegnate dalla Regione Emilia-Romagna, sulla base della popolazione ultra settantacinquenne, alla Provincia di Parma per l'anno 2008 ammontano € 30.119.270,00 con un decremento di € 260.226,00 rispetto all'anno 2007, prodotto dai criteri di riparto regionale basati sulla percentuale di cittadini ultrasettantacinquenni residenti nelle diverse province.

Ulteriori risorse sono state assegnate direttamente dalla Regione ai Comuni Capofila dei Piani di Zona per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari e per l'attuazione delle indicazioni e obiettivi prioritari del FRNA, con modalità affini a quelle dei programmi finalizzati:

- € 119.860,00 (totale provinciale) per la qualificazione delle assistenti familiari;
- € 821.327,00 (totale provinciale) quale quota della prima assegnazione del Fondo Non Autosufficienza nazionale, con la seguenti finalità:
 - o promuovere i punti unici di accesso alle prestazioni ed ai servizi della non autosufficienza, e garantire la continuità assistenziale;
 - o garantire la domiciliarità ai cittadini in situazione di handicap grave.

A tali risorse si aggiunge la somma di € 3.797.298,59 relativa ai risconti dall'anno 2007 e determinati dalla non completa attuazione delle attività programmate nei territori, a fronte dell'attivazione della nuova progettualità solo nel secondo semestre, in via ancora sperimentale, in attesa della definizione del percorso di recepimento dell'allegato 2 della DGR 1206/07.

IL FRNA assegnato dalla Regione Emilia-Romagna sulla base della popolazione => 75 anni è stata ripartito dall'Esecutivo della CTSS, nella seduta del 4 Aprile 2008, secondo i seguenti criteri generali:

- consolidamento dei servizi esistenti al 31.12.2007, attraverso la conferma del livello di spesa omogeneo raggiunto nell'anno, pari a € 561 per ogni anziano ultra settantacinquenne, per un importo complessivo di € 27.885.627,00 da ripartire procapite;
- sviluppo, innovazione delle reti distrettuali e riequilibrio tra i diversi ambiti territoriali al fine di raggiungere omogenea capacità d'offerta sul territorio provinciale;

- le risorse, destinate a tali obiettivi, pari a € 2.233.643,00, corrispondenti al 7,4% del FRNA, risultano ridotte rispetto a quelle della scorsa annualità a causa dell'aumento della popolazione di riferimento;
- all'interno di tale quota viene mantenuto invariato il valore delle risorse finalizzate al riequilibrio territoriale (€ 700.000), la cui ripartizione si basa sui parametri socio demografici ed epidemiologici, già adottati nell'assegnazione 2007: reddito procapite, indice di dipendenza senile, densità della popolazione, famiglie unipersonali, indice di gravità del case-mix.

Nel paragrafo di questo documento dedicato all'Eccellenza se ne forniranno ulteriori e maggiori dettagli.

AREA DISABILI

Il 2008 può essere definito un anno di "transizione" per quanto riguarda la razionalizzazione/riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali nei singoli ambiti distrettuali. Conseguentemente all'avvio delle ASP ed a decisioni assunte dagli Enti locali, l'assetto organizzativo dei servizi sociali, compresi quelli rivolti ai disabili, è notevolmente mutato nei quattro Distretti che presentano ora una rilevante diversificazione nei modelli gestionali dei diversi servizi.

In alcuni Distretti i servizi in tutto o in parte sono stati conferiti alle ASP, in altri, alcuni sono gestiti dall'Azienda USL ed alcuni dai Comuni, dalla Comunità Montana, dall'Azienda Sociale. Nel corso dell'anno, caratterizzato dalla riorganizzazione gestionale, conclusa in alcuni contesti ed in fase di ultimazione in altri, la Regione Emilia Romagna, a completamento del processo avviato con le delibere di Giunta Regionale n. 509/2007 e 1206/2007, ha emanato la delibera n. 1230 "Fondo regionale per la non autosufficienza - programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità" che ha definito il target di popolazione di riferimento (15-64 anni) e gli elementi essenziali per lo sviluppo dei servizi socio-sanitari per disabili.

Il FRNA attribuito all'ambito provinciale di Parma, pari a € 2.105.019,00 è stato ripartito ai Distretti dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, in data 22.10.08, secondo i criteri generali definiti dalla Direttiva stessa e relativi al riequilibrio della rete esistente ed allo sviluppo dei servizi.

La quota di riequilibrio, pari a € 1.476.243, finalizzata ad assicurare una disponibilità omogenea di risorse pari a 32 euro pro capite alla popolazione target stata ripartita secondo due modalità:

- € 500.000 per il raggiungimento di una quota pro capite omogenea su tutto il territorio, tenendo conto dei bisogni presenti e della reale capacità di spesa ed organizzativa esistente nei diversi territori;
- € 967.243 ripartito su quota capitaria in base alla popolazione 15-64 anni.

La quota di sviluppo, pari a € 637.776,00, volta a garantire una quota di risorse per lo sviluppo e l'innovazione dei servizi di almeno 2,5 euro pro capite, è stata ripartita su base capitaria (popolazione 15-64 anni).

L'applicazione della delibera, con il conseguente riconoscimento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, ha permesso di avviare nei diversi territori processi di potenziamento e/o stabilizzazione dei servizi dettagliati nella delibera regionale in particolare:

- assistenza residenziale;
- assistenza domiciliare e nuove opportunità assistenziali e sostegno delle famiglie, compreso gli assegni di cura;
- programmi trasversali all'Area Anziani e Disabili (ad esempio servizi di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico, ecc.).

L'Azienda U.S.L. gestisce per tutti e quattro i Distretti il Fondo Regionale per la non Autosufficienza: tale gestione è regolamentata da una convenzione sottoscritta dalla stessa Azienda con i Comuni sede di Distretto all'uopo delegati dai Comuni afferenti ai singoli ambiti distrettuali.

Nel contesto organizzativo estremamente differenziato, la Direzione delle Attività socio Sanitarie, in collaborazione con l'Assessorato provinciale Sanità e Servizi Sociali e con l'Ufficio di Supporto alla CTSS, è stata parte attiva in particolare:

- nell'elaborazione dell'Atto di Indirizzo e del Profilo di Comunità, approvati dall'Ufficio di Presidenza della CTSS in data 24/11/2008;
- nel partecipare, in seno al Gruppo tecnico per l'integrazione socio-sanitaria, agli incontri per l'identificazione dei criteri per il riparto del FRNA (criteri approvati dalla CTSS), alla verifica della spesa del FRNA, nel verificare le condizioni organizzative ed amministrative inerenti alla gestione del FRNA ed alla verifica delle condizioni di implementazione di un sistema unitario in relazione alla gestione del FRNA.

MINORI

Attraverso il tavolo interistituzionale per il "coordinamento minori" organizzato dall'Amministrazione provinciale è stato approntato il "Protocollo interistituzionale per la tutela dei minori vittime di sospetto abuso e maltrattamento".

Il Protocollo è stato steso con la collaborazione dei tecnici aziendali (NPI e Psicologi) nonché assistenti sociali del territorio e la collaborazione delle Forze dell'ordine e della Magistratura minorile ed ordinaria.

Al Protocollo è stato assegnato il Primo Premio Innovazione nei Servizi Sociali - Città di Rimini VII edizione, indetto da Euro P.A. - salone delle autonomie locali, con la seguente motivazione:

"Tre i requisiti di qualità: integrazione tra i referenti istituzionali coinvolti sul tema drammatico e attuale degli abusi sui minori, la metodologia progettuale e la riproducibilità per l'assenza di costi per gli enti. Costruire linguaggi, procedure e comportamenti condivisi consente non solo di affrontare situazioni difficili e delicate con buone prassi, sostenute da documentazioni e protocolli interdisciplinari e interfunzionali, ma anche di evitare errori e disinformazioni devastanti. La tutela dei minori è cultura individuale e professionale, prevenzione e capacità di dialogo."

Lo stesso coordinamento approfondirà nel prossimo anno temi emersi durante i lavori dello scorso anno ed in particolare:

1. interventi di TIPO PREVENTIVO

- documento su fragilità/vulnerabilità sociale e sulle situazioni a rischio, definendone TIPOLOGIA, MODALITÀ E TEMPI D'INTERVENTO.
- sistematizzazione delle azioni da mettere in campo prima della richiesta di aiuto > analisi dello stato di fatto e sviluppo possibili/prospettive future anche in ambito integrato.

2. attivazione dell'assistenza psicologica durante le audizioni: quali strumenti e comportamenti porre in essere per contenere il rischio di vittimizzazione secondaria. Le audizioni avverranno prevalentemente presso gli ambulatori della NPI

CENTRALITÀ DEL CITTADINO

L'attività dell'Azienda nel corso del 2008 è andata nella direzione della promozione ulteriore di momenti di confronto: molti gli incontri realizzati con il Volontariato e le loro rappresentazione all'interno dell'Azienda.

L'Azienda ha infatti sviluppato ulteriormente la partecipazione e la costante integrazione con questi importanti soggetti. I servizi si sono quindi sviluppati e arricchiti grazie ai numerosi punti di vista, le competenze e conoscenze che hanno espresse da questi soggetti ed hanno migliorato la qualità delle scelte e dell'attività.

I COMITATI CONSULTIVI MISTI

Nel maggio del 2008 i rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti sono giunti a scadenza del loro mandato. Anche in relazione a tale evenienza ed al fine di fare un bilancio dell'esperienza ed indicare prospettive future, si è tenuto un convegno "La qualità per il cittadino: i Comitati Consultivi Misti e l'Azienda USL di Parma". Si è quindi, si è quindi proceduto al rinnovo dei Comitati Consultivi Misti dei quattro Distretti dell'Ausl di Parma che hanno poi individuato i propri coordinatori:

- Comitato Consultivo Misto Distretto di Parma: Presidente: Sig.ra Ennia Bertozzi - Coordinamento Comitati Anziani
- Comitato Consultivo Misto Distretto di Fidenza: Presidente: Prof.ssa Fernanda Campanini - A.V.IS
- Comitato Consultivo Misto Distretto Sud Est: Presidente: Sig.ra Emilia Zacomer Agostani - AVOPRORIT di Felino
- Comitato Consultivo Misto Distretto Valli Taro e Ceno: Presidente: Sig.ra Giuseppina Poletti - Sulle Ali delle Menti

Per quanto riguarda l'attività dei Comitati Consultivi Misti, significativo è stato il loro apporto nel miglioramento della qualità dei servizi dell'AUSL, anche attraverso la loro fattiva partecipazione sia nella fase di programmazione ad esempio nella stesura del PAL 2009-2011 (un componente indicato dai CCM ha fatto parte dei gruppi di lavoro incaricati di elaborare i

programmi PAL) e dei Piani di Zona, nella gestione dei servizi, con l'elaborazione della Carta dei Servizi, e nella valutazione della qualità con la collaborazione ad un'indagine svolta nella qualità dei Servizi.

Argomenti trattati durante gli incontri dei Ccm nell'anno 2008

Distretto Fidenza: incontri numero 7

- Organizzazione dell'Emergenza Territoriale
- Progetto di rivisitare il questionario di gradimento distribuito ai cittadini ricoverati
- Presentazione della procedura di "Technology assessment" e del "Progetto di educazione sanitaria per diabetici" all'interno del Dipartimento Cure Primarie
- Trasferimento della sede della Pubblica Assistenza presso la sede "Casa del Volontariato" a Vaio
- Situazione del personale infermieristico presso la sede della Pubblica Assistenza nell'ambito dell'attivazione delle situazioni di emergenza/urgenza territoriale
- Collaborazione/elaborazione dell'opuscolo "Guida ai Servizi"
- Relazione di fine mandato da parte dei membri del CCM
- Organizzazione delle elezioni del nuovo CCM
- Presentazione nuovo CCM
- Incontro/confronto fra dirigenza aziendale e associazioni di volontariato: "La qualità per il cittadino: i Comitati Consultivi Misti e l'Azienda Usl di Parma".
- Collaborazione alla stesura del PAL mediante partecipazione ad incontri e a tavoli di lavoro
- Presentazione della situazione pediatrica attuale e delle future prospettive presso l'Ospedale di Fidenza
- Presentazione della situazione attuale relativa ai trapianti
- Ridefinizione dell'U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza in termini logistici e funzionali
- Punto della situazione relativo all'applicazione in ambito ospedaliero del "Regolamento per l'Assistenza Aggiuntiva non Sanitaria"
- Verificare la possibilità di individuare un punto presso il Distretto dove poter ritirare i referti lasciati in visione al Centro Screening Mammografico
- Organizzazione incontri di prevenzione/informazione sul territorio a favore della popolazione adulta/anziana: Artrosi prevenzione e cura, prevenzione e cura malattie cardiovascolari, ansia e depressione problemi quotidiani

Distretto di Parma: incontri numero 4

- Incontro con Direzione Azienda USL
- Incontro/confronto fra dirigenza aziendale e associazioni di volontariato: "La qualità per il cittadino: i Comitati Consultivi Misti e l'Azienda Usl di Parma".
- Elezioni Nuovo Comitato Consultivo Misto
- Partecipazione stesura della Carta dei Servizi
- Partecipazione ai gruppi di lavoro e tavoli tematici della CTSS per "La programmazione socio sanitaria territoriale 2008/2009 - 4 gruppi di lavoro
- Collaborazione/elaborazione dell'opuscolo "Guida ai Servizi"
- Organizzazione e partecipazione a n. 7 incontri in collaborazione con Comitati Anziani e

Distretto di Parma. Temi: Prevenzione e miglioramento della salute degli anziani

Distretto Sud-Est: incontri numero 3

- Partecipazione per elaborazioni e strategie 'Gruppo Stomie'
- Riflessioni circa l'elaborazione della Carta dei Servizi Ausl
- Attivazione del 'Centro Demenze' nel Distretto Sud-Est
- Relazione incontro dei Presidenti dei CCM con il Direttore Generale AUSL di Parma (Dott.ssa Maria Lazzarato)
- Partecipazione conferenza stampa "Anticoagulanti"
- Collaborazione campagna "Mese in Rosa" e partecipazione alla conferenza stampa
- Presentazione campagna vaccinale HPV
- Esenzione ticket
- PAL (partecipazione gruppi di lavoro)
- Emergenze urgenze territoriali

Distretto Valli Taro e Ceno: incontri numero 4

- Discussione inerente alla rimodulazione dell'emergenza territoriale
- Collaborazione alla stesura della "Carta dei Servizi" e "Guida ai Servizi"
- Organizzazione - elezione nuovo CCM
- Presentazione nuovo CCM
- Incontro - confronto fra Dirigenza Aziendale e Associazione di Volontariato: "La qualità per il cittadino: i CCM e l'Azienda USI di Parma"
- Collaborazione alla stesura del PAL mediante partecipazione a tavoli di lavoro
- Incontro dei presidenti dei CCM con la Direzione dell' Azienda USL
- Partecipazione alla campagna "Nastro Rosa"
- Il presidente del CCM è stato nominato come rappresentante provinciale all'interno CCRQ.

IL COMITATO CONSULTIVO MISTO AZIENDALE PER LA SALUTE MENTALE

Nel 2008 il Comitato Consultivo Misto, costituito nel 2005 in adesione agli indirizzi regionali in materia, ha svolto funzioni consultive e propositive; si è riunito regolarmente con cadenza periodica. Di seguito si riporta la sintesi degli argomenti affrontati nel corso dei 5 incontri dell'anno 2008:

- formazione lavoro ed inserimenti lavorativi (confronto e discussione con l'Assessore Provinciale alla Formazione e al Lavoro)
- iniziative previste per i 30 anni della legge Basaglia
- sviluppo dei lavori di riqualificazione della Fattoria di Vigheffio e della Comunità "1° Maggio"
- riorganizzazione dei Centri Diurni
- nuove normative sulla gestione carceraria
- informativa sui Trattamenti sanitari obbligatori
- informativa sui piani di cura
- accordo con gli Ospedali privati accreditati e con un contratto di fornitura
- situazione del personale nelle strutture psichiatriche e nei CSM
- modalità di verifica dei progetti affidati alle Cooperative.

LA QUALITÀ NEL RAPPORTO CON I CITTADINI

Parlare di Qualità significa analizzare l'insieme di tutte quelle caratteristiche che danno ad un prodotto o ad un servizio la capacità di soddisfare le esigenze espresse o meno dal cliente finale, sia esso interno o esterno. E' considerata dunque un elemento competitivo, che consente al cliente di valutare e scegliere le aziende che possiedono un elevato standard qualitativo.

Fissare gli obiettivi, le linee guida e gli strumenti in relazione alle metodiche lavorative e al prodotto per il raggiungimento dei fini stabiliti, è ciò che caratterizza il Sistema Qualità dell'Azienda USL di Parma. In quest'ottica si inserisce la strategia finalizzata a porre il cittadino in una situazione di partecipazione con il più vasto sistema aziendale sanitario. Un'organizzazione orientata alla Qualità dei propri servizi deve pertanto analizzare tra i tanti aspetti, anche quello che valuta il rapporto tra: l'Azienda ed i propri clienti siano essi interni o esterni. Pertanto ne consegue che un approccio di questo tipo, necessita di un cliente in grado di partecipare attivamente in qualità di co-erogatore, alle azioni ed attività aziendali, affinché il tutto possa contribuire a garantire l'efficacia del servizio.

Attualmente l'Ufficio Qualità possiede la principale funzione di essere un collettore, uno strumento cioè attraverso il quale filtrare tutti i comportamenti e scegliere quelli maggiormente performanti, al fine di portare verso gli obiettivi l'Azienda ed i soggetti che ne fanno parte.

La mission dell'Ufficio Qualità consiste nell'adattare l'offerta alle esigenze della domanda attraverso l'adozione di strumenti analitici che interpretino e tengano sotto costante monitoraggio

esigenze e aspettative dei clienti, nonché fornire strumenti operativi che definiscano le variabili dell'offerta.

Il progetto di qualità adottato dall'Azienda Usl di Parma nell'anno 2008 è stato pensato e sviluppato per obiettivi classificati convenzionalmente in quattro ampie aree: Qualità percepita; Analisi organizzativa; Accreditamento e Formazione.

QUALITA' PERCEPITA

- Il metodo utilizzato è quello del QUESTIONARIO. Presso il P.O di Fidenza – S.Secondo è stato proposto lo strumento sviluppato dalla Regione Emilia - Romagna lo stesso utilizzato nell'anno 2006 questo ha permesso il confronto sulla valutazione dei dati rispetto all'anno precedente. Il relativo report è stato consegnato alla struttura.
- Il metodo utilizzato è quello del QUESTIONARIO. Presso il P.O di Fidenza – attraverso lo strumento sviluppato dai Comitati Consultivi Misti è stata effettuata l'elaborazione statistica dei dati provenienti dal questionario di gradimento, che viene somministrato nell'arco di tutto l'anno ai degenti, insieme all'opuscolo informativo.
- Analisi delle segnalazioni pervenute attraverso l'URP, il WEB, la Posta e la Stampa. Per facilitare l'esposizione sono stati individuati ed analizzati specifici livelli di analisi dei dati: sia relativi ai quattro Distretti che quelli relativi al Presidio Ospedaliero, i dati sono stati poi comparati con il 2006 per evidenziare eventuali trend di incremento o decremento in alcune delle aree indagate.
- Sviluppo dell'obiettivo nro 7 relativo alla Delibera della Giunta Regionale n. 533 – inerente il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita. Il progetto ha previsto la strutturazione di un progetto di ricerca utile ad indagare le motivazioni più intrinseche e profonde, analizzate sia al punto di vista delle donne che hanno preso parte al percorso nascita, che dai professionisti che con ruoli diversi operano all'interno del percorso stesso.

ANALISI ORGANIZZATIVA

- Analisi qualitativa. Il metodo utilizzato è quello del Focus Group, relativo all'analisi esplorativa sulle cure palliative e l'assistenza domiciliare. L'indagine ha avuto come scopo quello di effettuare per l'Azienda Usl di Parma una mappatura dettagliata sul vissuto professionale degli infermieri dell'ADI, e orientare la strutturazione del servizio nell'ottica del miglioramento della Qualità.
- Analisi qualitativa. Il metodo utilizzato è quello del Focus Group, inerente l'Attività infermieristica. Per sviluppare tra i professionisti aziendali una crescita culturale e una maggiore attenzione ai temi della partecipazione e della comunicazione, in questo contesto è stato fondamentale coinvolgere e responsabilizzare il personale con azioni di comunicazione finalizzate sia a sostenere il senso di condivisione degli obiettivi di qualificazione del servizio all'utenza, che a sostenere una metodologia di lavoro fondata su dati oggettivi volta a favorire il lavoro di gruppo.

ACCREDITAMENTO

- Attività di formazione e consulenza per l'Accreditamento Istituzionale del Ser.T e dell'Hospice di Langhirano. L'attività ha previsto momenti di incontro con i componenti del gruppo di lavoro il cui scopo è stato quello di osservare e facilitare il lavoro dei professionisti per il raggiungimento degli obiettivi pianificati.

FORMAZIONE

- sviluppo di percorsi di formazione, rivolti al personale interno alle strutture che hanno fatto richiesta di Accreditamento Istituzionale, per la stesura del manuale della Qualità e di tutto il materiale richiesto dall'Accreditamento stesso.

LO SPORTELLO UNICO PER LE IMPRESE

Sono proseguiti nel 2008 i lavori del Gruppo Tecnico Sportello Unico per le Imprese, coordinato dall'Amministrazione Provinciale, con l'obiettivo di armonizzare procedure e regole tecniche nell'ambito dell'attività autorizzativa, promuovendo la semplificazione amministrativa e azioni di facilitazione del cittadino.

Nel corso dell'anno, Azienda USL e gli altri Enti coinvolti, hanno sviluppato in modo condiviso l'aggiornamento delle procedure relative alla notifica ed alla registrazione delle attività esercitate dagli OSA (Operatori del Settore Alimentare) in conformità ai nuovi indirizzi regionali.

Inoltre il Gruppo Tecnico si è coordinato con il DSP dell'Azienda USL in ordine alla messa a punto della modulistica per le attività ricettive, delle linee guida per le attività di estetista/barbiere/parrucchiere e per le attività di pizzerie da asporto/pasticcerie/gelaterie ed attività similari.

E' stato completato il lavoro sulle linee guida (requisiti strutturali ed igienico-sanitari) delle pizzerie da asporto/pasticcerie/gelaterie ed attività similari è stata realizzata una iniziativa pubblica di presentazione alle parti sociali ed ai Comuni dei documenti elaborati dal DSP dell'Azienda USL da inserire nel "Pacchetto salute" dello sportello unico imprese. In sostanza, anche su richiesta dei Comuni, AUSL e SUI hanno collaborato alla messa a punto di linee guida (requisiti strutturali e gestionali) di attività esercitate da piccoli imprenditori.

Parallelamente si è avviato un percorso teso a concordare anche con i Comuni la nuova piattaforma informatica di gestione dei procedimenti edilizi/autorizzativi on line.

Ambiti di sviluppo riguardano le seguenti problematiche:

- il parere integrato AUSL/ARPA
- le procedure di agibilità
- la firma digitale dei pareri igienico sanitari

LE RELAZIONI CON LE ASSOCIAZIONI DEGLI IMMIGRATI

Attraverso lo sportello Hina sono stati promossi e mantenuti incontri con le numerose comunità di migranti presenti sul territorio; in particolare con le comunità nigeriane, ganesi, etiopi, eritree, senegalesi, tunisine, marocchine, moldave e cinesi.

- è stato portato a termine un progetto di educazione sanitaria e di orientamento su operatori CUP e rappresentanti di comunità di migranti
- è stato effettuato percorso di educazione sanitaria su HIV/MST con le comunità ganesi, nigeriane, senegalese ed etiopica
- Focus group con adolescenti e genitori (ganesi, cinesi, marocchina, moldava) per esplorare le condizioni sociali, psichiche degli adolescenti

Nell'incontro con le varie collettività migranti si è dato rilievo alla raccolta di informazioni per una più adeguata valutazione dei bisogni emergenti per una più efficace organizzazione dei servizi. Da questi incontri continua ad emergere la necessità di strumenti specifici al fine di dare informazione sulle tematiche sanitarie e sui servizi territoriali in particolar modo sui percorsi socio-sanitari.

In particolare, i rappresentanti senegalesi preferiscono che sia presente una guida spirituale senegalese nell'estensione ed attuazione di progetti di educazione sanitaria. Lo scopo ultimo è quello di arrivare alla formazione di soggetti promotori di salute ai quali i senegalesi presenti nel territorio di Parma possono rivolgersi per problematiche socio-sanitarie e quale "filtro" informativo ed orientativo sui Servizi Socio-Sanitari territoriali.

La comunità ghanese ed etiopica, invece, preferisce coinvolgere la propria Parrocchia nell'organizzazione di eventi culturalmente significativo (dibattito, proiezione di un film, rappresentazione teatrale, ecc.) anche come luogo di informazione sulle tematiche socio-sanitarie da affrontare.

La comunità nigeriana ritiene utile ed incisiva una formazione effettuata solo su gruppi monoetnici etc... Si sono inoltre stretti rapporti con associazioni di volontariato ed istituzioni che fungono di centri che orientano i pazienti allo Spazio Salute Immigrati: CIAC, Orizzonte, Buon Pastore, varie cooperative che gestiscono i dormitori, comuni, provincia, Caritas, Sindacati ed altre associazioni anche extra provinciali.

LE ASSOCIAZIONI DEGLI EMIGRANTI ALL'ESTERO DELLE VAL TARO E VAL CENO

Forti e vivi sono i legami tra i Comuni del Distretto Valli Taro e Ceno e gli emigranti che dalla Val taro e dalla Val Ceno in più flussi migratori, ad iniziare dalla fine dell'ottocento – primi novecento e sino a tutti gli anni sessanta /settanta hanno trovato ospitalità e lavoro in diversi Paesi Europei e in America.

Questi legami sono particolarmente consolidati con la Gran Bretagna e gli Stati Uniti d'America ove sono attive Associazioni che hanno riversato e riversano risorse economiche importanti oltre che sulle Associazioni del Volontariato presenti sul territorio anche sull'Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro.

Tra queste si distinguono l'Associazione Parmigiani Valtaro di Londra, l'Associazione della "Famiglia Bardigiana" e l'Associazione di Pellegrino Parmense operose nello stesso capuologo della Gran Bretagna.

Negli Stati Uniti a New York è presente invece la Valtarese Foundation che lega gli emigranti dell' Alta Val Taro e Val Ceno e l' Associazione Berceto Foundation.

Nella realizzazione del nuovo ingresso dell' Ospedale "Santa Maria" di Borgotaro si è voluta rafforzare questo legame tra la terra di origine e gli emigranti del Distretto Valli Taro e Ceno che più si erano impegnati nel sostenere l'Ospedale di Borgotaro e il Distretto. Su di una lastra in cristallo posta entro il nuovo ingresso, insieme ad altri benefattori, sono state scritte le Associazioni degli emigranti più generose.

In questo modo si è pensato di ringraziare pubblicamente quegli emigranti che hanno dimostrato un grande legame con queste valli, legame che sappiamo durerà nel tempo.

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED EFFICIENZA GESTIONALE

APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA

Nel presente paragrafo si intende dare conto delle attività svolte, spesso in collaborazione o integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma o altre aziende sanitarie per migliorare le modalità di organizzazione ed erogazione delle attività cliniche e delle attività di supporto tecnico-organizzativo e specificatamente:

- reti cliniche e percorsi di integrazione;
- gestione del rischio;
- sviluppo di percorsi multiprofessionali e presidio della continuità assistenziale;
- attività dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN).

LE RETI CLINICHE

Gli obiettivi che ci si è prefissi nel 2008, sostanzialmente si possono così riassumere:

- **Cure Palliative:** l'attività si è consolidata in relazione agli indicatori regionali sia dal punto di vista quantitativo (numero di ricoverati in progressiva crescita) sia dal punto di vista qualitativo in quanto sono stati meglio definiti i percorsi di accesso, di ricovero e di dimissione. E' da segnalare il progressivo coinvolgimento, sempre più costruttivo, dei MMG, in particolar modo nel Distretto di Fidenza. Per le tematiche cliniche sono state realizzate nuove iniziative sia nei singoli distretti che in momenti comuni (conferenze, convegni tavole rotonde ecc...). Per il **controllo del dolore**, è stato realizzato un importante collegamento tra il Comitato dell'Ospedale senza Dolore e la Rete delle Cure Palliative. Da segnalare l'apertura di un ambulatorio di cure palliative a Fornovo in grado di trattare e affrontare le problematiche del dolore.
- **Demenze:** si è teso allo sviluppo e al miglioramento della qualità della presa in carico da parte della rete territoriale residenziale. Per i ricoveri di sollievo, sono stati attivati 2 posti di sollievo nel Distretto di Fidenza e sono stati predisposti progetti individualizzati a livello domiciliare in tutti i Distretti. Il personale di Case Protette, è stato attivato il primo percorso formativo sperimentale nel Distretto di Fidenza. A livello aziendale sono state consolidate le fondamenta per la realizzazione di una gestione integrata del paziente con disturbi cognitivi. Tra gli attori principali impegnati a sostenere tale gestione è sempre stato

riconosciuto il MMG ed una collaborazione continuativa fra i vari attori coinvolti nel processo (AUSL, Azienda Ospedaliera-Universitaria, Comuni, SAA, UVG, Volontariato). Di seguito sinteticamente alcune delle azioni e degli obiettivi raggiunti nel corso del 2008:

- **l'azione congiunta dei Medici di Medicina Generale (NCP), con gli specialisti territoriali, gli operatori sociali e socio assistenziali**, rende possibile lo sviluppo del modello di reti integrate;
- **la diffusione e l'attività dei Consultori e dei Centri Delegati**: i progetti distrettuali sulla qualificazione e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, hanno garantito la presenza di competenze psicologiche in tutto l'ambito provinciale ed il conseguente sviluppo di percorsi specifici di sostegno ai famigliari;
- con il fattivo **supporto di AIMA**, nei mesi da luglio ad ottobre 2008 il Consultorio Centro Esperto di Parma ha proposto agli utenti (eventualmente per il tramite dei caregiver) un questionario anonimo autosomministrato teso ad indagare caratteristiche di genere dell'utenza ed il livello di qualità percepita del servizio;
- **nel Consultorio di Parma nel 2008**, sono stati effettuate 3000 valutazioni di 1° livello, 850 valutazioni di 2° livello, sono stati condotti 22 esami del linguaggio, 360 sedute di riabilitazione logopedica (18 soggetti) e 10 valutazioni per disfagia;
- **il Centro Delegato di Langhirano ha proposto un percorso formativo rivolto ai collaboratori sanitari** più frequentemente presenti nel corso delle attività clinico-diagnostiche, nell'ambito delle risorse inserite nelle attività ambulatoriali, teso a fornire competenze specifiche per l'approccio relazionale e competenze metodologiche utili a garantire un approccio diagnostico globale attraverso l'utilizzo di strumenti validati e di scale di natura monodimensionale;
- **nel Centro delegato di Langhirano le valutazioni** di 1° livello sono state 420, quelle di 2° livello 74 e sono state garantite al SAA le competenze specifiche per un percorso formativo rivolto alle Assistenti Sociali territoriali teso ad orientare attività di mutuo-aiuto a favore di famigliari di soggetti affetti da demenza;
- **collegamento strutturato con un reparto ospedaliero**: poiché molti ricoveri nell'Azienda Ospedaliera- Universitaria sono motivati da quadri di scompenso acuto dei disturbi comportamentali correlati alla demenza, è stato attivato all'interno della U.O. Geriatria un percorso clinico specifico per il trattamento di pazienti dementi;
- **stimolazione cognitiva**: nei Centri Diurni del Distretto di Parma sono continuati anche nel 2008 i percorsi di stimolazione cognitiva con incontri settimanali ad opera delle psicologhe, con la consulenza sui singoli casi e la supervisione sulle attività specifiche anche a sostegno degli operatori;
- **è stata promossa la diffusione di linee guida condivise** per la valutazione della diagnosi, la terapia e la predisposizione di piani assistenziali globali, uno degli eventi di promozione si è tenuto a Parma il 5 giugno 2008 dal tema *"Malattie Neurologiche dell'Anziano: Percorsi Clinico Assistenziali"* ed il 29 novembre 2008 *"L'amore e la sessualità nell'anziano"* relativo a tematiche legate all'invecchiamento fisiologico e patologico dell'anziano il 23 ottobre 2008 si è poi svolto il convegno *"Malattia di Alzheimer: speranza della ricerca"*;
- **in occasione della Giornata Alzheimer il 18 ed il 19 settembre**: si è tenuta l'iniziativa *"Consultorio aperto – incontriamoci per parlare di Alzheimer-"* presso il Consultorio di Parma mentre a Langhirano, sede del Centro Delegato nel Distretto Sud- Est, il 13

ottobre si è tenuto un pubblico incontro dal titolo *"I problemi cognitivi nell'anziano"*. Si sono svolti anche altri importanti incontri in particolare nel Distretto di Fidenza si ricorda *"Gocce di Memoria: progettualità e sostegno alle persone con deficit cognitivi"* articolato in quattro incontri, due replicati anche nel Distretto Valli Taro e Ceno. Sempre nel Distretto di Fidenza è stato realizzato anche *"La musicoterapia in neurologia e in psichiatria: esperienza e sviluppi"* il 1° febbraio 2008;

- **consulenza su problematiche assistenziali, legali, previdenziali e psicologiche:** nel Distretto di Parma il Centro Esperto, AIMA e Comune, hanno fornito consulenze assistenziali, psicologiche, legali e previdenziali. Nel Distretto Sud Est in questo ambito si è svolto un percorso formativo *"Un aiuto che ti segue fino a casa"* strutturato in incontri per singoli Comuni;
- **adattamento domestico:** il centro provinciale di primo livello ha continuato a mettere a disposizione un' équipe multiprofessionale per fornire informazioni e consulenze gratuite relativamente all'adattamento dell'ambiente domestico;
- **relazioni tra servizi/anziani/famiglie:** si è tesa a rendere la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali, valorizzando l'apporto delle associazioni. In questo ambito sono stati realizzati programmi distrettuali per il sostegno dei familiari che si prendono cura. In tutti i distretti aziendali sono continuate attività e progettualità per garantire il sostegno e l'accompagnamento dei familiari di soggetti affetti da demenza.

Nella Sezione 2 di questo documento, si forniranno ulteriori dettagli circa i dati sul percorso demenze.

EMERGENZA TERRITORIALE

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Nell'ambito della attività del Sistema della Emergenza Urgenza 118, nel corso dell'anno 2008, numerose sono state le attività che l'Azienda Unità Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in collaborazione con le Associazioni di Volontariato hanno svolto:

- **Attivazione della rete radio multiservizi R3 in tecnologia TETRA:** la nuova rete "R3", ad oggi, non è ancora operativa per quanto riguarda il settore del "soccorso sanitario" e necessita di sviluppi ad hoc per renderla in grado di supportare le procedure e le applicazioni informatiche per la gestione integrata dei mezzi di soccorso nelle Centrali regionali. Continua la sperimentazione.
- **Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto non urgente svolto a mezzo autoambulanza:** licenziato il documento elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale di cui abbiamo fatto parte. Il percorso di Accreditamento si realizzerà nel corso del triennio 2009/2011 e sarà preceduto da una verifica da parte della Aziende Sanitarie degli standard previsti dalla Del. Reg. n. 1349 del 2003 entro il 30 giugno 2009.
- **Percorso di integrazione delle Centrali operative presso il Centro Unico delle Emergenze:** il trasferimento della Centrale 118 presso il Centro Unico delle Emergenze non è potuto avvenire a causa della complessità del trasferimento in termini di accordi con l'Amministrazione comunale e compatibilità/competenze in ordine all'acquisizione delle tecnologie.

- **Sviluppo della convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS:** pronto il testo convenzionale; la formalizzazione dell'accordo tra regione e SAER/CNSAS avverrà all'inizio 2009.
- **Percorso STEMI:** il percorso interaziendale dell'infarto miocardio acuto ST-Sopra è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dall'inizio 2008 con 9 Postazioni 118 dotate di apparati di trasmissioni ECG. Previsto per i primi mesi 2009 la consegna degli ultimi tre apparati per la trasmissione dell'ECG alle postazioni 118 che ne erano sprovviste.
- **Percorso STROKE:** il percorso interaziendale dell'ICTUS è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dal settembre 2008.
- **Percorso Clinical Competence per Infermieri 118:** completato il 2° ed iniziato il 3° Corso di Sviluppo delle Clinical Competence per Infermieri 118 che si concluderà nel primo trimestre 2009.
- **Organico infermieristico:** completato l'implementazione del personale infermieristico di C. O. 118 e sui mezzi di soccorso di Parma città.
- **Progetto "A casa Sicuri":** al termine del primo trimestre 2007 si è interrotto il percorso iniziato nel 2006 con il Comune di Parma per arrivare ad una convenzione per la realizzazione di un nuovo sistema di telesoccorso denominato "A casa sicuri". Nel 2008 nessun progresso a causa dell'assenza dell'interlocutore.
- **Rinnovo accordi convenzionali con le Associazioni di Volontariato:** nei primi mesi dell'anno 2008 si è proceduto a rinnovare gli accordi convenzionali in essere con le Associazioni di Volontariato sia per quanto attiene i trasporti ordinari (limitatamente a quelli di competenza AUSL) che i trasporti in emergenza con particolare riferimento agli aspetti economici.
- **Formazione dei volontari del sistema 118:** è stato costituito un centro di formazione del volontariato che, sulla base di un accordo con le Aziende Sanitarie è in grado di garantire la continuità del progetto formativo BLS-D.
- **Miglioramento del servizio di Soccorso e Trasporto in Emergenza dell'area montana:** è stato predisposto un progetto di estensione del servizio di soccorso e trasporto in emergenza 24 ore/die per tutto l'anno presso il Punto di Primo Intervento Ospedaliero dell'ospedale di Borgo Val di Taro.
- **Predisposizione di un progetto di integrazione** tra l'attività di soccorso e trasporto in emergenza e attività di Pronto Soccorso presso l'Ospedale di Fidenza.
- **E' stato predisposto un progetto di integrazione della attività di emergenza territoriale e della attività di pronto soccorso presso l'ospedale di Fidenza:** il progetto sarà attivo a far tempo da luglio 2009.
- **Politica del Farmaco:** è proseguita l'attività di informazione e formazione nei confronti di tutti i Medici prescrittori con particolare riferimento alla promozione dell' utilizzo dei farmaci con brevetto scaduto all' interno delle categorie terapeutiche più significative come PPI, statine, antipertensivi ed antidepressivi. Sono stati organizzati incontri sia con medici singoli o medicine di gruppo (113) specialisti ambulatoriali (29) ed ospedalieri (9 incontri di dipartimento). Nel Presidio Ospedaliero è continuata l'attività di promozione all'uso del principio attivo nelle lettere di dimissione. E' proseguita anche l' informazione ai NCP attraverso la presentazione dei pacchetti CeVEAS con l'aggiornamento dei farmaci

dell'osteoporosi (6 incontri). E' stato realizzato anche un incontro con i cittadini. L'attività è continuata nel 2° semestre tramite ulteriori complessivi 30 incontri sia in ospedale che sul territorio. In Azienda Ospedaliero-Universitaria si è tenuto un incontro sulle equivalenze dei principi attivi. L'attività complessiva sul corretto utilizzo dei farmaci ha portato importanti risultati anche sulla spesa farmaceutica convenzionata (-3.64% rispetto al 2007). Per il controllo **sulle prescrizioni**, sono state effettuate ricerche mirate su farmaci per indicazioni non previste in scheda tecnica, e su tutti i farmaci soggetti a Piano Terapeutico (PT) in erogazione diretta e distribuzione per conto. Sono state inviate lettere di contestazione per quanto concerne le prescrizioni di PPI e statine, l'argomento è stato trattato nei colloqui con gli iperprescrittori. E' stata realizzata, congiuntamente con la Direzione Sanitaria dell'AOU, un'analisi delle prescrizioni emesse direttamente da Specialisti ospedalieri e discusse con gli stessi specialisti interessati (oltre 300 prescrizioni). Durante gli incontri con i Dipartimenti Ospedalieri (12 incontri) sono state date tutte le informazioni sulle note AIFA di maggior impatto e sulla corretta compilazione dei PT. Per **l'appropriatezza prescrittiva**, è stata perseguita una stretta adesione al Prontuario Terapeutico Provinciale nella prescrizione dei farmaci, con una speciale attenzione all'utilizzo esclusivo delle tipologie di farmaci acquisite tramite gara di Area Vasta. La prescrizione di farmaci a minor costo, in quanto a brevetto scaduto, è stata adottata in modo prevalente in fase di dimissione dal ricovero pur restando ambiti di miglioramento nelle attività di specialistica ambulatoriale erogate dai medici ospedalieri. E' stata presentata e diffusa ai Dipartimenti la procedura aziendale per la gestione clinica dei farmaci. Per quanto concerne i farmaci OSP2, questi sono stati attentamente e costantemente monitorati. Relativamente al tema della **farmacovigilanza**, è stato definito e presentato un progetto di sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci nella popolazione anziana. I risultati sono stati presentati ai medici di tutti i distretti aziendali.

- **Medicina riabilitativa:** sono state adottate misure per la **valorizzazione delle professioni sanitarie assistenziali**, infatti il processo di valorizzazione delle figure sanitarie assistenziali ha visto sviluppare la presenza dei TDR nei percorsi di cura nelle gravissime disabilità; è **migliorata l'appropriatezza** con il coinvolgimento ed informazione ai MMG, inviata nota informativa ai MMG e ai medici delle strutture protette nell'ambito dei protocolli di presa in carico è stata definita la modalità di attivazione del fisiatra; **sono state avviate le integrazioni delle attività in rete** quali Miglioramento di specifiche attività riabilitative ambulatoriali (rieducazione logopedica, rieducazione delle menomazioni cognitive e l'integrazione con le strutture di riabilitazione convenzionate (Fondazione Don Gnocchi). Per **l'Assistenza integrata ai pazienti:** Stroke è stato presentato progetto ed avviato mentre per le situazioni disabilitanti recente insorgenza è stato avviato il percorso; per il **percorso integrato pazienti sclerosi multipla**, è stata migliorata la presa in carico, che ha visto anche un incremento di casi, attraverso intervento multidisciplinare con competenze neurologiche dedicate da parte del Centro Sclerosi Multipla di Fidenza e l'omogeneizzazione di percorsi in integrazione con altri specialisti (oculista, endocrinologo, psicologo), prosegue il percorso di integrazione con le competenze della Fondazione Don Gnocchi per il trattamento delle funzioni del linguaggio e delle funzioni cognitive superiori.

- **Progetto Dialisi:** a fine 2008 sono state effettuate 29.994 prestazioni dialitiche mentre per la **dialisi domiciliare** complessivamente nel corso del 2008 i pazienti che sono stati presi in carico per lo svolgimento di dialisi peritoneale domiciliare sono stati 24. Per quel che attiene **l'organizzazione dei trasporti**, è stata svolta una ricognizione sulle modalità di trasporto al fine di individuare le forme più appropriate dal punto di vista della adeguatezza alle condizioni sanitarie e sotto il profilo organizzativo funzionale.
- **Lungodegenza:** la disciplina codice 60, che comprende attività diversificate, in ragione della prevalenza relativa della funzione assistenziale, di pertinenza infermieristica; o di quella riabilitativa, deve svolgere il suo ruolo di anello di congiunzione tra la degenza in acuzie e l'assistenza in regime residenziale e domiciliare, rafforzando ancor di più la sua connotazione di "contenitore" che assicura la flessibilità del sistema di rete ospedaliera". La dotazione dei posti letto in provincia, in rapporto allo standard regionale (0,70 per mille) ed alla popolazione provinciale, può considerarsi pressoché completamente attuata, con l'attivazione a regime dei posti letto di riabilitazione estensiva previsti nell'Ospedale S. Maria di Borgo Val di Taro, annessi all'Unità Operativa di Ortopedia. E' stato perfezionato **il monitoraggio degli invii** da reparti per acuti degli ospedali pubblici alle Case di Cura private accreditate che hanno in dotazione posti letto di lungodegenza. **Protocolli con strutture lungodegenza e ADI:** sono state promosse revisioni delle procedure per le dimissioni cosiddette "difficili", in collaborazione tra gli ospedali a gestione diretta dell'AUSL di Parma e le strutture distrettuali coinvolte nei percorsi di tutela dei pazienti dimessi portatori di gravi disabilità e/o inseriti in contesti sociali problematici. una nuova procedura è stata redatta e validata per disciplinare i rapporti tra la sede ospedaliera, le strutture distrettuali e le interfacce territoriali del distretto Valli Taro e Ceno. Nei **piani di formazione** sono stati inseriti eventi con l'obiettivo di consolidare la cultura del lavoro in rete e della continuità assistenziale.
- **Patologie croniche:**
 - o *Programma assistenza sanitaria a favore dei soggetti portatori di stomie ed incontinenti gravi:* formati, con **specifiche formazioni sul campo**, 5 Infermieri professionali dell'Azienda Ospedaliera e 20 Infermieri professionali dell'Azienda USL; individuato un **modulo aziendale** di prescrizione dei presidi sanitari che si può trovare sia in forma cartacea presso i servizi aziendali che sulla rete Intranet aziendale; **sperimentazione del percorso:** è stata avviata nel Distretto di Fidenza e prevede all'atto delle dimissioni dopo interventi chirurgici comportanti l'utilizzo di stomie, la consegna diretta dalla Farmacia aziendale della prima fornitura con disbrigo delle pratiche autorizzatorie direttamente effettuate dall'Unità Operativa e dall'Ufficio Protesica del Distretto.
 - o *Prevenzione cardiovascolare:* la prevenzione delle malattie cardiovascolari rappresenta uno dei ambiti prioritari di intervento della programmazione regionale in generale e del Piano della riabilitazione, da realizzarsi a livello distrettuale sia con riferimento alla diffusione della carta del rischio che alla prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici. L'Azienda USL ha definito, in collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi-Onlus di Parma e l'Università degli Studi di Parma, un progetto di prevenzione primaria di ambito

provinciale nel quale sono stati individuati protocolli diagnostici di secondo livello per la presa in carico dei pazienti individuati dai Medici di Medicina Generale attraverso l'utilizzo delle carte nel corso della ordinaria attività ambulatoriale.

Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Nel corso del 2008, così come previsto nel documento regionale dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi allo scompenso cardiaco, si è proceduto alla messa in rete dei soggetti interessati alla gestione clinica dei pazienti con questa patologia. All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state individuate le funzioni di Hub provinciale caratteristiche dell'Unità Operativa di Cardiologia con le attività concernenti l'impianto di defibrillatori e pace makers biventricolari nei pazienti più critici. Si è inoltre precisata la funzione Hub di II livello del Day Hospital dell'Unità Operativa di Cardiologia per la selezione e l'invio dei pazienti all'Hub di III livello di Bologna Sant'Orsola nei casi nei quali è posta l'indicazione di trapianto cardiaco. L'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Fidenza ha attivato nel 2008 un day hospital rivolto in modo particolare alla cura dei pazienti con scompenso cardiaco. Questa iniziativa prevede una collaborazione permanente con il nucleo di cure primarie del Distretto di Fidenza per garantire anche in quella zona l'assistenza domiciliare ai pazienti scompensati.

Durante il II semestre del 2008, come previsto, nel Distretto di Parma si è attivato, in via sperimentale, il progetto che prevede la prosecuzione del percorso assistenziale del paziente scompensato, dopo le dimissioni ospedaliere, attraverso l'attivazione del Servizio infermieristico territoriale e con la collaborazione del Medico di medicina generale.

Attraverso questa fase del progetto si intende garantire a questi pazienti una procedura strutturata e standardizzata di controlli medici ed infermieristici nei sei mesi successivi alle dimissioni ospedaliere.

In questa fase, inoltre, sono state monitorate le diagnosi di ammissione e di dimissione dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concernenti i pazienti con scompenso cardiaco acuto. In collaborazione con tre gruppi di cure primarie della città di Parma si è proceduto all'implementazione delle procedure previste con controlli prima clinici e poi telefonici da parte dei MMG e del personale infermieristico territoriale. Si è quindi dimostrata la fattibilità del progetto che verrà quindi esteso a tutto il Distretto di Parma nel corso del 2009.

La rete cardiologica

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 individua l'area della cardiologia/cardiochirurgia fra quelle nelle quali attuare in concreto il modello di organizzazione hub and spoke.

Il Piano Attuativo Locale (PAL) 2005-2007 ha affrontato con un apposito documento l'area della cardiologia e cardiochirurgia ed ha definito obiettivi di carattere assistenziale e di carattere organizzativo della rete cardiologica provinciale, con l'apporto di tutti i soggetti che ne fanno parte.

Il Comitato cardiologico provinciale, composto da professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL e da MMG nel corso del 2008 ha gestito l'attuazione e la

verifica della rete dell'infarto.

Nel 2008 vi è stata la sostanziale realizzazione della rete cardiologica provinciale per l'infarto del miocardio con l'attuazione clinica del progetto di teletrasmissione dell'ECG dai mezzi di soccorso del 118 all'UTIC dell'Ospedale di Parma.

I professionisti del Comitato cardiologico provinciale hanno svolto un ruolo di promozione delle attività previste sul territorio coinvolgendo tutte le sedi di Automedica della provincia interessate alla teletrasmissione dell'ECG. In tale contesto oltre alla formazione specifica riguardante la diagnosi e la terapia delle sindromi coronariche acute, si è anche provveduto ad effettuare una campagna di educazione su tutto il territorio provinciale riguardante la prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica.

Nel 2008 si è registrato, inoltre, un incremento significativo dell'Angioplastica primaria come trattamento della Sindrome Coronarica Acuta per i pazienti della provincia di Parma, trend analogo a quello di altre province della Regione.

Contestualmente al decollo della rete territoriale vi è stato un processo di miglioramento dei percorsi intraospedalieri e si è provveduto al potenziamento ed alla qualificazione del personale nei settori dell'UTIC e dell'Emodinamica dell'Ospedale di Parma, con risultati significativi per quanto riguarda i tempi di attivazione delle procedure interventistiche ed il successo di tali procedure.

La crescita della rete cardiologica è stata agevolata attraverso un pieno rapporto di collaborazione tra tutti i soggetti della rete mediante il continuo e sistematico confronto tra le realtà operative presenti nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria, nei presidi Ospedalieri dell'AUSL e sul territorio (118, Cardiologia territoriale).

In tale ambito si sono determinati protocolli riguardanti il trasporto dei pazienti critici ed i rapporti assistenziali e professionali tra le Cardiologie del territorio provinciale.

L'atto di indirizzo e coordinamento approvato dall'Ufficio di Presidenza della CTSS della provincia di Parma il 24 Novembre 2008 individua tra "I risultati conseguiti nel processo di programmazione nel triennio 2006-2008" lo sviluppo delle Reti Integrate ospedaliere, con funzione di eccellenza per la Cardiochirurgia di Parma e la realizzazione di collaborazioni multidisciplinari e di protocolli clinico-organizzativi con risultati qualificanti nell'assistenza cardiologica.

PERCORSO NASCITA

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Il potenziamento dell'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito del percorso nascita si realizza attraverso la stesura e l'attuazione di progetti comuni e trasversali con i Distretti, i

Servizi Sociali ed il Volontariato.

In questa prospettiva le Aziende sanitarie si pongono come obiettivo la creazione di alleanze utili al rafforzamento del percorso nascita in una logica di sinergia di intenti e di azioni con gli interlocutori delineati.

È stata effettuata un'analisi dei percorsi assistenziali esistenti, che ha evidenziato alcuni punti di forza dovuti all'integrazione ospedale/territorio perseguita negli ultimi anni :

- è attiva in tutti i consultori della provincia una modalità consulenziale "1° colloquio" proposto dall'ostetrica per informare tutte le gravide sull'assistenza proposta e sull'importanza di promuovere scelte consapevoli di salute;
- è stato potenziato il progetto della gestione diretta da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica: è in corso la revisione delle linee guida condivise dai professionisti per rendere uniforme le pratiche clinico-assistenziali;
- i corsi di accompagnamento alla nascita sono svolti nei consultori e nei punti nascita;
- il progetto di Dimissione Appropriata è confermato quale modello assistenziale integrato punto nascita /territorio e di promozione del benessere mamma-bambino: è applicato con modalità diverse a seconda delle specificità territoriali.

Grazie al perfezionamento ulteriore nell'applicazione del progetto di dimissione appropriata di cui la Delibera Aziendale 1170 – 18.11.1999 e all'Accordo locale stipulato tra le due Aziende e a livello dei piani di Zona con i pediatri di libera scelta del 03.06.2003, e attraverso plurimi incontri multidisciplinari effettuati, si è giunti alla riduzione dei tempi di degenza ospedaliera pur nella garanzia di sicurezza e qualità del percorso.

Prosegue la collaborazione con l'Associazione di volontariato Futura con la presenza delle volontarie all'interno degli ambulatori per l'allattamento e nei corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre, sempre in collaborazione con l'Associazione Futura, le due Aziende sanitarie hanno realizzato, il 19 settembre 2008, un Convegno riguardante l'umanizzazione della gravidanza, del parto e del dopo parto.

La Delibera di Giunta Regionale n. 533 del 20 aprile 2008 ha definitivamente normato l'esperienza di programmazione svolta dalla Commissione Consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita.

Lo sviluppo dell'attività, a partire dal secondo semestre 2008, è proseguito, in sinergia con le linee di Area Vasta ed in un'ottica di forte integrazione con il territorio, attraverso la definizione di Progetti che danno risposta alla D.G.R. 533/2008. Le Aziende sanitarie in stretta collaborazione hanno, in questa ottica, attivato gruppi di lavoro interistituzionale e interprofessionali per definire/potenziare gli interventi comuni per il raggiungimento degli obiettivi proposti da raggiungere nel prossimo triennio.

Si propone di seguito una elencazione e una breve descrizione dei progetti attivati:

1. "Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza

della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)": è stato effettuata la formazione alla consulenza al personale delle due Aziende.

In questo ambito è stato definito il percorso per garantire la possibilità di effettuare, a partire da marzo 2009, "TRANSLUCENZA NUCALE + BI-TEST" a tutte le gravide che afferiscono al Servizio Assistenza alla Gravidanza (SAG) della Clinica ostetrica e al Servizio Salute Donna di Parma e Fidenza con l'obiettivo di allargare l'offerta secondo un cronogramma stabilito.

2. "Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna (predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici)": sono stati definiti i percorsi tra il 1° livello del territorio e il 2° livello della Clinica ostetrica per l'approfondimento delle patologie fetali e i conseguenti interventi diagnostico-terapeutici ed è stato strutturato uno specifico DAY-SERVICE come risposta organizzativa a tale obiettivo.
3. "Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia": l'ostetrica sarà la figura portante del TRIAGE per l'accettazione urgenze e per la distinzione dei livelli di rischio per i percorsi assistenziali (Assistenza alla gravidanza e al parto a basso rischio).
4. "Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia (promozione e consolidamento dell'adozione della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto)": sono state prodotte le Linee Guida condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e U.O. di ostetricia e ginecologia dell'AUSL; in Azienda Ospedaliera le Linee guida hanno trovato applicazione da marzo 2009.
5. "Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita": è stato definito il progetto per l'attuazione dell'obiettivo prevedendo un corso di formazione multidisciplinare ed interaziendale per operatori con l'obiettivo di attivare la capacità di rilevazione della depressione e del disagio relazionale, della presa in carico dei casi meno gravi e dell'accompagnamento eventuale al confronto con un professionista dell'aiuto.
6. "Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno": è stata ridefinita la buona prassi per il parto naturale e l'allattamento al seno ed il monitoraggio della loro applicazione. Inoltre, sarà ribadita nel secondo semestre 2009 una formazione interaziendale per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno ed affinato il percorso della dimissione appropriata.
7. "Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici": il relativo progetto prevede la rilevazione del vissuto delle donne nel "percorso" nascita attraverso appositi Focus group.
8. "Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie": adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e di un protocollo diagnostico condiviso con l'Anatomia patologica.
9. "Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-

ospedaliero" (mantenimento della collaborazione già assodata con il territorio).

10. "Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata": l'obiettivo si svolgerà attraverso l'applicazione di un modello condiviso tra le Aziende sanitarie con un'offerta attiva alle fasce deboli e ad elevata criticità socio-familiare.
11. "Aumentare la conoscenza e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema 'il dolore del parto', anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche":
 - le nuove linee Guida sull'assistenza al travaglio/parto descrivono le metodiche finalizzate al sostegno non-farmacologico;
 - la parto-analgesia farmacologia sottende una progettualità in area Vasta che è ancora in via di definizione.

È stato firmato l'accordo distrettuale tra il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e i Consultori Familiari del Distretto di Parma per l'attivazione e il potenziamento di interventi ed iniziative finalizzate al sostegno alla genitorialità e alla maternità con particolare riguardo al periodo perinatale. Ciò ha consentito di strutturare un'offerta attiva di incontri per le future mamme in collaborazione con il personale di due Enti, con particolare riguardo alle primipare gravide e alle donne in situazioni di svantaggio differenziando le proposte:

- corsi di accompagnamento per gruppi di mamme al primo figlio o che hanno già avuto bambini, di coppie, per donne provenienti da altre culture;
- incontri informativi per le gravide che accedono agli ambulatori consultoriali o S.A.G. e non fanno i corsi;
- incontri a libero accesso per tutto il periodo di gravidanza per donne con problemi di comprensione linguistica facilitanti l'alfabetizzazione per consentire una prima comprensione dei percorsi per l'assistenza alla mamma e al neonato.

- **Sviluppo delle reti cliniche pediatriche:** il progresso delle conoscenze scientifiche in ambito pediatrico ha comportato, nel corso degli ultimi 10-15 anni, la necessità di sviluppare un nuovo modello assistenziale che permetta l'integrazione tra l'assistenza territoriale garantita prevalentemente dai pediatri di famiglia, le funzioni pediatriche dell'Azienda U.S.L. di Parma e le competenze di "elevata specializzazione" che rappresentano un ausilio indispensabile per la prevenzione, la diagnosi e la cura in età pediatrica. Il bambino necessita di un progetto globale di assistenza e per rispondere a questa primaria esigenza **è nato a Parma il progetto "Ospedale dei bambini"** che prevede la costruzione di un ospedale interamente dedicato al bambino. La realizzazione di un **"hub"** di tale rilevanza deve essere completata con **la creazione in ambito provinciale di una rete integrata di servizi pediatrici secondo il modello "hub e spoke"**. **Forme associative:** è stata realizzata una pediatria di gruppo che coinvolge 3 pediatri è attiva a Parma ed una che coinvolge 3 pediatre è stata attivata a Salsomaggiore e si è **consolidato il modello assistenziale della funzione pediatrica** adottato presso l'Ospedale di Fidenza – San

Secondo che ha consentito una maggiore integrazione con il territorio ed uno sviluppo dell'attività ambulatoriale. In merito ai **progetti regionali per popolazione pediatrica**, la promozione dell'allattamento al seno e la dimissione appropriata del neonato sano sono progetti ormai consolidati e relazionati nella specifica sezione della salute donna. Presso **l'Ospedale di Fidenza sono attivi i seguenti ambulatori specialistici di pediatria**: allergologia, auxo-endocrinologia, ematologia, chirurgia pediatrica, pediatria generale in età adolescenziale; nel Distretto di Parma è stato attivato un ambulatorio di allergologia in età infantile. In relazione a prevenzione pediatrica e attività vaccinali: allo studio la possibilità di formare un pediatra per attivare un ambulatorio ecografico dedicato alla funzione presso Fidenza San Secondo Parmense, ed iniziato il programma di vaccinazione delle gravide sieronegative per rosolia prima della dimissione dall'U.O. di ginecologia-ostetricia di Fidenza San Secondo. **Patologie croniche pediatriche**: è stata avviata una fase di valutazione epidemiologica preliminare delle patologie croniche pediatriche al fine di progettare e programmare l'attivazione di servizi di assistenza al bambino con malattie croniche. A tal fine oltre al lavoro in corso ad opera del Dipartimento di Prevenzione verranno utilizzati 4 psicologi vincitori di borsa di studio che effettueranno una rilevazione epidemiologica mirata su base distrettuale.

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Percorso elaborato in modo comune dalla due Aziende Sanitarie

Nel giugno 2008 con la DGR 374/08 sono intervenute alcune modifiche inerenti l'assistenza odontoiatrica, sia nelle categorie di vulnerabilità sociale, che sanitaria, infatti, è stata prevista la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche, nello specifico:

- per quanto attiene i vulnerabili sociali, si è passati da un limite massimo di 15.500 ISEE ad un massimo di 22.500 ISEE
- per quanto attiene i vulnerabili sanitari è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune delle categorie e si è previsto un percorso di certificazione, attraverso le commissioni invalidi, delle gravi disabilità psico-fisiche (VS12).

Nella seconda metà del 2008 si è pertanto proceduto a diffondere all'utenza i cambiamenti intervenuti ed alla costituzione di un percorso di certificazione della grave disabilità psico-fisica (VS12) da parte delle commissioni invalidi.

L'AUSL ha proceduto alla stesura del Programma di Assistenza Odontoiatria in coerenza con quanto stabilito dalla DGR 374/2008.

Al 31.12.2008 la situazione complessiva relativa alle certificazioni prodotte è la seguente:

1. il numero di certificazioni per Vulnerabilità Sanitaria 12 rilasciate dalla commissione invalidi dal 4 giugno 2008 al 31 dicembre 2008, indipendentemente dalla conferma INPS, relative a soggetti valutati per la prima volta dalla Commissione è di 103.
2. il numero di certificazioni per Vulnerabilità Sanitaria 12 rilasciate dalla commissione invalidi a soggetti valutati in epoca antecedente l'obbligatorietà di rilascio del certificato che comprova il diritto alla assistenza odontoiatrica, e che, in epoca successiva, ne hanno fatto richiesta in riferimento alla data del 31 dicembre 2008 è di 2.

Per quanto attiene le rimanenti categorie di vulnerabili sanitari rimangono in essere i percorsi di ricerca proattiva rivolti a diverse categorie (tossicodipendenti, psicotici, bambini affetti da patologie oncoematologiche, emofilici ecc.).

La nuova delibera 374/08 ha introdotto una nuova categoria di vulnerabili sanitari: i pazienti oncoematologici sottoposti a trattamenti con bifosfonati ad alte dosi per via endovenosa.

Tali pazienti hanno un elevato rischio che si manifestino osteonecrosi delle ossa mascellari in seguito ad infezioni del cavo orale o a terapie odontoiatriche, pertanto, si è proceduto con l'attivazione di un percorso di prevenzione che rimane la strategia più indicata ed efficace.

Al paziente in trattamento (che possiede una esenzione 048 'Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto') l'oncologo rilascia una lettera di invio allo specialista odontoiatra richiedendo nel contempo una consulenza per valutare la situazione di salute orale prima di iniziare il trattamento con bifosfonati.

Grazie alla collaborazione tra l'oncologo e l'odontoiatra viene formulato un piano di trattamento funzionale a prevenire le complicanze. Infatti al momento in cui viene programmato il trattamento chemioterapico e nei pazienti già in terapia ma asintomatici sono garantiti i trattamenti odontoiatrici di bonifica del cavo orale, le cure conservative e protesiche, inoltre, vengono fornite adeguate istruzioni di igiene orale.

Inoltre, nel corso del 2008, le Aziende hanno promosso e realizzato le attività preliminari di preparazione del materiale didattico e/o informativo relativo alle campagne di prevenzione previste nel Programma di assistenza odontoiatrica che saranno attivate a far tempo dal primo semestre 2009, nello specifico:

- la prima campagna di prevenzione è rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia
- la seconda riguarda i bambini delle scuole primarie.

L'Azienda USL ha altresì proceduto a redigere un nuovo regolamento che formalizza e rende omogenee, nei diversi ambiti territoriali, le modalità di rateizzazione del costo dei manufatti per coloro che appartengono alle categorie ISEE 2-5.

Una delle innovazioni apportate dalla delibera 374/2008 è rappresentata dall'utilizzo del flusso

relativo alla attività specialistica ambulatoriale (ASA) per il monitoraggio della attività in sostituzione dei questionari somministrati alle Aziende Sanitarie nel periodo di sperimentazione ed introduzione della delibera 2678/2004.

Si riportano di seguito i dati relativi agli assistiti nel corso dell'anno 2008 per entrambe le Aziende:

Tabella 1: tipologia e volumi di attività erogata

Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	3.820	616	269	1301	1.017	7.023
Ortodonzia	56	104	N.E.	N.E.	269	429
Protesica	763	210	70	635	124	1.802
Solo visite	5.046	1.462	299	1087	2.971	10.865
TOTALE	9.685	2.392	638	3.023	4.381	20.119
Solo urgenze	873	35	10	22	2.174	3.114
Altre prestazioni programma	826	262	153	427	1.886	3.553
TOTALE COMPLESSIVO	11.384	2.689	801	3.472	8.441	26.786

Tabella 2: numero di vulnerabili sociali assistiti nel 2008

Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 reddito <= 8.000	1325	246	66	374	273	2284
ISEE2 > 8.000 e <= 12.500	376	123	42	156	79	776
ISEE3 > 12.500 e <= 15.000	138	33	18	66	40	295
ISEE 4 > 15.000 e <= 20.000	48	10	5	14	27	104
ISEE 5 > 20.001 e <= 22.500	28	7	1	2	861	899
TOTALE	1.915	419	132	612	1.280	4.358

Tabella 3: numero di vulnerabili sanitari assistiti nel 2008

Vulnerabilità Sanitaria	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ANNO 2008	204	85	20	226	843	1.378

Tabella 4: numero di manufatti protesici erogati

Anno 2008	Tipologia Materiale	N° Utenti	N° Manufatti a carico dell'assistito	N° Manufatti a carico del SSR-EE.LL.
PROTESI FISSA	Protesi fissa in lega preziosa	84	80	61
	Protesi fissa in lega NON preziosa	175	145	481
PROTESI MOBILE		553	366	446
TOTALE		812	591	988

Tabella 5: numero di manufatti ortodontici erogati

Classe IOTN V	Classe IOTN IV	ALTRO (traumi)	N° totale manufatti
129	19	29	177

- **Iniziative di promozione corretti stili di vita e miglioramento appropriatezza:** prosegue la collaborazione ai Progetti Regionali PROBA (appropriato utilizzo degli antibiotici in età pediatrica; prosegue il percorso formativo ed uno specifico evento “Linee Guida Regionali sulla terapia della faringotonsillite acuta e della otite media in età pediatrica” è stato realizzato il 1° dicembre 2007; proseguono le attività all’interno del Gruppo di Lavoro per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

LA GESTIONE DEL RISCHIO

Rischio giuridico-amministrativo

L’attività dell’Osservatorio aziendale per la Gestione del Rischio si è sviluppata regolarmente nel corso dell’anno 2008, attraverso periodici incontri diretti ad una ricognizione delle aree aziendali di maggior interesse/rischio, analisi propedeutica all’elaborazione delle

procedure in programma, relative all'adozione di un nuovo modulo di consenso informato, all'adozione di una nuova scheda unica di terapia, all'adozione di una scheda per il monitoraggio delle cadute. L'Osseatorio, inoltre, avvalendosi di figure professionali della rete aziendale e non, ha redatto il piano-programma aziendale per la gestione del rischio per l'anno 2008 oltre al piano formativo per il triennio 2008-2010. Tali documenti sono stati portati all'attenzione della Direzione Aziendale conformemente al modello organizzativo adottato nel 2007.

Ambito giuridico-assicurativo

Nel corso dell'anno 2008 l'Azienda ha concluso il progetto di ricerca finalizzata "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie" promosso dalla Regione Emilia Romagna, attraverso la produzione di apposita relazione scientifica ed amministrativa. Per quanto riguarda la funzione conciliativa, si segnala che quest'Azienda ha anche relazionato al 3° Forum Risk Management in Sanità di Arezzo; per quanto riguarda invece la mediazione si segnala che quest'Azienda fa parte del gruppo di lavoro regionale "Coordinamento dell'attività regionale dei mediatori" costituito dall'ASSR al fine di supportare l'attività dei mediatori operanti nelle aziende sanitarie.

Nel corso dell'anno 2008 è stata curata l'implementazione del database "gestione del contenzioso" e l'Azienda ha anche partecipato alle relative riunioni del gruppo di lavoro regionale con l'obiettivo di migliorare la fruibilità della banca dati.

L'attività di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie è continuata proficuamente nell'anno 2008, anche grazie all'utilizzo di altri due mediatori aziendali. La mediazione, quale strumento di riconciliazione tra l'utenza e la struttura sanitaria, è stata infine oggetto di presentazione agli operatori in tutte le articolazioni aziendali.

Per quanto concerne la gestione delle richieste risarcitorie, il Comitato di Valutazione Sinistri, gravanti sulla polizza di responsabilità civile, ha continuato ad incontrare la Compagnia Assicuratrice per esaminare congiuntamente sia dal punto di vista medico-legale che legale-assicurativo le relative richieste, definendo congiuntamente le posizioni di danno nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa. Nel corso dell'anno 2008 l'Azienda, volendo svolgere un ruolo sempre più attivo, ha assunto un dirigente medico specializzato in medicina legale, qualificando, ancor meglio, l'attività del Comitato di Valutazione Sinistri.

Tale professionalità ha inoltre consentito di meglio definire i punti critici ed i fattori di rischio in ambito medico-legale e d'intraprendere un'attività di prevenzione.

Al riguardo si ricorda che sono stati realizzati un evento formativo sulla responsabilità professionale infermieristica ed un evento formativo sulla cartella clinica ed il consenso informato. Si è inoltre proceduto ad avviare un'attività di informazione della dirigenza e del personale del comparto sul programma aziendale di copertura dei rischi per responsabilità civile verso terzi e sulle opportunità a tutela dei dipendenti attraverso numerosi incontri nei dipartimenti sanitari. Gli incontri sono stati altresì l'occasione per affrontare diverse problematiche inerenti tali rischio nei contesti di concreta operatività del personale.

L'Azienda ha infine partecipato al progetto di acquisizione in ambito AVEN del contratto di assicurazione della responsabilità civile, ottenendo la collocazione sul mercato del relativo servizio a decorrere dal 31.12.2008.

Ambito rischio clinico/infettivo:

In questo ambito l'osservatorio ha elaborato le procedure inerenti:

- il monitoraggio degli eventi sentinella;
- la gestione delle cadute dei pazienti;
- la gestione clinica dei farmaci;
- l'identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- la profilassi post-esposizione al rischio biologico.

Tali procedure sono state emanate dal Direttore Sanitario. E' stata inoltre predisposta e diffusa la Cartella Ambulatoriale Odontoiatrica

Presso l'Ospedale di Fidenza si è concluso il progetto relativo alla sperimentazione del lavaggio alcolico delle mani in terapia intensiva. Il gruppo per la prevenzione della legionellosi ha effettuato l'analisi dei rischi nella struttura ospedaliera dove è stato introdotto il biossido di cloro quale mezzo di prevenzione e controllo dell'infezione nella struttura ospedaliera e distrettuale.

E' stato inoltre elaborato il manuale per l'autocontrollo della legionellosi contenente le disposizioni e le procedure per la gestione e controllo del rischio da tale infezione.

Presso lo stesso Ospedale è stato adottato il registro operatorio informatizzato, strumento propedeutico all'attivazione del progetto di sorveglianza dell'infezione chirurgica (progetto SIChER). E' stato inoltre sviluppato, nella terapia intensiva, il progetto "lotta alla sepsi nell' Emilia-Romagna (progetto Laser)

Alla gestione del rischio clinico contribuisce altresì il programma di audit clinici organizzati presso il Presidio Ospedaliero di Fidenza. Dal corrente anno sono iniziati, con sistematicità anche gli audit organizzativi.

L'Azienda ha partecipato al progetto di modernizzazione: "screening degli eventi avversi nelle aziende sanitarie tramite le SDO" di cui è capofila l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma. Nel 2008 l'Azienda ha aderito, partecipando con propri elaborati, all'Osservatorio Buone Pratiche dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

Il programma di audit clinici prosegue nelle articolazioni aziendali. Il 31.3.08 l'esito degli audit organizzativi inerenti la cartella clinica, le dimissioni protette, i reclami ed alcune procedure di gestione del rischio infettivo nei comparti operatori, è stato restituito agli operatori delle strutture ospedaliere interessate.

L'Azienda ha partecipato al progetto di modernizzazione: "screening degli eventi avversi nelle aziende sanitarie tramite le SDO" di cui è capofila l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma e che coinvolge operatori medici ed infermieristici delle U.O di Chirurgia degli Ospedali di Fidenza e Borgo Val di Taro.

Formazione

L'osservatorio aziendale per la Gestione del Rischio oltre a redarre il piano formativo aziendale 2008-2010 ha provveduto a realizzare in sede, al fine di supportare le attività di gestione del rischio, i seguenti eventi formativi:

- La responsabilità professionale infermieristica - 31.1.08,

- La cartella clinica ed il consenso informato- aspetti medico-legali- 29 febbraio 2008,
- Incident Reporting e Procedura Identificazione Paziente e Sito Chirurgico -23.5.2008
- La mediazione come strumento di gestione del rischio -11.6.2008 e 16.6.2008;
- Incident reporting ed eventi sentinella – 2.10. 08;
- Formazione in tema di di Root Cause Analysis 17.10.08 e 27.10.08

SVILUPPO DI PERCORSI MULTIPROFESSIONALI E PRESIDIO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Esperienze nel Dipartimento Cure Primarie

Negli ultimi anni gli strumenti di politica sanitaria hanno enfatizzato la necessità di valorizzare la sanità sul territorio, rimodulando gli assetti organizzativi dei sistemi di cure primarie al fine di garantire ai cittadini un'assistenza sempre più appropriata, continuativa ed integrata.

L'obiettivo è quindi quello di perseguire il "pieno e reale sviluppo delle cure primarie", e in quest'ottica anche alla professioni sanitarie "non mediche" è richiesto un contributo per individuare modelli organizzativi e strategie di intervento orientate a garantire ai cittadini elevati livelli di presa in carico e personalizzazione delle cure.

Le cure primarie divengono quindi contesto privilegiato sia per promuovere il confronto fra professionisti che per valorizzare le competenze degli operatori coinvolti nei percorsi di cura. Per migliorare i processi nelle cure primarie, il confronto e la condivisione hanno riguardato anche i modelli organizzativi, le buone pratiche cliniche, i percorsi di presa in carico, tutte quelle esperienze che localmente si sono rivelate efficaci ed economicamente sostenibili nel produrre il "bene salute".

Le esperienze di carattere multiprofessionale sviluppate e maturate, hanno riguardato svariati ambiti dell'attività dell'Azienda, tra i quali:

- **il parto a domicilio.** Il progetto Parto a Domicilio a Parma vede coinvolte l'Azienda Unità Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con l'obiettivo di offrire alle donne la possibilità di scegliere il parto a casa e nello stesso tempo contribuire al processo di demedicalizzazione delle gravidanze e del parto fisiologico come criterio di salute promosso dalla OMS e abbracciato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile. Una équipe multidisciplinare composta da operatori delle aziende e pediatri di libera scelta hanno steso, condiviso, aggiornato e diffuso le linee guida e i protocolli per l'assistenza al parto a domicilio. La gestione del percorso del parto a domicilio è affidata all'ostetrica che agisce il suo operato in completa autonomia, ha la responsabilità dei casi, si avvale della consulenza di specialisti in caso di quesiti diagnostici specifici o in situazioni borderline.
- **la responsabilità infermieristica in Hospice e nelle strutture ad alta valenza.** La responsabilità infermieristica si configura per le strutture in cui l'attività assistenziale è caratterizzata da un basso profilo tecnologico e da un alto valore dell'aspetto umano e relazionale, dove "la qualità del servizio dipende dalla buona qualità dell'interazione sociale". Le strutture ad alta valenza assistenziale e i centri per le cure Palliative ne rappresentano l'applicazione ideale in quanto l'assistenza è orientata ad una pianificazione per processi in cui la persona è vista nella sua globalità e sono presi in considerazione i

bisogni di tipo sanitario, ma anche quelli della sfera psicologica, relazionale, spirituale. L'assistenza è quindi caratterizzata da una forte integrazione di operatori ad elevata professionalità, ma estremamente differenti che condividono valori e obiettivi comuni: questo richiede l'adozione di meccanismi di coordinamento e modelli assistenziali di tipo innovativo, con l'intento di crescita professionale continua del gruppo di lavoro – team. Gli obiettivi generali del progetto sono quelli di perseguire mission e vision aziendale, garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi della cura della malattia degli utenti incentivando percorsi di integrazione con la rete dei servizi territoriali, potenziare e migliorare l'assistenza, qualificando gli interventi nel rispetto delle esigenze espresse dal malato e dalla sua famiglia. In merito agli **obiettivi specifici**: descrivere il modello assistenziale di tipo professionale adottato nelle Strutture a Dirigenza Infermieristica in funzione della “Best Practice”: presa in carico globale del malato e della sua famiglia con personalizzazione delle cure e dell’assistenza (to care), valorizzazione di tutte le figure professionali che costituiscono l’équipe, nel rispetto dei relativi ambiti di autonomia e responsabilità. descrivere il modello organizzativo. Nei Distretti dell'AUSL di Parma, è stato possibile sperimentare la gestione infermieristica in due strutture aziendali:

- un Centro Residenziale di cure Palliative con otto posti letto dedicati
- un Centro per le Cure Progressive con livelli differenziati di intensità assistenziale che si compone di: 1° modulo costituito da n. 12 posti letto assimilabili al modello organizzativo dell’Hospice territoriale, 2° modulo costituito da N. 8 posti letto per pazienti con gravissime cerebro lesioni acquisite, gravissime mielolesioni, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata e n. 4 posti letto di RSA per anziani ultrasessantacinquenni ad alto carico assistenziale-sanitario .

Le professionalità coinvolte sono state di tipo multiprofessionale, quindi un’équipe di Infermieri, OSS, Fisioterapisti, Responsabile Sanitario, Medici, Medici di Medicina Generale, Medico Palliativista, Medico Fisiatra, Medici Specialisti, Psicologi, Volontari, Assistenti Sociali, Assistenti Spirituali.

- **la sperimentazione del case manager.** Le crescenti esigenze di un’assistenza sempre più completa sul territorio hanno ispirato modelli organizzativi che tendono a rafforzare le cure sul territorio, con particolare riferimento all’assistenza sanitaria domiciliare programmata e all’assistenza domiciliare integrata con il medico di medicina generale. Nel Distretto Sud Est, che comprende 13 comuni, di cui 6 montani, abitati prevalentemente da popolazione anziana, è stata attivata la funzione di coordinamento dei percorsi territoriali relativi alla Assistenza Sanitaria Domiciliare, con particolare riferimento alla attivazione della funzione di Coordinamento Infermieristico dell’attività sanitaria domiciliare a bassa e media intensità assistenziale con presa in carico infermieristica a diverso grado di periodicità.

Al Coordinamento sono state attribuite anche le seguenti funzioni:

- interazione con i medici di medicina generale per le proposte di programmi assistenziali ADI di 1° e 2° livello e relativi progetti di cura e presa in carico infermieristica e verifica dei bisogni relativi ai programmi assistenziali ADI di 3° livello;

- promozione della stesura del PAI per i progetti di 2° e 3° livello e monitoraggio della loro riformulazione periodica
- elaborazione di procedure relative alla verifica e coordinamento dell'attività assistenziale infermieristica a livello territoriale;
- elaborazione di procedure relative al monitoraggio e verifica dei materiali di consumo richiesti dalle équipes infermieristiche di NCP
- elaborazione di procedure relative alla attività di coordinamento infermieristico di Nucleo di Cure Primarie, con particolare riferimento alla revisione dei processi di lavoro e alla elaborazione di procedure e protocolli organizzativi e clinico assistenziali infermieristici
- promozione e valutazione delle proposte di formazione professionale delle équipes infermieristiche di NCP
- coordinamento della attività infermieristica di NCP alla luce dei programmi assistenziali domiciliari in carico.

La sperimentazione ha consentito di incrementare i programmi di assistenza domiciliare caratterizzati dalla integrazione tra più figure professionali, con incremento dei casi presi in carico ed assistiti per le ADI di 2° e 3° livello di intensità assistenziale, omogeneizzare i comportamenti professionali tra gli infermieri operanti nei 3 NCP distrettuali, garantire percorsi facilitati e tempestivi per la presa in carico da parte dei medici di medicina generale. La gestione del punto di accesso da parte del Coordinamento Infermieristico ha favorito non solo una prima valutazione del bisogno dell'assistito (sociale, sanitario, socio-sanitario), ma anche momenti di verifica che hanno apportato miglioramenti del percorso in essere.

- **ossigenoterapia.** I pazienti in trattamento con Ossigeno terapia e ventiloterapia necessitano di controlli regolari e programmati e quindi di monitoraggio costante da parte di Infermieri con specifiche conoscenze e competenze, adeguatamente, formati ed addestrati. Gli obiettivi sono orientati a garantire assistenza infermieristica efficace, a ridurre i ricoveri ospedalieri, ad educare all'adeguatezza di utilizzo e manutenzione dei presidi, ad assicurare la continuità assistenziale, a qualificare gli interventi. Il percorso operativo inizia con la presa in carico domiciliare, effettuata congiuntamente da infermiere e pneumologo, che valutano le necessità del paziente, gli ausili per l'ossigeno terapia (ossigeno liquido, ossigeno gassoso, concentratori di ossigeno, bi-level, cpap e aspiratori bronchiali), la rete familiare, la compliance.
- **lo scompenso cardiaco.** Nel contesto dei programmi integrati in rete e dei progetti di continuità assistenziale è stato attivato un percorso rivolto alla presa in carico territoriale del paziente con esiti di scompenso cardiaco, sia dimesso da unità operative ospedaliere cardiologiche, sia Internisti che, con il preciso obiettivo di migliorare lo stato funzionale e la qualità della vita e ridurre i rientri in ospedale. In previsione della dimissione, l'Infermiere condivide il caso con il medico di medicina generale e, congiuntamente, valutano gli aspetti sanitari, sociali, di contesto, la compliance globale di paziente e famiglia. Il percorso prevede, altresì, la comunicazione al servizio infermieristico domiciliare della dimissione ospedaliera, mediante trasmissione di fax di attivazione dell'infermiere domiciliare e del farmacista che, rispettivamente, effettuano la presa in

carico del caso e la valutazione della compliance di paziente e famiglia per la gestione e assunzione dei farmaci.

ATTIVITÀ DELL'AREA VASTA EMILIA NORD (AVEN)

Nel corso dell'anno 2008 l'impegno dell'Area Vasta Emilia Nord è stato indirizzato:

- da un lato a dare continuità alle attività e progetti su cui si è costituita inizialmente l'Associazione stessa (Acquisti centralizzati e Logistica Integrata);
- dall'altro ad estendere e favorire processi di integrazione in ulteriori ambiti di intervento, in linea con espliciti indirizzi regionali in materia, finalizzati a contribuire alla omogenizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

Il Piano delle azioni, adottato in data 2 aprile 2008 dall'Assemblea dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie associate, ha rappresentato il riferimento per l'analisi e la verifica della realizzazione degli obiettivi e dei risultati raggiunti.

Acquisti centralizzati e monitoraggio

In tema di acquisti centralizzati gli obiettivi per l'anno 2008 comprendevano principalmente:

1. Potenziamento dell'interazione con Intercent-ER: incremento dall'11% al 20% degli acquisti da effettuare tramite Intercent-ER (obiettivo regionale).

Per la realizzazione di tale obiettivo AVEN ha collaborato attivamente con l'Agenzia Intercent-ER alla definizione della programmazione delle gare regionali di beni sanitari per il biennio 2008-2009 ed ha fornito il supporto tecnico-professionale per l'espletamento delle stesse (partecipazione di professionisti con specifiche competenze alla stesura dei capitolati e alle Commissioni di gara, raccolta e definizione dei fabbisogni da parte dei Servizi di competenza).

Le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno raggiunto un volume di acquisti tramite convenzioni Intercent-ER (calcolato come valore annuo degli importi delle convenzioni attive e bandite nel 2008) che ammonta ad € 303.400.000, pari al 36% della spesa per beni e servizi.

Un ruolo determinante per il raggiungimento di questi importi hanno avuto in particolare la gara farmaci e la gara per l'acquisizione di endoprotesi coronariche, entrambe espletate da Intercent-ER per conto dell'Area Vasta Emilia Nord. La fase preparatoria di queste procedure, coordinata dal Ceveas in collaborazione con il gruppo farmacisti AVEN e con i servizi economici, si è conclusa nel primo semestre del 2008 ed ha visto il coinvolgimento di numerosi professionisti AVEN (in particolare clinici di diverse discipline) nel lavoro di standardizzazione e definizione della tipologia di prodotti da inserire in gara e nella definizione dei fabbisogni. Intercent-ER ha proceduto alla pubblicazione della gara per endoprotesi coronariche a luglio 2008 e della gara farmaci a dicembre 2008.

Si elencano di seguito le altre procedure d'acquisto regionali, attivate da Intercent-ER, che hanno visto nel 2008 la collaborazione ed adesione delle Aziende dell'Area Vasta Nord, suddivise per tipologia di Beni:

- ausili per incontinenti;

- materiale di medicazione classica e avanzata;
- mezzi di contrasto;
- soluzioni infusionali;
- arredi sanitari;
- servizio di raccolta e smaltimento rifiuti speciali (Azienda USL di Piacenza- Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia);
- servizio di telefonia fissa e trasmissione dati;
- fornitura di energia elettrica.

Sempre con riferimento alle procedure di acquisto svolte dalla Agenzia Regionale Intercent-ER, nel corso dell'anno 2008 è stato approfondito il confronto per la definizione di un modello organizzativo maggiormente strutturato tra Aziende sanitarie, Area Vasta e Centrale d'Acquisto regionale per il governo delle attività connesse alla gestione delle convenzioni regionali in Area vasta in termini di monitoraggio dell'effettiva adesione e di risoluzione delle problematiche post-gara.

- Incremento delle procedure di acquisto centralizzate a livello di Area Vasta rispetto a quelle aziendali. Dalla rilevazione, richiesta dall'Assessorato regionale alla Sanità a gennaio 2008, relativa ai volumi e tipologie di acquisti di beni e servizi delle Aziende Sanitarie, differenziati per livelli di aggregazione (aziendale, area vasta, intercent-ER, CONSIP), è risultato che il volume di acquisti effettuati a livello aziendale è in percentuale ancora piuttosto rilevanti (40-45%). Nella programmazione delle attività di acquisto di Area Vasta 2008-2009 si è puntato ad ampliare il numero di procedure da espletare a livello centralizzato, estendendole anche al settore servizi, attrezzature e service e al contenimento dei tempi richiesti per portarle a termine; infatti il ritardo sui tempi previsti per l'attivazione dei contratti incide negativamente sul processo di progressivo allineamento delle scadenze contrattuali. Per quanto riguarda i risultati, si riporta lo stato di avanzamento a dicembre 2008, relativo alle procedure comprese nella programmazione annuale (gare di nuova attivazione e gare già avviate negli anni precedenti):

n° gare	Stato di avanzamento	Tipologia di Beni
8	concluse	Service NAT, Assicurazioni II° rischio, Assicurazioni I° rischio, Reti chirurgiche, Dispositivi medici per uso ginecologico, Letti a bilancia, Frigo farmaci, Carte sanitarie
8	Fase avanzata (aggiudicazione prevista I sem 2009)	Suturatrici meccaniche, Fili di sutura, Materiale per ricostituzione antiblastici, Dispositivi medici per endoscopia digestiva, Piastre per elettrobisturi, Dispositivi per video-laparoscopia, Dispositivi medici per uso oculistico, Rilevazione ricette farmaceutiche
2	Fase avanzata (in collaborazione con Intercent-ER)	Endoprotesi coronariche, Farmaci

6	In corso (aggiudicazione prevista a fine 2009)	Materiale protesico per Endoscopia Digestiva, Service IVUS, Service Immunocolorazione, Dispositivi Medici per Vertebroplastica, Drenaggi, Appalto servizi e attrezzature interne del Magazzino Logistico Centralizzato
---	---	--

Nell'ottica di perseguire una maggiore efficienza organizzativa sono state realizzate le seguenti azioni:

- suddivisione delle gare in tipologie omogenee, puntando alla specializzazione di singole Aziende per specifici settori;
- affidamento ad un'Azienda referente della responsabilità per la conduzione, strategia, esiti di gara, informazione e gestione post-gara e nomina di un gruppo di referenti (tecnici e amministrativi) per ogni gara.

3. **Implementazione di strumenti e modalità di monitoraggio.** In merito alle attività connesse all'implementazione degli strumenti di monitoraggio, l'impegno principale nel corso del 2008 è risultato quello relativo alla predisposizione dei prerequisiti per l'adozione di codifiche (e/o anagrafiche) comuni (o comunque di sistemi di transcodifica) relativamente ai beni sanitari, in vista della prossima attivazione del magazzino unico di area vasta. In particolare per quanto riguarda i dispositivi medici tutte le Aziende AVEN hanno lavorato per l'inserimento e/o il completamento della classificazione CND dei Dispositivi Medici, secondo le indicazioni del gruppo regionale. Relativamente alle modalità di monitoraggio, per tutte le gare di nuova attivazione si è provveduto, in sede di definizione dello "studio di fattibilità" preliminare allo svolgimento della procedura, alla raccolta dei prezzi, vigenti nelle diverse Aziende, dei prodotti oggetto di gara. Tale impostazione ha consentito una più congrua definizione delle basi d'appalto ed una valutazione più precisa dei risultati economici conseguiti.

Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato

La costruzione e gestione di un magazzino centralizzato per la logistica dei beni sanitari, rappresenta il principale e forse anche il più impegnativo progetto condiviso dalle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord. Conclusa la fase progettuale e di acquisto del terreno si è passati nel 2008 alla fase più propriamente operativa.

È stato costituito un team multiprofessionale per il progetto Magazzino Unico dei Beni Sanitari che nel 2008 ha affrontato le seguenti tematiche:

- implementazione delle procedure informatizzate per la gestione del magazzino;
- impostazione e definizione del capitolato tecnico per l'allestimento interno del magazzino e per l'affidamento dei servizi, personale e trasporti, connessi alla realizzazione del progetto di logistica integrata;
- organizzazione del sistema di distribuzione.

Completato l'iter per il rilascio della concessione edilizia da parte del Comune di Reggio Emilia, si è proceduto alla pubblicazione della gara per la costruzione dell'edificio ed al controllo

amministrativo delle offerte presentate e per la valutazione tecnica ed economica. L'aggiudicazione definitiva è prevista entro il I semestre 2009.

Un altro settore di attività connesso alla realizzazione del Progetto di Logistica integrata è quello relativo alla "Reingegnerizzazione dei processi", ovvero alla necessità di approfondire la portata e l'impatto sulle organizzazioni delle Aziende associate che il cambiamento organizzativo connesso alla realizzazione del Magazzino unico comporta.

Attività per l'integrazione in ambito clinico-assistenziale

Nel corso del secondo semestre 2008 sono stati attivati una serie di gruppi di lavoro su specifici settori d'intervento, ognuno coordinato da un Direttore Sanitario delle Aziende AVEN:

- **Gruppo per la valutazione dell'inserimento di Tecnologie Innovative.** Il gruppo, composto da medici di organizzazione, referenti dell'area ricerca innovazione e ingegneri clinici, ha affrontato temi quali la condivisione a livello di Area Vasta del progetto IORT-radioterapia intraoperatoria, che vede l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia nel ruolo di sperimentatore della nuova procedura, l'interazione con il gruppo regionale ORI (Osservatorio Regionale per l'Innovazione), l'opportunità di formulare pareri e valutazioni in merito all'introduzione o dismissione di nuove tecnologie anche di basso profilo economico, ma di impatto sull'organizzazione dei servizi.
- **Gruppo area Ricerca-Innovazione.** Il gruppo, composto dai referenti aziendali dell'area ricerca innovazione e dal CeVEAS, si è dato come obiettivo quello di favorire la collaborazione e l'integrazione tra le Aziende dell'Area Vasta Emilia-Nord nella elaborazione di Progetti di Ricerca Regione-Università per gli anni 2008-2009 relativi all'area ricerca per il governo clinico. Ha inoltre effettuato l'analisi e il confronto dei progetti di modernizzazione proposti dalle Aziende Sanitarie AVEN per il 2008, allo scopo di individuare tematiche di comune interesse da presentare come Area Vasta (es. progetto delle "emoteche intelligenti" presentato dalle Aziende di Modena). E' stato inoltre affrontato il tema degli adempimenti aziendali riferiti all'anagrafe della ricerca promossa dalla Agenzia Sanitaria Regionale e dei criteri uniformi di presentazione dei progetti ai Comitati Etici. E' stata confermata l'opportunità di condividere lo stesso programma informatico per la gestione dei dati delle sperimentazioni cliniche.
- **Gruppo Accordi di Area Vasta con le strutture private accreditate.** Il gruppo ha elaborato una proposta di accordo di Area Vasta, che prevedeva un tetto di spesa per ogni Azienda USL; tale proposta è stata sottoposta ai rappresentanti delle strutture private accreditate, come previsto dall'accordo Regione AIOP 2007/2009. Il gruppo ha proposto attività di formazione rivolta ai professionisti aziendali che eseguono i controlli delle cartelle cliniche, finalizzata ad una maggiore uniformità di tale attività.
- **Gruppo Audit clinico per l'attività di cardiologia e cardiocirurgia.** È stato costituito il team di valutatori, composto dai professionisti cardiologi, cardiocirurghi e medici di organizzazione indicati dalle strutture pubbliche e private presenti in Area Vasta ed è stato condotto l'audit, sulla base delle indicazioni dell'Agenzia Sanitaria Regionale. È stata predisposta una scheda omogenea per la valutazione qualitativa della cartella clinica e della congruità SDO/cartella.

- **Gruppo Assistenza in emergenza-urgenza.** Il gruppo ha lavorato alla modalità di rilevazione delle attività e all'analisi dei modelli organizzativi adottati nel settore emergenza-urgenza nelle singole realtà aziendali e/o provinciali.
- **Gruppo Programma Percorso nascita.** Il gruppo si è costituito con l'obiettivo di favorire l'implementazione del Programma regionale in materia (DGR 533/08), anche tramite il confronto dei piani provinciali, l'analisi delle criticità e la verifica delle possibili interazioni; si è avvalso del supporto metodologico del CeVEAS per la predisposizione di strumenti, al fine di consentire il confronto tra le diverse realtà provinciali.
- **Gruppo Programma Odontoiatria.** Nell'ambito della nuova delibera di giunta approvata il 4 giugno 2008 il gruppo ha elaborato un documento condiviso che costituirà la premessa del Programma Odontoiatria che ogni Azienda presenterà in Regione. Il documento individua una serie di criticità nell'applicazione della Delibera Regionale in ambito odontoiatrico ed espone una serie di proposte operative.

Attività per l'integrazione in ambito amministrativo-gestionale

I gruppi di lavoro nell'ambito di integrazione amministrativo gestionale riguardano:

- normativa appalti
- assicurazioni
- risorse umane
- bilancio
- economato
- assistenza farmaceutica
- ingegneria clinica
- sistemi informativi.

Si segnala in particolare l'attività di costante confronto ed aggiornamento svolta dal gruppo normativa appalti che si è concentrata sugli aspetti relativi agli adempimenti in carico alle stazioni appaltanti in materia di sicurezza del lavoro (DUVRI, individuazione dei costi relativi alla sicurezza in sede di definizione delle basi d'appalto), con specifica attenzione ai problemi connessi alla gestione delle gare di Area Vasta. Il gruppo ha approfondito gli aspetti connessi ai debiti informativi che la normativa impone, con il duplice obiettivo di uniformare e standardizzare i comportamenti delle singole aziende e di individuare compiti e responsabilità in relazione alle gare ed ai contratti di Area Vasta.

Progetti regionali compresi nella committenza CUP 2000, che individuano le Aree Vaste come referenti

Sempre nel 2008 le attività coordinate dall'Area Vasta hanno riguardato anche la gestione di progetti regionali in particolar modo relativi al settore dell'Information Technology, quali:

- **Progetto Integratore CUP di Area Vasta.** Il progetto ha visti coinvolti a livello di Area Vasta i referenti aziendali gruppo offerta e i responsabili dei CED che si sono confrontati con i responsabili del progetto di CUP 2000. E' stata effettuata un'analisi organizzativa per valutare le caratteristiche del sistema di offerta e la gestione della prenotazione CUP per alcune prestazioni di diagnostica strumentale: PET, RMN, TAC e Mammografie.
- **Progetto SOLE.** Nel 2008 è proseguito lo sviluppo del progetto nelle singole Aziende; a livello di Area Vasta sono stati organizzati incontri finalizzati all'adozione di definizioni uniformi del catalogo delle prestazioni e all'adozione di indirizzi comuni per le modalità di raccolta del consenso informato.

Attività di tipo scientifico

AVEN si avvale della collaborazione del CeVEAS, che rappresenta la struttura a presidio degli aspetti scientifici e metodologici a supporto del processo di selezione, valutazione e monitoraggio dei consumi dei prodotti sanitari. Il CeVEAS, dal 2008 diventa funzionalmente una struttura di AVEN, pur restando in capo all'Azienda USL di Modena dal punto di vista amministrativo.

Per l'anno 2008 le attività che hanno visto la collaborazione del CeVEAS sono state le seguenti:

- attività connesse alle gare AVEN in programmazione relativamente:
 - al coordinamento di tutti i gruppi attivati negli ultimi anni per la conduzione delle varie fasi della gara farmaci. Il CeVEAS ha fornito supporto nella predisposizione del capitolato di gara, sia per quanto concerne la selezione dei farmaci da inserire, sia per l'impostazione della struttura del capitolato stesso;
 - alla predisposizione del data-base per la formulazione del capitolato di gara e per la successiva gestione nel post-gara;
 - al monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci
 - al coordinamento gruppo di progetto per selezione Stent (in collaborazione con Intercenter).
- altre attività inerenti il settore farmaco
 - coordinamento delle Commissioni Provinciali Farmaco (CPF) per la condivisione di un regolamento per il funzionamento, oltre che di procedure e modulistica per la gestione degli off-label e delle richieste di farmaci Fuori-Prontuario;
 - attivazione di gruppi di lavoro AVEN a supporto dell'attività della Commissione Regionale Farmaco
 - attività di informazione indipendente rivolta ai MMG e ai Farmacisti. Progetto Farmacista Facilitatore e produzione di pacchetti informativi sui seguenti temi: studi di non-inferiorità, farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, farmaci per il dolore oncologico (aggiornamento), farmaci per la prevenzione secondaria cardiovascolare.

Attività di formazione-aggiornamento

Il gruppo dei responsabili della formazione delle Aziende AVEN ha affrontato nel 2008 le seguenti tematiche:

- programmazione della formazione su temi di interesse comune per le professionalità più coinvolte nelle attività AVEN;
- iniziative di formazione trasversali;
- adozione di indirizzi comuni in tema di formazione sul campo, regolamenti per la formazione, rapporti con proposte formative universitarie.

Nel 2008 è iniziata inoltre la collaborazione con il Centro di ricerche per il cambiamento nella Pubblica Amministrazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Facoltà di Economia sede di Piacenza, sul progetto di formazione avente come argomento “La valutazione degli strumenti manageriali per l’analisi e la riprogettazione organizzativa e per l’implementazione del sistema di misurazione delle performance dell’AVEN, al fine di sviluppare un sistema di governo economico del suo sviluppo”.

PROMOZIONE DEL CAMBIAMENTO TECNOLOGICO, CLINICO ED ORGANIZZATIVO

ECCELLENZA CLINICA

“Progetto sistemi di verifica e valutazione nell’ambito delle Cure primarie”

Nel 2008 è proseguito il progetto di ricerca in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia per la definizione di Profili di Cura dei NCP che, partendo dall’analisi descrittiva delle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione assistita dai medici di medicina generale presente in ogni NCP e dei comportamenti dei professionisti che vi operano rispetto al consumo di assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, costituiscono una base di partenza fondamentale per poter costruire indicatori di qualità dell’assistenza erogata, stimolare il confronto tra professionisti, condividere obiettivi di appropriatezza, programmare ed organizzare l’attività secondo le migliori pratiche di governo clinico. In questa prospettiva l’obiettivo generale è l’approfondimento e la diffusione dei risultati con i professionisti coinvolti.

La ricerca sui Profili di NCP, in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia, ha dato risultati molto positivi. Tutti i Dipartimenti Cure Primarie hanno organizzato audit con i singoli Nuclei durante i quali sono stati analizzati e discussi i dati relativi al 2005.

Il 18 aprile è stata organizzata una giornata di divulgazione rivolta ai medici, accreditata ECM. All’incontro sono stati portati i risultati degli audit ed ogni Direttore di DCP, affiancato da uno dei coordinatori di NCP, ha illustrato la propria esperienza di utilizzo dello strumento. Nelle conclusioni della giornata sono state definite le linee di sviluppo del progetto. L’11 novembre è stata organizzata un’ulteriore giornata di divulgazione in cui sono stati presentati i dati del 2006, sempre accreditata ECM e rivolta oltre che ai MMG della provincia anche ad altre aziende della regione. In tale contesto si sono poste le basi per l’estensione del progetto anche ad altre realtà regionali ed inoltre dal 2009 questo progetto riguarderà anche i Pediatri di Libera Scelta.

Questa ricerca è stata presentata con interventi strutturati, alla “1° Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie”, tenutasi a Bologna il 25 e il 26 febbraio, alla “Conferenza Regionale sulle Cure Primarie”, tenutasi a Bologna il 20 giugno, il 16 ottobre alla Scuola Superiore di Politiche per la Salute in occasione del convegno “La valutazione della qualità dell’assistenza nell’ambito delle Cure Primarie”

Gestione anticipata fragilità

Il progetto “Gestione anticipata della Fragilità”, avviato nel 2006 nel Distretto Sud Est, ha visto nel 2008 la conclusione della sua prima fase con l’elaborazione dei dati del monitoraggio effettuato nell’anno 2007 su tutti gli anziani valutati. Il progetto, realizzato grazie alla collaborazione tra Regione Emilia-Romagna, Assessorato Provinciale alla Sanità, i Sindaci, i SAA, il Dipartimento Cure Primarie del Distretto, associazioni di volontariato, ha lo scopo, attraverso una ricerca/intervento, di individuare i fattori sanitari, sociali e ambientali che più di altri identificano la condizione di fragilità delle persone anziane.

Per “fragilità” si intende, in questo contesto, la condizione (definita da molteplici aspetti) di quelle persone anziane che rischiano – soprattutto se non si interviene tempestivamente – di diventare non autosufficienti.

La ricerca svolta ha coinvolto il personale dei servizi sociali e sanitari della zona del Distretto Sud est ed esperti in materia. Particolarmente significativa è stata – nel processo di indagine e rilevazione sulla popolazione anziana – la collaborazione fra Medici di medicina generale e Assistenti sociali, quale esempio di integrazione tra due ambiti professionali ed organizzativi che, spesso, hanno difficoltà a dialogare fra di loro.

Questo progetto ha consentito di:

- migliorare la conoscenza dei bisogni potenziali degli anziani e delle loro condizioni di salute
- fornire ai Comuni elementi importanti per la programmazione territoriale
- consolidare la conoscenza e la collaborazione tra medici di medicina generale e assistenti sociali, definire dei percorsi integrati tra Dipartimento delle Cure Primarie e reti di servizi sociali, comprese le associazioni di volontariato
- essere più aderenti alle finalità ed agli obiettivi de F.R.N.A
- individuare indicatori che possono identificare la condizione di fragilità per intervenire preventivamente e tempestivamente nei casi a rischio
- evidenziare alcune problematiche (inadeguatezza dell’abitazione, scarsa accessibilità dei trasporti, comunicazioni viarie) possono incidere sull’autonomia delle persone anziane confermando la necessità di politiche integrate.

IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

La gestione integrata ed efficace del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in attuazione delle Direttive regionali e delle linee programmatiche approvate dalla CTSS, ha costituito il principale impegno per l’area anziani per la programmazione delle azioni, quali nuove opportunità assistenziali, anche per l’anno 2008 con peculiare riguardo ai seguenti temi:

- accesso alla rete dei servizi e valutazione della non autosufficienza,
- sviluppo e qualificazione dei servizi ed interventi a sostegno alla domiciliarità
- integrazione organizzativa e professionale tra servizi sociali e sanitari
- mappatura, monitoraggio dei soggetti fragili per una gestione anticipata del rischio di non autosufficienza.

Rispetto al primo tema, è stato avviato un percorso di rivisitazione dei processi valutativi a partire dalle modalità organizzative delle Unità di Valutazione Geriatrica, dando mandato ad un gruppo di lavoro rappresentativo delle diverse professionalità e dei diversi Distretti di esprimere indicazioni per individuare diversi livelli di intervento valutativo con attribuzione differenziata di compiti ai professionisti coinvolti, assegnando alla componente medica compiti più marcati di consulenza specialistica geriatrica ai professionisti e ai servizi. Tutto ciò nell'ottica di pervenire ad un'omogeneità organizzativa e valutativa aziendale, attraverso strumenti e regole comuni, superando l'attuale diversificazione distrettuale.

Sulla tematica dell'assistenza domiciliare è stato condotto, in sinergia con l'Assessorato provinciale alle Politiche sociali un progetto di miglioramento a livello distrettuale e provinciale, orientato all'attuazione degli indirizzi della DGR 1206/07 ed al raggiungimento dei requisiti strutturali, organizzativi, gestionali e d'integrazione socio sanitaria, previsti dalla medesima direttiva.

Il percorso ha previsto una fase di analisi sullo stato dell'arte dei servizi domiciliari ed una fase di elaborazione di proposte di miglioramento attraverso focus groups distrettuali cui ha aderito un'ampia rappresentanza di professionisti ed operatori dei servizi sociali e sanitari.

Le elaborazioni prodotte verranno approfondite in ogni Distretto per pervenire ad una conferenza d'organizzazione provinciale.

PROGETTO "GOVERNO CLINICO"

Il "governo clinico" rappresenta inoltre un disegno di governo della complessità, della ricchezza insita nella organizzazione, per questo motivo l'Azienda USL di Parma ha avviato nel corso del 2008, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia Romagna, un importante progetto formativo sul tema specifico.

La proposta formativa è rivolta al Collegio di Direzione aziendale, agli specialisti e ad un target di professionisti individuati come "facilitatori" di sistema, cercando di creare le necessarie sinergie temporali, di contenuto e metodologiche.

Per la Direzione aziendale complessivamente intesa, la scelta è stata di definire momenti strutturati all'interno del Collegio di Direzione per consolidare le competenze sugli aspetti della leadership, e della responsabilità sociale.

Per gli specialisti, sono state orientate ai temi ed all'approccio unitario del "governo clinico" le azioni formative già in corso in modo tale da collocare i saperi specifici nel disegno aziendale.

Per i “facilitatori”, cui spetta uno spazio più operativo e concreto e sui quali la Direzione aziendale ha inteso investire come motore del disegno di sistema, il percorso formativo avviato nel 2008 intende sviluppare le competenze che forniscano un supporto:

- al miglioramento della qualità delle prestazioni;
- allo sviluppo degli standard tecnici;
- alla gestione del rischio clinico in accezione allargata;
- al miglioramento della capacità progettuale e di ricerca;
- alla soddisfazione dei bisogni espliciti e impliciti dei “fruitori”.

Ad essi, infatti è assegnato uno spazio di azione riconosciuto e vincolato da una parte ad una precisa articolazione di responsabilità per le figure aziendali di direzione e dall'altra alle scelte strategiche e di programmazione generale.

Eccellenza tecnologica

Il Sistema informativo a supporto dell'organizzazione: le azioni di sviluppo

Il sistema informativo ha assunto un ruolo fondamentale per il supporto alla programmazione aziendale sia con riguardo al mantenimento delle attività (anche nel 2008 è proseguita l'attività di supporto informatico alle linee di attività aziendali è stato garantito attraverso alcune tipologie di supporto tecnologico) sia con riguardo allo sviluppo del sistema. In questo secondo ambito le azioni 2008 hanno riguardato:

- **Anagrafe sanitaria:** l'azione di verifica del ritorno informativo della Regione e la comunicazione ai Distretti delle posizioni da aggiornare in anagrafe sanitaria è a regime e viene eseguita con cadenza mensile. Nel secondo semestre del 2008 l'Azienda Usl di Parma ha deliberato e siglato l'accordo con la Provincia di Parma per la realizzazione di un progetto congiunto che prevede il collegamento informatico con gli uffici anagrafe di un primo gruppo di comuni: Collecchio, Felino, Fontanellato, Lesignano, Montechiarugolo, Noceto. Sono state inoltre individuate le soluzioni informatiche per il collegamento di un secondo gruppo di comuni della zona pedemontana tra i quali figurano Borgo Taro, Bedonia, Albereto, Varsi e Varano de Melegari.
- **Assistenza ospedaliera – liste d'attesa:** il progetto di estensione della gestione delle Liste di attesa per i ricoveri programmati all'area ostetrico-ginecologica ha trovato una sua congruenza con il Progetto SIGLA. E' proseguita l'attività del Gruppo di lavoro aziendale con il coinvolgimento dei due Ospedali. Sono stati definiti i criteri per la ridefinizione delle priorità cliniche da 3 a 4 livelli di priorità. Ed è stata avviata la nuova modalità di gestione informatizzata delle liste d'attesa articolata su 4 livelli di priorità. Inoltre sono state completate le attività di definizione dei parametri necessari per il passaggio dei dati al pannello SIGLA.
- **Assistenza specialistica ambulatoriale:** in applicazione della DGR 2002/07 si dovrà andare al superamento della modulistica deburo e all'utilizzo dei ricettari SSN. In questa direzione per la gestione del progetto integrato del percorso semplice si è proceduto alla definizione di un piano operativo per l'implementazione e avvio sperimentale della gestione ambulatoriale del percorso semplice con stampa dei ricettari e gestione del referto integrato con il Progetto SOLE in alcuni ambulatori

dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo. Entro il 31.12.2008 la gestione del percorso semplice è stato esteso ad altre Unità Operative ed altri Distretti. Nel corso del secondo semestre 2008 è proseguita l'attività di informatizzazione degli ambulatori di specialistica della nostra azienda secondo quanto previsto dal "Piano aziendale per il superamento della modulistica prescrittiva interna e per l'informatizzazione degli ambulatori (in applicazione della DGR 2002/2007)". In particolare sono già operativi con la modalità di prescrizione informatizzata della ricetta SSN gli ambulatori degli stabilimenti ospedalieri di Fidenza, S. Secondo e Borgo Taro e quelli dei poliambulatori di Parma (Pintor), Fornovo, Colorno, Collecchio e Langhirano. Per quanto riguarda la refertazione informatizzata è stata attivata la sperimentazione presso l' U.O. di Cardiologia dell' ospedale di Fidenza e presso alcuni ambulatori dei poliambulatori Pintor di Parma e di Colorno.

- **Prevenzione: medicina dello sport**, è stata definita la pianificazione delle attività formazione degli operatori del servizio all'utilizzo della nuova procedura software; **vaccinazioni**, è stata messa a punto una nuova modalità di rilevazione delle campagne vaccinali legate all'attività dei MMG. Tale modalità si basa sulla possibilità da parte dei medici di rendicontare all' Azienda Usl il numero di vaccinazioni eseguite, operando direttamente sul portale della rete del progetto SOLE; **SIAN**, le azioni di sviluppo per l'anno 2008 hanno previsto l'implementazione e la formazione degli operatori e lo start up della procedura software acquisita nel corso del 2007; **screening**, nel corso del secondo semestre 2008 è stata rilasciata la nuova procedura di aggiornamento dei dati anagrafici dei pazienti necessari ad individuare la popolazione bersaglio per le tre tipologie di screening. Inoltre per quanto riguarda lo screening del colon-retto sono stati messi in atto una serie di correttivi atti a migliorare la completezza e la qualità del dato che alimenta il flusso regionale; la percentuale di scarto è stata ridotta dal 4% al 0,3%.
- **Integrazione socio-sanitaria e GRACER**: è stata implementata la nuova procedura per la gestione delle quote del FRNA ed il suo funzionamento è stato illustrato ai servizi competenti; è stato acquisito un software applicativo per la gestione del flusso GRACER e sono stati formati gli operatori all'utilizzo dello stesso. Le attività di predisposizione e di invio dei dati in Regione per le scadenze di fine giugno e fine dicembre sono state completate con un buon esito in termini di qualità e completezza del dato inviato.

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Il "Technology Assessment (HTA)" si occupa delle strategie di valutazione delle tecnologie in ambito sanitario, con una metodologia volta ad ottimizzare i processi di acquisizione ed uso; e di conseguenza investe gli aspetti della valutazione della domanda, della selezione, dell'acquisto, dell'utilizzo e della gestione delle tecnologie sanitarie, ivi compresa la valutazione d'impatto rispetto alla domanda di salute della popolazione di riferimento.

Il Technology Assessment, in ambito aziendale, è quindi mirato a fornire le informazioni necessarie per effettuare scelte di priorità e di appropriatezza, in un quadro complessivo di analisi

costi - benefici e, soprattutto, di governo clinico, in piena compatibilità con i programmi di sviluppo definiti a livello Regionale e di Area Vasta.

Nel corso del 2008 si sono sviluppate alcune delle attività in questo ambito di intervento:

- produzione della nuova modulistica (scheda piano annuale) a cura del gruppo tecnico costituito da Direzione Sanitaria aziendale e Servizio Attività Tecniche, consentendo l'invio delle proposte di piano attrezzature con la precedente modulistica;
- elaborazione di una procedura organizzativa aziendale conseguente all'affidamento delle manutenzioni al Consorzio di imprese a seguito di adesione dell'AUSI alla convenzione CONSIP e sono state concordate le nuove modalità organizzative per il sistema delle manutenzioni.
- formazione del personale formato per la supervisione dei processi di Technology Assessment, attraverso l'individuazione e formazione di figure da destinare ad attività specifiche nella disciplina in questione, che garantiscano la continuativa presenza all'interno delle articolazioni a maggiore impatto tecnologico. Sono state incrementate le attività di collaborazione dell'Ingegneria Clinica, sia nell'ambito degli stabilimenti ospedalieri a gestione diretta AUSL, sia nelle strutture distrettuali a maggiore complessità organizzativa ed a maggiore dotazione di tecnologie;
- il piano di acquisizione delle attrezzature 2008 è stato realizzato entro i termini previsti per la quasi totalità delle attrezzature e delle risorse economiche previste, grazie all'affinamento delle procedure di valutazione ed alla collaborazione dei servizi preposti agli acquisti con il Presidio ospedaliero e i Distretti.

ECCELLENZA ORGANIZZATIVA

Specializzazione delle professioni sanitarie

L'esperienza maturata in Emilia Romagna, ha permesso alle professioni sanitarie di acquisire una significativa visibilità e autorevolezza, sia sotto il profilo delle competenze gestionali, sia sotto il profilo delle competenze clinico assistenziali che, con l'evoluzione e lo sviluppo delle cure primarie, dovranno comunque trovare una ridefinizione sviluppando maggiormente gli interventi di self care, disease e case management.

In questa logica si inserisce lo sviluppo dei nuclei di cure primarie, dove le modalità assistenziali non potranno che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, dovranno saper - valorizzare il contributo dei diversi professionisti, - integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche.

Gestione integrata del paziente diabetico: il Progetto di Gestione Integrata del Paziente Diabetico è ormai ben consolidato, con oltre 3.051 pazienti avviati in gestione integrata, e con l'attività della Commissione Diabetologica Provinciale:

- i Medici di Medicina Generali aderenti al progetto sono 247 (81,79%).
- la Commissione Diabetologica Provinciale ha recepito i nuovi indirizzi regionali relativi alla gestione integrata del paziente con diabete di tipo 2, che sono stati formalizzati dal Direttore Sanitario con decorrenza 1° gennaio 2009

- con deliberazione n. 222 del 30 aprile 2008 è stato adottato il documento di razionalizzazione delle procedure per la prescrizione e la fornitura dei sistemi per infusione continua di insulina sottocute (microinfusori)
- nei Distretti di Parma e Sud-Est sono stati organizzati corsi di formazione per il personale infermieristico ambulatoriale e domiciliare articolati in 5 incontri e finalizzati ad omogeneizzare l'assistenza diabetologica
- nel Polo Sanitario di Colorno (Distretto di Parma) sono stati attivati 2 ambulatori per la terapia educativa del diabetico, uno a gestione infermieristica, per insegnare corrette abitudini alimentari, corrette modalità di utilizzo dell'insulina e del materiale di autocontrollo, ed uno gestito dal diabetologo per incontri rivolti ai pazienti che accedono all'ambulatorio per la prima volta.
- nel Distretto Sud Est sono stati attivati 2 ambulatori per la terapia educativa del diabetico a gestione infermieristica, per insegnare corrette abitudini alimentari, corrette modalità di utilizzo dell'insulina e del materiale di autocontrollo ed intercettare l'eventuale insorgenza del piede diabetico.

Gestione integrata del paziente in TAO: i Medici di Medicina Generale aderenti al progetto sono 104, di cui 77 pienamente operativi, ed i pazienti seguiti sono 1.375, per un totale di visite TAO eseguite dai MMG pari a 21.236. Al fine di promuovere ulteriori adesioni e facilitare la piena operatività dei medici, sono stati organizzati specifici Corsi di formazione a distanza FAD, con 28 partecipanti. La Commissione Provinciale si è riunita periodicamente affrontando prioritariamente i temi legati alla formazione ed alla piena integrazione tra Centri TAO e Medici di Medicina Generale.

Gestione integrata del paziente con deterioramento cognitivo: il percorso clinico organizzativo è stato definito dal Gruppo Tecnico composto dai Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie dei Distretti Sud-Est e Parma, affiancati dai rispettivi MMG in Staff al Dipartimento, dal Direttore del Programma Demenze, dal Medico Responsabile Organizzativo del Consultorio di Parma e dai Responsabili dei settori Geriatrico e Neurologico dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria. Il percorso è stato ripreso all'interno dell'Accordo Locale 2009-2011, per la sua formalizzazione ed il successivo avvio sperimentale.

Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco: all'interno del Percorso Diagnostico Terapeutico relativo allo scompenso cardiaco, è stata definita la fase extra-ospedaliera di gestione del paziente in integrazione con il Servizio Infermieristico Distrettuale ed il Reparto Ospedaliero, d'intesa con il medico di medicina generale; sono state individuate le 4 Medicine di Gruppo nel Distretto di Parma in cui sperimentare l'avvio. Il Progetto è diventato operativo nel 2° semestre 2008, e 5 sono stati i pazienti trattati in gestione integrata. Terminata la fase sperimentale, nel 2009 è prevista l'estensione del Progetto che coinvolgerà tutti i MMG del Distretto di Parma.

Gestione delle stomie: si caratterizza per la funzione dell'infermiere "counselor" che esprime le specifiche abilità in ottica di continuità assistenziale e promozione di atteggiamenti attivi nei confronti dei processi di cura e/o educativi.

Specializzazione delle professioni sanitarie: l'Azienda USL di Parma, nella logica di sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, ha inteso perseguire la piena valorizzazione delle professioni sanitarie assistenziali, individuando percorsi in cui viene garantita la piena autonomia, illustrati nel paragrafo sullo sviluppo di percorsi multiprofessionali.

Al fine di sviluppare la progettualità in questo settore e di valorizzare il contributo dei professionisti, è nata l'idea di realizzare "il quaderno delle esperienze del Dipartimento Cure Primarie" con l'intento di raccogliere le esperienze più significative per i contenuti di carattere organizzativo-gestionale o per l'evidenza di percorsi di buona pratica clinico-assistenziale, questo anche per stimolare ulteriormente l'interesse e la partecipazione dei professionisti. Da settembre ad ottobre 2008 il "quaderno" è stato presentato ai Coordinatori Infermieristici e Tecnici dei Dipartimenti di Cure Primarie di tutti i Distretti. Durante gli incontri si sono poste le basi per implementare un sistema permanente di raccolta e revisione dei contributi al fine di rendere disponibile uno strumento di consultazione di facile accessibilità utile a promuovere la diffusione di buone pratiche fondate sulle evidenze tra tutti i Professionisti dell'Azienda.

Le prime azioni di attuazione dell'Atto Aziendale

Con deliberazione della Giunta regionale n. 86 del 2006 la Giunta regionale ha approvato la direttiva per l'adozione dell'Atto Aziendale al fine di adeguare l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie ai principi e ai valori indicati dalla L.R. n. 29/2004 e dalla L.R. n. 2/2003 nel rispetto delle priorità del Piano sociale e sanitario regionale.

Le Aziende sanitarie sono state pertanto chiamate a ridefinire i propri assetti organizzativi e le relazioni funzionali sia al loro interno sia con gli enti territoriali, i cittadini e le loro associazioni in un quadro unitario di riferimento rappresentato da un lato dalla normativa regionale e dall'altro dalle scelte programmatiche regionali in ambito sanitario e sociale.

L'attuazione del nuovo atto aziendale ha rappresentato uno degli impegni più significativi per l'anno 2008 al fine di realizzare un'organizzazione aziendale che assicuri globalità e continuità dell'assistenza, il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione locale ed aziendale e la loro verifica da parte degli enti locali anche relativamente a qualità ed efficienza dell'assistenza, la partecipazione dei professionisti alle scelte aziendali, l'assunzione di responsabilità gestionali da parte dei Direttori di Dipartimento.

A seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale e della successiva verifica di conformità da parte della Regione, avvenuta il 30/03/2008, è stata data una informazione generalizzata utilizzando gli ordinari strumenti di comunicazione interna aziendali e una diffusione più specifica nell'ambito dei singoli dipartimenti sanitari ed amministrativi.

E' stato approvata la delibera di costituzione del nuovo Collegio di Direzione (n. 520 del 28/08/2008); il nuovo Collegio si è insediato il 16/09/2008. Con deliberazione n. 721 del 12/12/2008 è stato approvato dal Direttore generale il regolamento di funzionamento del Collegio di Direzione a seguito dell'approvazione da parte del Collegio stesso, nella seduta del 1/12/2008.

Si riportano brevemente le azioni che hanno riguardato in modo specifico alcuni ambiti dell'Azienda:

- **riorganizzazione del Dipartimento Sanità Pubblica e avvio del processo di acquisizione dell'autonomia gestionale:** sono state definite le linee attuative della riorganizzazione prevista dall'Atto aziendale ed è stato avviato il confronto con le OO.SS.; è stata definita una proposta del regolamento di funzionamento del Dipartimento oggetto di valutazione in sede di direzione strategica; è stata avviata la gestione da parte del Dipartimento del budget della formazione ed una partecipazione attiva del Dipartimento in sede di

concertazione dei budget distrettuali. Al fine di ridefinire l'assetto delle responsabilità gestionali e in materia di adozione di atti a valenza esterna è stata proposta e approvata la costituzione di un apposito gruppo di lavoro, composto dal Direttore del Dipartimento, dai dirigenti dei servizi centrali amministrativi e tecnici, dai dirigenti dei distretti e dai dirigenti amministrativi del dipartimento al fine di analizzare i processi in essere e riprogettarli in coerenza con il nuovo assetto organizzativo.

- **riorganizzazione del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e avvio del processo di acquisizione dell'autonomia gestionale:** è stata approvata la deliberazione di istituzione del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (delibera n. 459 del 29/07/2008); sono state definite le linee attuative della riorganizzazione prevista dall'Atto aziendale ed è stato avviato il confronto con le OO.SS.; è stata avviata la gestione da parte del Dipartimento del budget della formazione ed una partecipazione attiva del Dipartimento in sede di concertazione dei budget distrettuali.
- **integrazione DSM-Università:** in collaborazione con la direzione della Clinica psichiatrica dell'Università è stato definito sotto il profilo tecnico, il progetto di integrazione del Dipartimento Salute mentale e Dipendenze Patologiche; tale progetto è stato trasmesso nel mese di dicembre 2008 al Rettore dell'Università degli studi di Parma e al Direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria di Parma, unitamente ad una proposta di accordo attuativo locale che regoli i rapporti tra AUSL e Università.
- **costituzione dell'Ufficio di Direzione di Distretto:** è stata approvata con deliberazione n. n. 520 del 28/08/2008 di costituzione degli UDD nella composizione definita dal nuovo Atto aziendale; a seguito di tale deliberazione i Direttori di Distretto hanno provveduto alla individuazione dei componenti l'UDD con apposite determinazioni.
- **costituzione del Presidio ospedaliero aziendale, e definizione dell'assetto organizzativo, delle responsabilità e dei ruoli:** è stato istituito (deliberazione n. 169 del 04/04/2008) il Presidio ospedaliero aziendale; è stato conferito l'incarico di direttore di Presidio (deliberazione n. 170/2008).
- **responsabilità dirigenziali:** sono state riarticolate le competenze e le responsabilità dei dirigenti medici e amministrativo con incarichi di responsabilità all'interno del Presidio ospedaliero (deliberazione n. 214 del 30/04/2008); tali atti assicurando la partecipazione dei professionisti interessati e l'informazione ai collaboratori; contestualmente ed in coerenza con la riorganizzazione dei dipartimenti si procederà ad adeguare l'assetto delle responsabilità dirigenziali.
- **sviluppo delle competenze gestionali dei Dipartimenti:** l'obiettivo è stato costantemente perseguito, in particolare attraverso le sistematiche riunioni dei Comitati di dipartimento dei due Ospedali aziendali (28 nel 2008), nel corso delle quali sono state ulteriormente affinate e discusse collegialmente le reportistiche per la valutazione dei dati di attività e di costo, con puntuale verifica dell'andamento degli obiettivi individuati in sede di negoziazione di budget; l'attività dei Comitati di dipartimento si è caratterizzata, anche, per l'esame approfondito di tematiche di alto rilievo quali la gestione del rischio, i piani di formazione e aggiornamento, la programmazione del rinnovo delle tecnologie, la definizione di nuovi percorsi diagnostici e terapeutici; si è ritenuto di prorogare ai primi mesi del 2009 la definizione dei Regolamenti per il funzionamento dei dipartimenti, anche al fine di realizzare un percorso di informazione/concertazione con le OO.SS di categoria.

- **riorganizzazione area acquisizione beni e servizi:** è stato approvato il documento di riassetto del Dipartimento tecnico e delle tecnologie ed istituiti le unità operative complesse previste dall'Atto aziendale (deliberazione n. 242 del 12/05/2008 completato con deliberazione n. 722 del 12/12/2008); i documenti approvati articolano in modo puntuale le indicazioni generali, i principi dell'attività, le attività specifiche dei servizi afferenti al Dipartimento.
- **funzioni dipartimenti amministrativi:** in fase di prima attuazione dell'atto aziendale si è proceduto a ridefinire in modo più puntuale l'organizzazione del dipartimento tecnico e delle tecnologie e del dipartimento amministrativo del Presidio ospedaliero con riserva di avviare una più complessiva ridefinizione dell'organizzazione e delle modalità di funzionamento contestualmente al riassetto gestionale dei Dipartimenti sanitari aziendali al fine di assicurare la revisione dei processi lavorativi di carattere amministrativo/gestionale in modo coordinato.
- **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.

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è Organo dell'Azienda, ha compiti di elaborazione e proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, le attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, il Programma aziendale di gestione del rischio. Esprime inoltre pareri sui regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale (delibera n. 107 del 13 marzo 2008 e la successiva verifica di conformità da parte della Giunta regionale avvenuta con deliberazione n. 442 del 30 marzo 2008) l'assetto e le funzioni del Collegio di Direzione sono state adeguate alla direttiva regionale approvata con deliberazione n. 286/2006.

E' presieduto dal Direttore sanitario ed è composto da:

- il Direttore delle attività socio-sanitarie
- i Direttori di Distretto
- il Direttore medico del Presidio ospedaliero aziendale
- i Direttori dei Dipartimenti sanitari ospedalieri e territoriali
- i Direttori dei Dipartimenti delle Cure primarie
- il Direttore infermieristico e tecnico aziendale
- i Direttori del Servizio farmaceutico ospedaliero e territoriale
- i Direttori dei Dipartimenti di area amministrativa e tecnica
- il Direttore del Servizio Risorse Umane
- il Direttore del Servizio Risorse economico - finanziarie
- n. 5 componenti individuati dal Direttore generale fra i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera coordinatori dei nuclei di cure primarie o componenti degli uffici di direzione distrettuale, e fra i Medici specialisti ambulatoriali coordinatori di branca.

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. Il Collegio di direzione, nella nuova composizione, è stato formalmente costituito con deliberazione n. 520 del 1/09/2008 nella quale sono stati individuati anche i medici di medicina generale, i pediatri e i medici specialisti ambulatoriali che fanno parte del Collegio.

Il Collegio ha successivamente elaborato il proprio regolamento di funzionamento, che è adottato dal Direttore Generale con deliberazione n. 721 del 12/12/2008.

Nel 2008 l'attività del Collegio di direzione è stata particolarmente intensa nella considerazione che, anche in precedenza alla sua costituzione secondo quanto previsto dal nuovo Atto Aziendale, ha svolto il ruolo significativo assegnato dalla direttiva regionale. Il Collegio ha pertanto esaminato tutti gli atti più importanti per l'attività dell'Azienda. Si sono tenuti 6 incontri; il Collegio ha affrontato, oltre ai temi relativi al nuovo atto aziendale e alla sua prima attuazione nonché ai Bilanci di Previsione 2008 e Consuntivo 2007 e all'accordo di fornitura con l'Azienda ospedaliero universitaria di Parma, i temi inerenti:

- verifica del Piano Azioni 2007 e approvazione Piano Azioni 2008
- piano degli investimenti 2008/2011 e il piano delle attrezzature, stato di attuazione e technology assestment
- nuovi strumenti di programmazione sociale e sanitaria di livello provinciale (atto di indirizzo e coordinamento e PAL 2009/2011) e distrettuale (piani distrettuali per la salute e il benessere sociale)
- approvazione del Piano di Comunicazione 2008 e attività di comunicazione interna e nuova rete Intranet
- approvazione del Piano di Formazione 2008, accreditamento delle aziende sanitarie per il nuovo sistema ECM
- strategie per lo sviluppo della funzione di governo clinico
- programmi ricerca finanziati nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2007/2009
- piano aziendale per la libera professione

- linee guida sul parto a domicilio
- progetto aziendale “Domiciliarità e residenzialità delle cure palliative”
- sviluppo delle funzioni hub del servizio di medicina iperbarica dell’ospedale di Fidenza-S.Secondo
- gestione del rischio e costituzione del comitato valutazione sinistri
- applicazione della LR. N. 4/2008 “disciplina degli accertamenti della disabilità”
- applicazione delle “Linee di indirizzo per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa delle Aziende del Servizio sanitario regionale” (DGR n. 1722/ 2007)
- costituzione di un programma interaziendale con l’AOU “Relazioni e programmi integrati territorio-ospedale”
- illustrazione degli obiettivi assegnati dalla Regione al nuovo Direttore Generale.

L’attività del Collegio di Direzione non è tuttavia esaustiva della ricchezza delle forme e delle modalità attraverso le quali si realizza la partecipazione dei professionisti alle scelte ed alla definizione delle attività aziendali.

A livello gestionale e tecnico la partecipazione dei professionisti si è esplicata nell’ambito dei Comitati di dipartimento e del Collegio di presidio nei due ospedali aziendali e nell’ambito di organismi di carattere collegiale finalizzati a definire le linee dell’attività aziendale e a realizzare il governo clinico.

Anche nell’anno 2008 è proseguita l’attività di partecipazione dei professionisti che, per gli aspetti gestionali e tecnici, si è realizzata soprattutto nell’ambito dei Collegi di Ospedale e dei Comitati di Dipartimento, con particolare riguardo al tema del Governo clinico, i cui incontri si sono svolti con una periodicità significativa.

Nel corso dell’anno sono state tenute:

- n. 7 riunioni del Collegio di Ospedale Fidenza – S. Secondo e n. 18 riunioni dei Comitati di Dipartimento (6 del Dipartimento di Medicina, 6 del Dipartimento di Chirurgia, 6 del Dipartimento di Emergenza)
- n. 4 riunioni del Collegio di Ospedale di Borgo Val di Taro e n. 10 riunioni dei Comitati di Dipartimento (6 del Dipartimento di Chirurgia e 4 del Dipartimento di Medicina).

I Comitati di Dipartimento ospedaliero hanno ulteriormente affinato la pianificazione delle attività, definito i Piani di Formazione e aggiornamento e migliorato significativamente il percorso di costruzione del Piano attrezzature. E’ stato, inoltre, implementato il sistema di gestione del budget di Dipartimento, che ha ormai raggiunto una connotazione strutturale consolidata. Particolare attenzione è stata dedicata, in entrambi gli Ospedali, al tema della gestione del rischio, mentre nell’Ospedale di Borgo Val di Taro ha avuto concreto avvio il percorso per il futuro accreditamento istituzionale dei due Dipartimenti.

Diversi gruppi di professionisti sono stati costituiti per elaborare linee di indirizzo aziendali su temi connessi alle priorità definite nella programmazione aziendale. In diversi paragrafi della presente sezione sono richiamati gli impegni assolti da gruppi di lavoro composti dai professionisti dell’Azienda e non solo. Di seguito si elencano i principali gruppi di lavoro che hanno svolto la propria attività nel 2008, ovvero documenti significativi elaborati da gruppi di professionisti:

- gruppi per la redazione del Bilancio di Missione;

- commissione provinciale per il monitoraggio delle linee guida per il management del diabete mellito ha elaborato l'aggiornamento delle linee guida per la "Razionalizzazione delle procedure per la fornitura dei presidi sanitari per l'automonitoraggio domiciliare della glicemia" e redatto il documento "Razionalizzazione delle procedure per la prescrizione e la fornitura dei sistemi per infusione continua di insulina sottocute";
- procedure per l'accertamento dell'idoneità psicofisica delle coppie disponibili all'adozione nazionale ed internazionale con l'elaborazione da parte di un gruppo di lavoro appositamente costituito;
- protocollo d'intesa per le modalità di svolgimento dell'attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole di ogni ordine e grado della provincia di Parma;
- monitoraggio del modello organizzativo Day Service aziendale;
- applicazione delle Linee Guida Regionali di intervento per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore;
- gruppo di lavoro aziendale ed i singoli gruppi distrettuali finalizzati a sostenere e monitorare le azioni di sviluppo del processo d'integrazione tra i Medici di Medicina Generale ed il Dipartimento Salute Mentale e tra il sistema delle Cure Primarie ed il sistema di Salute Mentale nell'ambito del Progetto Regionale "Giuseppe Leggieri";
- monitoraggio del programma di assistenza odontoiatrica a seguito degli interventi realizzati per l'applicazione della nuova normativa regionale;
- progetto "prevenzione del rischio biologico";
- presa in carico e gestione di locali ed attrezzature sanità penitenziaria;
- "piano regionale d'intervento per la lotta al tabagismo": costituzione del gruppo progetto territorio senza fumo;
- definizione delle procedure operative sulla materia gestione dei dispositivi medici;
- gestione globale dell'anafilassi;
- definizione di un protocollo di appropriato utilizzo sistemi antidecubito;
- aspetti applicativi delle disposizioni in di assistenza sanitaria a cittadini neocomunitari;
- gestione ambientale e sviluppo sostenibile;
- gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza;
- sistema di verifiche di qualità dei servizi di supporto;
- miglioramento della reportistica gestionale relativa al personale.

Si segnala inoltre la costituzione di alcuni gruppi interaziendali di professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per promuovere e realizzare integrazioni nei percorsi clinici-organizzativi, nella individuazione di linee guida e protocolli. In precedenza è stata segnalata la Commissione cardiologica di coordinamento della rete e il Progetto IMA, di seguito si elencano alcuni esempi significativi:

- coordinamento interaziendale per la sorveglianza ed il controllo del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita;
- commissione provinciale per la gestione integrata del paziente in terapia anticoagulante orale;
- commissione interaziendale per il monitoraggio complessivo della nutrizione artificiale e per la definizione dei protocolli clinico-organizzativi;
- area emergenza urgenza in psichiatria;

- progetto “Razionalizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni di Risonanza Magnetica”, che ha prodotto le indicazioni per un uso appropriato di tale tecnologia;
- per assistenza a favore di soggetti portatori di stomie e incontinenze gravi;
- in materia di violenza a danno di minori.

Gli uffici di Direzione distrettuale

A livello distrettuale il Direttore del Distretto favorisce la partecipazione dei professionisti responsabili dell’assistenza e delle articolazioni organizzative afferenti il distretto, e realizza la sintesi tra le competenze e le professionalità espresse. L’Ufficio di direzione distrettuale (U.D.D.) costituisce la funzione organizzativa attraverso la quale sono definite le modalità di integrazione e ne è valutato il livello. Con la deliberazione n. 520 del 1/09/2008, oltre che il Collegio di Direzione, sono stati costituiti anche gli Uffici di direzione delle attività distrettuali, previsti dall’Atto aziendale con la seguente composizione:

- Direttore del Distretto
- Direttori del Dipartimento delle cure primarie, del Dipartimento Sanità pubblica, del Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche
- Direttore delle attività socio-sanitarie
- Referente per la medicina generale
- Referente per la pediatria di libera scelta
- Direzione medica del Presidio ospedaliero
- Direzione infermieristica e tecnica
- Direzione dell’assistenza farmaceutica
- uno specialista ambulatoriale interno

ed è stata demandata ai Direttori di Distretto la concreta individuazione dei componenti, avvenuta con determina n. 109 del 19/09/2008 del Direttore del Distretto di Parma, determina n. 141 del 25/09/2008 del Direttore del Distretto di Fidenza, determina n. 192 del 25/09/2008 del Direttore del Distretto Sud-Est, determina n. 100 del 29/09/2008 del Direttore del Distretto Valli Taro e Ceno. Gli Uffici di Direzione Distrettuale hanno iniziato a svolgere le loro funzioni, quale ulteriore sviluppo delle attività dei preesistenti Uffici di coordinamento distrettuali, già nell’ultimo trimestre del 2008 affrontando principalmente i temi della programmazione sanitaria e sociale (illustrazione del Piano Regionale e Sanitario 2008-2010, la governance nei nuovi strumenti di programmazione, l’atto triennale per la salute e il benessere sociale, il piano attuativo annuale), il ruolo dei dipartimenti sanitari aziendali nel nuovo atto aziendale.

Miglioramento dei processi organizzativi

Si è dato avvio al miglioramento di alcuni processi operativi e organizzativi al fine di accrescere la riconoscibilità, la trasparenza e l’uniformità di procedure amministrative e della gestione di risorse economico-finanziarie. In particolare questi processi hanno riguardato:

- **accordi per l’emergenza –urgenza:** la formalizzazione e approvazione con deliberazione n. 677 del 20/11/2008 altri nove accordi con le AA.PP e Croci Rosse di Parma per trasporti ordinari e in emergenza-urgenza, incluso il trasporto dei grandi obesi.
- **gestione dei dati anagrafici nelle procedure di sanità territoriale e ospedaliera e realizzazione di accordi con i Comuni per il raccordo informatico con le anagrafi**

comunali: l'Azienda Usl di Parma ha deliberato e siglato l'accordo con la Provincia di Parma per la realizzazione di un progetto congiunto che prevede il collegamento informatico con gli uffici anagrafe di un primo gruppo di comuni: Collecchio, Felino, Fontanellato, Lesignano, Montechiarugolo, Noceto. Sono state inoltre individuate le soluzioni informatiche per il collegamento di un secondo gruppo di comuni della zona pedemontana tra i quali figurano Borgo Taro, Bedonia, Albareto, Varsi e Varano de Melegari.

- **analisi e ridefinizione delle problematiche di carattere amministrativo connesse all'assistenza a favore di cittadini comunitari:** è stato avviato l'attività di un gruppo di lavoro già nominato per alcuni aspetti della assistenza sanitaria agli stranieri, relativamente alle problematiche dei cittadini comunitari. Il gruppo ha proceduto ai seguenti adempimenti: esame della situazione attuale sia per le prestazioni di ricovero ospedaliero (Azienda Ospedaliero-Universitaria e Stabilimenti Ospedalieri aziendali) che per le prestazioni specialistiche per i cittadini comunitari, analisi del processo di erogazione della prestazione per evidenziare gli elementi che comportano delle criticità amministrative, riesame della normativa sull'assistenza sanitaria a favore di cittadini comunitari e normativa e prassi sul recupero economico nei confronti degli stati esteri.
- **gestione informatizzata dei flussi documentali:** con un collaborazione tra ufficio Affari generali e Servizio Risorse Informatiche e Telematiche, si è avviata la programmazione per il pieno sviluppo del progetto regionale DOC AREA. E' stata quasi completata la fase di distribuzione delle abilitazioni alla firma elettronica; sono proseguiti i collaudi sugli applicativi di protocollo e le PEC. La formazione del personale è stata rinviata, per necessità organizzative regionali ai primi mesi del 2009. Sono proseguiti, sempre in collaborazione con il Servizio RIT aziendale, i vari contatti con le ditte incaricate per poter interfacciare il nuovo sistema DOC AREA con il protocollo informatico aziendale al fine del rilascio della release certificata DOC AREA.
- **realizzazione del nuovo archivio aziendale a Pontolo** e trasferimento, anche lo scarto della documentazione i cui termini di conservazione erano giunti a scadenza. (Autorizzazioni della Soprintendenza Archivistica e verbali di smaltimento).

SEZIONE 4 CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE

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 il miglioramento del clima aziendale.

In particolare vi sono illustrate le scelte aziendali nella "politica di valorizzazione del personale", prendendo in esame:

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

LA “CARTA DI IDENTITÀ” DEL PERSONALE

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dall'Azienda USL di Parma.

I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:

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

La tabella seguente elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2008 comprendente anche il personale assunto ai sensi dell'art. 15 septies D.lgs. 502/92; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 492 unità ossia il 20,08%. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,73% del totale.

Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,84%, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

TABELLA 121 – DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E TEMPO DETERMINATO.

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2008				
Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31.12.2008	%
<i>Dirigenti Medici Veterinari</i>	409	7	416	16,7
<i>Dirigenti Sanitari</i>	53	0	53	2,1
<i>Dirigenti PTA</i>	32	0	32	1,3
Totale Dirigenza	497	7	501	20,1
<i>Personale infermieristico</i>	892	19	911	36,6
<i>Personale tecnico sanitario</i>	87	1	88	3,5
<i>Personale prevenzione</i>	119	1	120	4,8
<i>Personale riabilitazione</i>	142	1	143	5,7
<i>Assistenti sociali</i>	31	0	31	1,2
<i>Personale tecnico</i>	179	2	181	7,3
<i>O.T.A.</i>	10	0	10	0,4
<i>O.S.S.</i>	151	14	165	6,6
<i>Personale amministrativo</i>	318	21	339	13,6
Totale Comparto	1.929	59	1.988	79,9
TOTALE	2.423	66	2.489	100,0

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 1 /BIS DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE FRA LE ARTICOLAZIONI AZIENDALI AL 31 DICEMBRE ANNI 2007/2008

	Personale al 31/12/2007	Personale al 31/12/2008
<i>Sede centrale</i>	287	294
<i>Distretto di Parma</i>	703	711
<i>Distretto di Fidenza</i>	299	303
<i>P.O. di Fidenza</i>	585	600
<i>Distretto Valli Taro e Ceno</i>	171	171
<i>P.O. Borgo Val di Taro</i>	210	218
<i>Distretto Sud-Est</i>	195	192
TOTALE	2.450	2.489

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Il conteggio del personale della tabella 1/bis fotografa la situazione al 31.12 e conteggia ogni testa come "intera", non tenendo conto pertanto del personale a part-time od occupato per periodi dell'anno.

La tabella 1 suddivide il personale (a tempo determinato ed indeterminato) tra le articolazioni aziendali contrapponendo i dati relativi agli anni 2007/2008.

Nella tabella 2 invece si introduce un diverso conteggio del personale, che viene proporzionato rispetto alle ore lavorate settimanalmente (ad es. 36 ore = 1 unità; 18 ore = 0,50) ed anche alle giornate retribuite nell'anno .

Viene quindi fotografato il personale presente dal 01.01 al 31.12 conteggiando le giornate "pagate", se un tempo determinato lavora da marzo a settembre vale $180/360 = 0,5$, e risulta inoltre rapportato al part-time (24 ore su 36 lavorative = 0,67).

Tale calcolo risulta importante tenendo presente che oggi in Azienda vi sono oltre 273 dipendenti (ossia circa il 10%) con rapporto a part-time.

La tabella 3 è una tabella analitica, e descrive il personale pesato rispetto ai giorni pagati ed all'eventuale part-time, suddiviso per articolazione aziendale e per dipartimento.

TABELLA 122 PERSONALE EFFETTIVO AL 31 DICEMBRE ANNI 2007/2008

Personale	A tempo determinato			A tempo indeterminato		
	2007	2008	Variazione	2007	2008	Variazione
Medico e veterinario	13,5	9,23	-4,27	374,2	385,78	11,06
Sanitario non medico - dirigenza	1,9	0,67	- 1,25	51,9	50,77	- 1,11
Sanitario non medico - comparto	26,0	29,15	3,86	1.145,7	1.163,49	17,77
Professionale - dirigenza	0,6	1	0,42	7,0	7,0	0
Tecnico - dirigenza	-	0	0	3,9	3,92	0,02
Tecnico - comparto	18,6	21,9	- 2,48	339,3	346,11	6,79
Amministrativo - dirigenza	2,3	2,0	- 0,33	14,98	16,48	1,60
Amministrativo	12,4	22,16	9,81	303,2	300,18	- 2,97
Totale	75,4	85,30	10,72	2.240,1	2.273,73	33,61

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 123 – ORGANICO AZIENDALE UOMO/ANNO PER ARTICOLAZIONE E DIPARTIMENTO – 2008

PRESIDI OSPEDALIERI	Dipartimento	Comparto	Dirigenti Medici e Veterinari	Dirigenti non Medici	Totale
BORGOTARO P. O.	CHIRURGIA	61,6	22,4	0	84
	MEDICINA	79,1	12,3	0	91,5
	PATOLOGIA	8	1,0	0,89	9,9
	FARMACIA AZIENDALE	2,3	0	1,0	3,3
	SERVIZI GENERALI	12,9	2,0	0	14,9
BORGOTARO P. O. Totale		163,9	38,0	1,7	203,5
FIDENZA P. O.	EMERGENZE	140,8	44,6	0	185,4
	CHIRURGIA	136,2	37,9	0	174,1
	MEDICINA	120,8	26,7	0	147,5
	PATOLOGIA	20,0	2,0	5,0	27,0
	SERVIZI GENERALI	37,9	2,2	1,0	41,1
FIDENZA P. O. Totale		455,7	113,4	6,0	575,0
Totale Presidi Ospedalieri		619,6	151,4	7,7	778,5

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 124 – PERSONALE DISTRETTUALE SUDDIVISO PER ARTICOLAZIONE AZIENDALE E PER DIPARTIMENTO

Centro di gestione	DIP.TI CURE PRIMARIE	DIP. TO SALUTE MENTALE	DIP.TO SANITÀ PUBBLICA	FARMACIA AZIENDALE	SERVIZI GENERALI	SERVIZI SOCIALI	Totale DISTRETTI
BORGOTARO	70,31	32,08	36,54	2,0	24,13	0	165,06
FIDENZA	97,32	52,59	68,27	26,61	47,99	22,16	314,93
PARMA	241,63	251,74	107,39		54,95	5,0	660,70
SUD/EST	61,08	30,66	67,03		21,47	5,39	185,63
Totale	470,35	367,06	279,22	28,61	148,53	32,54	1.362,32

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Come si può notare rispetto alle macroarticolazioni, il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti n. 660 Altra articolazione con rilevante numero di occupati è il Presidio Ospedaliero di Fidenza/S.Secondo, con n. 575 operatori.

Nella tabella 4 sono riportati i dipendenti suddivisi per fascia di età, per sesso, per area contrattuale : dirigenza o comparto.

Il personale femminile è pari al 71% del totale, e rappresenta il 78% dell'Area Comparto, ma solo il 40% nell'Area Dirigenziale.

Riguardo il dato anagrafico, vediamo che la concentrazione assolutamente più rilevante è fra i 40 ed i 55 anni, oltre il 60% complessivo. Fra gli uomini anche la fascia di età 55/59 è rilevante rappresentando il 20% del totale.

TABELLA 125 – DIPENDENTI SUDDIVISI PER SESSO M/F.

	<i>Femmine</i>		<i>Maschi</i>		<i>Totale</i>
<i>Personale dip. complessivo</i>	1767	71%	722	29%	2489
<i>Dirigenti Medici</i>	155	46%	184	54%	339
<i>Dirigenti Veterinari</i>	11	14%	66	86%	77
<i>Dirigenti Sanitari</i>	30	57%	23	43%	53
<i>Dirigenti PTA</i>	13	41%	19	59%	32
<i>Personale comparto</i>	1558	78%	430	22%	1988
<i>Incarichi struttura complessa</i>	17	27%	46	73%	63
<i>Incarichi struttura semplice</i>	24	29%	59	71%	83
<i>Altri incarichi dirigenza</i>	168	47%	187	53%	355
<i>Personale Part-Time</i>	255	94%	17	6%	272

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

La tabella 5 riporta i dati del personale presenti al 31/12 ma suddivisi per Area assistenziale: Distretti, Ospedali, Prevenzione, Servizi Generali.

Il 39,0% del personale viene utilizzato nell'assistenza territoriale; il 32,0 % per l'assistenza ospedaliera; il 13,0 % per l'area della prevenzione; il 16,0 % per i servizi generali presso cui sono censite tutte le attività di supporto amministrative e tecniche.

TABELLA 126 – ANDAMENTO DEL PERSONALE A TEMPO PARZIALE/IMPEGNO RIDOTTO.

	<i>Dipendenti Part-time 31/12/2005</i>	<i>Dipendenti Part-time 31/12/2006</i>	<i>Dipendenti Part-time 31/12/2007</i>	<i>Dipendenti Part-time 31/12/2008</i>
<i>Dirigenti Medici Veterinari</i>	2	7	4	2
<i>Dirigenti Sanitari</i>	3	3	3	3
<i>Dirigenti P.T.A.</i>	1	0	0	0
<i>Personale Infermieristico</i>	116	116	117	120
<i>Pers. Tecnico sanitario</i>	10	9	10	10
<i>Personale Prevenzione</i>	21	21	13	14
<i>Personale Riabilitazione</i>	36	34	32	32
<i>Assistenti Sociali</i>	4	4	4	4
<i>Personale Tecnico</i>	13	14	15	12
<i>O.T.A.</i>	0	0	0	0
<i>O.S.S.</i>	5	5	4	7
<i>Personale Amministrativo</i>	74	72	71	68
TOTALE dip. part-time	285	285	273	272

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

ALTRI RAPPORTI CON PERSONALE NON DIPENDENTE

Tale personale dipendente non è certamente l'unica "risorsa umana" che viene utilizzata per offrire i servizi sanitari/assistenziali o di supporto, nei diversi ambiti dell'Azienda: Ospedalieri, territoriali, di Prevenzione.

Ad esso si affianca infatti il personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Guardie mediche, Specialisti convenzionati); i rapporti con questo personale è regolato da Contratti Convenzionali nazionali e da contratti integrativi stipulati a livello regionale o locale.

Esistono inoltre rapporti Libero professionali, trattasi perlopiù di personale medico, collaboratori (CO.CO.CO.), e BORSISTI, utilizzati perlopiù in attività di studio finanziate per specifici progetti nell'area del settore giovanile, del disagio scolastico e nell'area demenze.

I PROFESSIONISTI E LA VITA AZIENDALE: PARTECIPAZIONI ALLE DECISIONI E RESPONSABILITÀ

Il peso strategico delle persone per il perseguimento degli obiettivi è un aspetto determinante della Mission della Direzione Infermieristica e Tecnica aziendale. La partecipazione dei professionisti, la valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze rappresentano gli obiettivi primari. La valorizzazione del "capitale umano" trova concretizzazione nel modello organizzativo del Servizio che si fonda sul lavoro per progetti, utile strumento di promozione e sviluppo delle competenze e specificità di ognuno, sulla definizione dei livelli di responsabilità all'interno della organizzazione, su metodologie di lavoro sempre più improntate ai modelli di pianificazione- verifica e miglioramento continuo delle attività in sintonia con gli obiettivi aziendali.

ELEMENTI DI RILIEVO DELL'ATTIVITÀ DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO

Dipartimento di Cure Primarie: il "Quaderno delle esperienze"

Per il continuo miglioramento della qualità e continuità assistenziale requisito ineludibile è rappresentato dall'integrazione tra i professionisti, che mettono a disposizione competenze, esperienze, idee e progettualità diverse e riconosciute. Proprio per questi motivi, al fine di promuovere e valorizzare le esperienze di buona pratica clinico-assistenziale e organizzativa, il Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale in collaborazione con la Direzione del Programma Cure Primarie ha dato avvio al "Quaderno delle esperienze del Dipartimento di Cure Primarie" un opuscolo informativo che raccoglie e divulga a livello aziendale i contributi redatti dai professionisti che operano nei contesti operativi dipartimentali. L'opuscolo informativo, aggiornato e distribuito semestralmente, raccoglie numerosi abstract, che evidenziano il continuo sviluppo degli ambiti di autonomia e responsabilità degli operatori coinvolti nei percorsi

assistenziali nonché la conseguente valorizzazione delle competenze professionali negli interventi preventivi, nella presa in carico di cronicità e disabilità, nei percorsi integrati di cura e riabilitazione, a garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni delle persone.

Dipartimento di cure primarie: il “case manager riabilitativo”

Il Centro per le Cure Progressive P. Coruzzi, struttura a Responsabilità Infermieristica, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie del Distretto Sud - Est e come tale rappresenta un luogo di produzione/ erogazione di servizi assistenziali e riabilitativi in regime di residenzialità, in cui viene dato ampio spazio alla valorizzazione ed allo sviluppo delle professioni sanitarie non mediche per rispondere ai bisogni dei pazienti che vi accedono e che si caratterizzano per livelli di intensità differenziati.

Per garantire sistematicità ed elevati standard di integrazione fra i professionisti nel percorso assistenziale e riabilitativo del paziente con esito di grave cerebrolesione acquisita, accolto presso la struttura in un modulo dedicato di dieci posti letto, è stato adottato il modello assistenziale del case management.

Il case manager è una figura di matrice riabilitativa che diventa il riferimento per il monitoraggio e il coordinamento degli step del percorso clinico - assistenziale e riabilitativo del paziente con grave cerebro-mielolesione acquisita, nelle fasi di accoglienza preliminare della famiglia, inserimento del paziente presso la struttura, reinserimento al domicilio.

Il case manager del Centro è il professionista esperto in riabilitazione del paziente gravemente neuroleso, è un facilitatore del processo di integrazione del gruppo di lavoro multiprofessionale, ha competenze comunicativo-relazionali e ha capacità organizzative per coordinare il proprio ambito diretto di attività.

Dipartimento di Salute Mentale: la valorizzazione delle competenze infermieristiche – verso nuovi modelli organizzativo assistenziali

Nell'ambito del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si è andata sempre più ad integrare, con la normale routine di reparto, l'attività psicoeducazionale di gruppo a carattere cognitivo-comportamentale condotta da infermieri. Alcuni infermieri del Servizio hanno partecipato ad un percorso formativo realizzato sia all'interno del Servizio sia, intensivamente, presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma, sulla teoria e tecnica di conduzione cognitivo-comportamentale di gestione di gruppi di pazienti; successivamente, i contenuti formativi sono stati proposti a tutto il personale, e si è attivata la realizzazione dei gruppi con frequenza bisettimanale.

Nella strutturazione e attivazione dei gruppi si è rivelata fondamentale la figura professionale dell'infermiere ed è stato dimostrato come gli stessi, adeguatamente formati e supervisionati da una psicologa, possano assumere, efficacemente, il ruolo di “conduttore”. Si è configurata, quindi, una situazione in cui gli infermieri hanno approfondito aspetti di gestione del disturbo mentale e realizzato interventi finora considerati di esclusiva competenza medico-psicologica. In seguito alla specifica formazione, gli infermieri hanno potuto valorizzare la loro professionalità in un setting diverso da quello in cui sono presenti usualmente, conseguendo elementi di miglioramento della motivazione e della gratificazione lavorativa.

Ulteriore iniziativa, che si è attivata e che proseguirà nel prossimo anno, è relativa ad un intervento di formazione/sperimentazione, supportato da esperti esterni, con l'obiettivo di introdurre gli infermieri del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura all'utilizzo di un linguaggio standardizzato, le diagnosi NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), come base su cui selezionare gli interventi infermieristici per raggiungere gli obiettivi di assistenza stabiliti: le diagnosi infermieristiche descrivono le condizioni che gli infermieri possono trattare autonomamente. La chiarezza sul proprio ambito di responsabilità e l'utilizzo di un linguaggio che esprime bene i fenomeni di cui ci si interessa può contribuire al raggiungimento di obiettivi di impegno ed efficacia nei confronti del singolo assistito come pure di efficienza complessiva del sistema. E' da evidenziare, peraltro, come quanto sopra descritto, sia stato inserito in un percorso più complessivo ed indispensabile di riorganizzazione dell'attività assistenziale che ha portato, tra l'altro, all'utilizzo di un approccio che prevede un infermiere referente per un gruppo di pazienti, con l'obiettivo di acquisire la possibilità, la volontà e la capacità di lavorare secondo la filosofia del primary nursing.

Presidio Ospedaliero Aziendale: "le buone pratiche assistenziali"

Il percorso dell'Accreditamento Istituzionale che sta interessando le due strutture del Presidio Ospedaliero Aziendale, è stato uno degli elementi fondamentali per lo sviluppo del miglioramento della qualità dell'assistenza. L'esperienza ha gradualmente favorito lo sviluppo di azioni di miglioramento, sempre di più basate sulla verifica dei risultati dell'attività assistenziale. Il cambiamento ha inciso sull'organizzazione dei servizi, assicurando l'uso di "buone pratiche assistenziali". Particolare interesse è stato concentrato sugli aspetti della gestione del rischio e sicurezza del paziente con l'obiettivo di promuovere l'implementazione di reti collaborative e informative fra tutti i soggetti coinvolti e favorire la condivisione e la conoscenza dei problemi, delle esperienze e delle soluzioni.

"Pillole di buona pratica": progetto cure pulite/cure più sicure - progetto laser /lotta alla sepsi - progetto Sicher/cura della ferita chirurgica. In collaborazione con l'Agenzia Socio Sanitaria Regionale sono state definite strategie che hanno consentito di migliorare l'approccio ai processi, promuovendo sperimentazioni nelle due strutture ospedaliere. E' stata inoltre messa a punto una "strategia organizzativa" che ha permesso l'implementazione e lo sviluppo di interventi efficaci. Per ogni pratica infatti, per valorizzare e rendere visibili le competenze degli operatori, favorirne lo sviluppo in un'ottica di miglioramento continuo, si è costituita per ogni progetto una rete di facilitatori di struttura, e sono stati organizzati momenti di formazione teorico pratica per il massimo coinvolgimento dei professionisti.

La valorizzazione dei coordinamenti – il sistema di valutazione

Il Servizio Infermieristico e Tecnico in collaborazione con il Servizio Risorse Umane ha provveduto alla revisione complessiva dei coordinamenti aziendali, finalizzata alla "pesatura" della complessità degli incarichi e alla conseguente ridefinizione dell'indennità economica collegata. Per la determinazione della complessità organizzativa, sono stati individuati "criteri" riconducibili ad una misurazione il più possibile oggettiva e trasparente, ma nello stesso tempo indicatori della reale rilevanza del coordinamento della struttura organizzativa a cui la posizione è associata. Sono stati analizzati numerosi parametri operativi, strettamente correlati alla

complessità organizzativa-gestionale delle funzioni assegnate ed effettivamente agite dal coordinatore. L'intero percorso è stato condiviso con le organizzazioni sindacali.

Inoltre nel 2008 è stato portato a regime il percorso di valutazione per gli operatori che ricoprono funzioni di coordinamento. La valutazione viene formalizzata attraverso l'adozione di un'apposita scheda, che permette di graduare i risultati ottenuti dal valutato, per individuare i punti di forza e le aree di miglioramento, riconoscere competenze e sostenerne il continuo sviluppo. Elementi innovativi sono rappresentati dalla preventiva "autovalutazione" e da un confronto finale fra valutato e valutatore.

GESTIONE DEL RISCHIO E DELLA SICUREZZA

La gestione del rischio legato alla sicurezza del personale dipendente rappresenta un processo trasversale condiviso all'interno dell'Azienda e si riferisce all'organizzazione del lavoro nel suo complesso.

L'obiettivo da perseguire, anche alla luce del " Nuovo Quadro Normativo (D.L.vo 81/08) ", rimane sempre il miglioramento delle condizioni lavorative presenti.

Infatti il miglioramento delle condizioni di lavoro, lo studio ed il monitoraggio dei rischi presenti, permettono di garantire condizioni operative favorevoli sia per i lavoratori dipendenti che per i dipendenti di ditte e cooperative esterne che operano all'interno dell'Azienda, oltre naturalmente al miglioramento della qualità assistenziale.

VALUTAZIONE DEI RISCHI

La valutazione di tutti i rischi lavorativi è intesa come un "processo in progress" finalizzato alla riduzione dei rischi presenti nelle varie Unità Operative e Servizi Aziendali; il percorso di valutazione dei rischi rimane "il momento fondamentale" all'interno dell'organizzazione aziendale mirato al cambiamento delle condizioni di lavoro, che si interfacciano anche con l'incremento dell'attività svolta, anche in termini di assistenza all'utenza.

Nel corso dell'anno 2008 sono stati predisposti gli aggiornamenti relativi della Scheda di Valutazione dei rischi per oltre il 40% delle sedi aziendali: tali documenti, che comprendono anche la proposta di interventi di bonifica, sono stati distribuiti ai Datori di Lavoro.

Oltre alle "Schede di Valutazione dei rischi" specifiche per le sedi aziendali oggetto di rivisita, il SPPA ha indagato e valutato anche gli altri argomenti di rischio presenti, attribuendo un indice di gravità agli stessi e proponendo varie soluzioni di bonifica.

Fra le azioni principali ricordiamo:

- per ogni articolazione aziendale sono state organizzate le **Riunioni periodiche** di cui all'**art. 35** del D.L.vo 81/08: dette riunioni rappresentano un'importante opportunità per la programmazione delle azioni di prevenzione da intraprendere localmente
- nel Presidio Ospedaliero Aziendale è stato **studiato e valutato il rischio da**

movimentazione delle persone; la valutazione è stata condotta attraverso l'esecuzione di vari sopralluoghi ed interviste ai Coordinatori dei Reparti Ospedalieri. Il Documento predisposto rappresenta la sintesi delle criticità legate alla presenza della problematica in oggetto; per ognuna delle sedi ospedaliere è stato predisposto ed approvato il Programma degli interventi, che comprende interventi legati all'organizzazione del lavoro ed il piano degli acquisti, con particolare riferimento agli ausili utilizzati per la movimentazione

- relativamente alla sicurezza del personale, è stato integrato ed aggiornato il **Documento che identifica i Dispositivi di protezione individuali** (approvato con Determinazione del Direttore Sanitario del Luglio 2008 e parte integrante del Documento di Valutazione dei rischi) che devono essere forniti ai lavoratori dipendenti per eliminare i rischi residui ancora presenti. E' stato inoltre predisposto il **Documento che identifica** le calzature, intese come DPI, da fornire al personale avente diritto.
- rispetto alla **Valutazione del Rischio da Sostanze pericolose**, a seguito della predisposizione da parte del RIT aziendale, di un Programma informatizzato finalizzato alla stesura del Documento, è stato aggiornato il precedente Documento dei rischi (riferimento al Titolo IX del D.L.vo 81/08), che prevede dapprima l'analisi delle Schede di Sicurezza dei prodotti chimici in uso, il confronto con i consumi rispetto ai Reparti/Unità Operative indagati e la successiva quantificazione del rischio.
- Relativamente **all'applicazione del D.L.vo 230/95**, è stata avviato l'aggiornamento del Documento di Valutazione del rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti per tutto il personale che opera a contatto con le radiazioni ionizzanti
- l'entrata in vigore dapprima della Legge 123/07 poi del D.L.vo 81/08, il cosiddetto "Testo Unico", hanno dato l'avvio alla predisposizione del **DUVRI – Documento Unico di Valutazione del Rischio da Interferenze**: in particolare nel corso del 2008 sono stati completati i DUVRI per l'attività svolta dal Global Service (che comprende i servizi di pulizia e sanificazione, smaltimento rifiuti speciali, disinfezione, disinfestazione e derattizzazione, sorveglianza locali, gestione magazzino economale - traslochi e facchinaggi interni ed esterni - trasporto farmaci e beni sanitari, lavanolo) e da PROSA, che cura la gestione generale del Complesso Ospedaliero di Vaio. Da segnalare la stretta collaborazione avviata con il RIT aziendale mirata alla predisposizione di un programma informatizzato specifico per la gestione informatizzata dei documenti da inserire nel DUVRI
- rispetto alla presenza ubiquitaria del **Rischio Biologico** nell'attività quotidiana svolta dal personale dipendente, l'attenzione del SPPA è costantemente rivolta allo studio dell'andamento del fenomeno infortunistico appunto a rischio biologico, che nel corso dell'anno 2008 ha visto la riduzione del 10% degli infortuni occorsi al personale dipendente. Particolare attenzione viene rivolta alla corretta applicazione delle procedure di lavoro, anche attraverso incontri con il personale e sopralluoghi mirati. Sono forniti agli operatori i dispositivi di protezione individuale specifici unitamente ai dispositivi medici.

GESTIONE DELLE EMERGENZE

Il problema legato al controllo ed alla gestione delle emergenze nelle attività sanitarie con presenza di posti letto o comunque frequentate da numerosi utenti che possono presentare diversi

gradi di disabilità è sempre complesso e rappresenta per l'organizzazione un punto critico rispetto allo svolgimento dell'attività assistenziale. Le sedi aziendali sono dotate di un piano d'emergenza (composto da planimetrie esposte indicanti le vie di esodo ed il posizionamento dei presidi antincendio e da una parte cartacea contenente le procedure operative da adottare), che è oggetto di aggiornamento, riferito soprattutto agli interventi organizzativi effettuati all'interno della struttura.

Il SPPA organizza ed esegue sia i corsi di addestramento di base antincendio che specifici incontri formativi in materia di emergenza incendio, con simulazione di situazioni di emergenza.

Il Servizio collabora con i datori di lavoro all'identificazione dei Responsabili gestione Emergenza e degli Addetti delle Squadre di Emergenza.

TABELLA 127 – QUADRO RIEPILOGATIVO RELATIVO AGLI ADDETTI CHE HANNO FREQUENTATO CORSI DI FORMAZIONE ANTINCENDIO

	Operatori presenti	Corso 8 ore	Corso 16 ore	Totale addetti formati	%
Distretto Borgotaro	171	164	4	168	98,25%
Ospedale Borgotaro	218	75	96	171	78,44%
Direzione Generale	266	39	8	47	17,67%
Distretto Fidenza	330	91	42	133	40,30%
Ospedale Fidenza San Secondo	600	87	247	334	55,67%
Distretto Parma	711	285	26	311	43,74%
Distretto Sud - Est	192	145	0	145	75,52%
TOTALE	2488	886	423	1309	52,61%

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto all'anno 2008:

	CORSI ANTINCENDIO EFFETTUATI	
	CORSI 8 ORE	CORSI 16 ORE
	(docenza a carico SPPA)	(docenza a carico dei VV.F.)
Anno 2008	N° 4 corsi per 68 operatori	N° 2 corsi per 39 operatori

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

L'obiettivo formativo è raggiungere il 70% del personale formato sulla prevenzione e lotta antincendio e sul piano d'emergenza entro il 2009.

Sono stati effettuati, inoltre, le seguenti iniziative di formazione:

- vari incontri informativi sulle procedure d'emergenza specifiche, relative alla struttura di appartenenza; fra tutti ricordiamo l'incontro formativo teorico-pratico presso la Camera Iperbarica di Vaio (07/10/08);
- vari incontri informativi finalizzati all'addestramento all'uso delle centraline di allarme antincendio presenti nelle sedi aziendali
- incontri informativi finalizzati alla predisposizione delle Procedure di sicurezza relative all'accreditamento istituzionale delle sedi aziendali;

- sopralluoghi per l'aggiornamento della Valutazione dei Rischi, finalizzati anche alla ricognizione relativa alla presenza della cartellonistica di sicurezza;
- giornata Seminariale rivolta alla Direzione Aziendale, ai Direttori di Distretto, Presidio Ospedaliero sui contenuti del Titolo I del D.L.vo 81/08;
- designazione da parte delle OO. SS. degli RLS – Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza ed effettuazione del Corso di formazione specifico.
- partecipazione alla predisposizione del Pacchetto formativo per i Neo-assunti che comprende sia l'attività di docenza al Corso di formazione medesimo (per un totale di n. 3 edizioni e n. 93 Operatori partecipanti) che la predisposizione della "Procedura neo-assunto".

GESTIONE DEL RISCHIO E SICUREZZA

Come ogni anno il SPPA provvede alla raccolta ed all'elaborazione delle statistiche annuali degli Infortuni occorsi al personale dipendente.

Dall'analisi dei dati degli infortuni relativi all'anno 2008 si evidenzia, un leggero aumento degli infortuni – 111 infortuni nel 2008 contro i 107 infortuni nel 2007 - accompagnato da un considerevole aumento delle giornate lavorative perse: 2.641 gg. lavorative perse nel 2008 contro le 1.955 gg. lavorative perse nel 2007.

Numericamente nel 2008 si sono verificati n. 111 infortuni contro i 107 infortuni del 2007, con un aumento della durata media: si passa infatti da 18,27 nel 2007 a 23.79 nel 2008.

TABELLA 128– DISTRIBUZIONE DEGLI INFORTUNI PER TIPOLOGIA E GIORNATE PERSE ANNO 2008

FORMA	N. INFORTUNI	%	G. LAVOR.	%
In itinere	18	16.22	499	18.89
Piede in fallo	17	15.32	327	12.38
Spostando /sollevando	15	13.51	243	9.20
Scivolando	14	12.61	415	15.71
Aggredito	9	8.11	82	3.10
Colpito da	8	7.21	137	5.19
Caduto in piano	7	6.31	204	7.72
Movimento incoordinato	6	5.41	186	7.04
Schiacciato da	6	5.41	107	4.05
Urto contro	6	5.41	290	10.98
Incidente alla guida	4	3.60	146	5.53
Si è punto con	1	0.90	5	0.19
TOTALE	111	100%	2641	100%

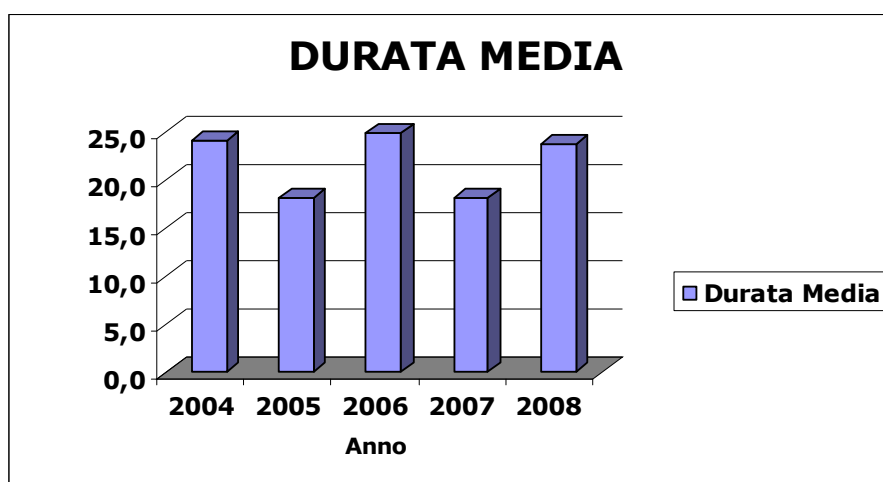
Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

TABELLA 129 – DISTRIBUZIONE DEGLI INFORTUNI PER ETÀ ANAGRAFICA DEGLI ADDETTI – 2008

Classi Età ¹	Maschi	Femmine	Totale
29- 38	4	17	21
39-48	10	27	37
49-58	9	33	42
59-68	3	8	11
TOT	26	85	111

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

FIGURA 130 – FIGURA: DURATA MEDIA DEGLI INFORTUNI 2004/2008



Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Analizzando nel dettaglio le Forme di infortunio più frequenti, il confronto anni 2007/08 evidenzia quanto segue:

TABELLA 130 – DISTRIBUZIONE INFORTUNI E GIORNATE LAVORATIVE PERSE – 2008

FORMA	N. Infortuni anno 2008	GG. lavorative Perse 2008	N. Infortuni anno 2007	GG. lavorative perse 2007
In itinere	18	499	12	325
Piede in fallo	17	327	15	301
Spostando/ Sollevando	15	243	20	346
Scivolando	14	415	9	262
Aggredito	9	82	5	120
Colpito da	8	137	9	96
Schiacciato da	6	107	10	119
Movimento incoordin.	6	186	7	75
Caduto in piano	7	204	4	71
Urto Contro	6	290	7	164
Incidente alla guida	4	146	5	48
Puntura di insetto	1	5	0	0
Si schiacciava	0	0	2	19
Morso da	0	0	1	3
Si è punto con	0	0	1	6

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

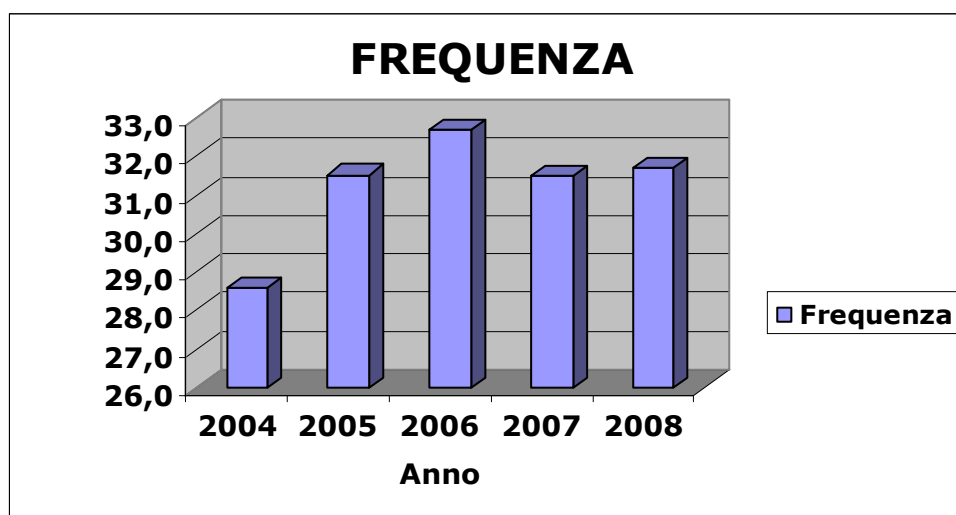
Rispetto alle singole Articolazioni Aziendali (Distretto di Parma – Sud Est – Borgotaro – Fidenza, P.O. Fidenza-San Secondo, P.O. Borgotaro, Sede Centrale), si evidenzia quanto segue:

TABELLA 131 – DISTRIBUZIONE INFORTUNI E GIORNATE LAVORATIVE PERSE PER ARTICOLAZIONE AZIENDALE- ANNI2007/2008

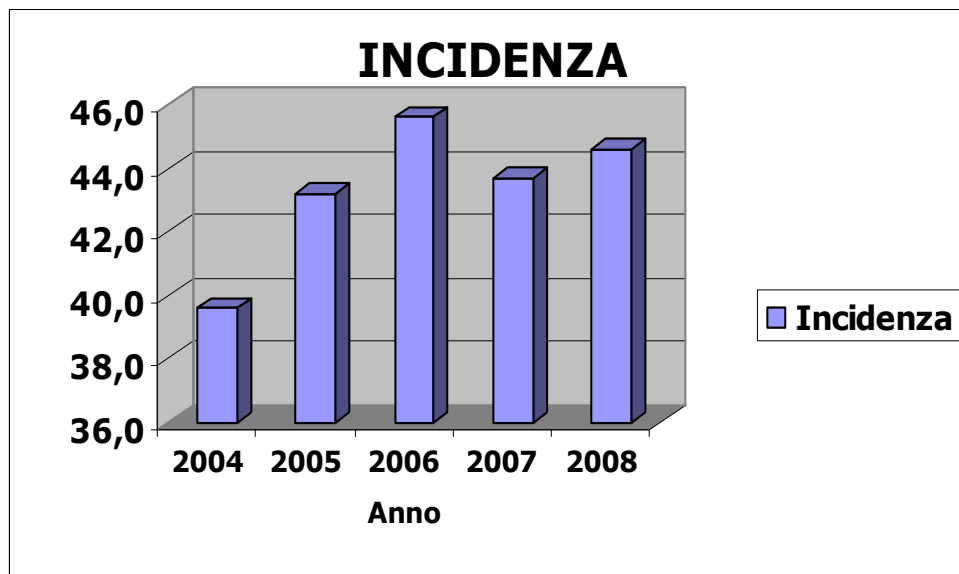
Articolazione Aziendale	Infotuni anno 2008	GG. lav. perse anno 2008	Infotuni anno 2007	GG. lav. perse anno 2007
Distretto Parma	41	1067	42	693
Osp. Fidenza S. Secondo	28	624	25	701
Osp. Borgotaro	12	145	18	197
Distretto di Fidenza	6	201	11	201
Sede Centrale	8	302	4	64
Distretto Sud Est	7	141	4	66
Distretto Borgotaro	9	161	3	33
TOTALE	111	2641	107	1955

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

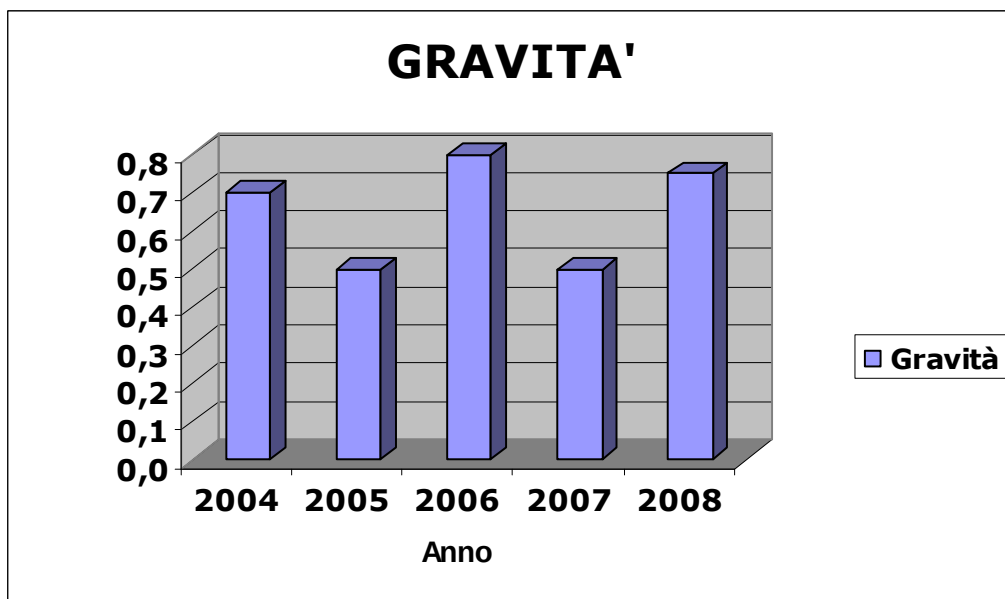
Tale aumento è evidente anche nel confronto dell' Indice di Frequenza – IF = (numero di infortuni/Numero Ore lavorate) x 1.000.000 - che passa da 31,58 nel 2007 a 31,70 nel 2008. Deve essere segnalato un lieve aumento del numero di dipendenti (da 2450 nel 2007 a 2488 nel 2008), accompagnata dal conseguente aumento delle ore lavorate.



- L' **Indice di Incidenza** - II = (numero di infortuni/numero di dipendenti) x 1.000 – passa da 43,7 nel 2007 a 44,61 nel 2008.



- L' **Indice di Gravità** – $IG = (\text{numero di giorni di assenza} / \text{numero di ore lavorate}) \times 1.000$ – aumenta sensibilmente: da 0,5 nel 2007 a 0,75 nel 2008 ed è in linea con l'aumento del numero di giornate lavorative perse, a causa degli infortuni, la cui gravità è decisamente in aumento.



Gli infortuni a rischio biologico con prognosi 0 giorni (non comportanti cioè l'assenza dal lavoro) per l'intera Azienda USL nel 2008 sono pari a 73 contro gli 82 del 2007, così suddivisi:

TABELLA 132 – INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO CON PROGNOSI A ZERO GIORNI ANNI 2007–2008

Articolazione Aziendale	Infortunati a rischio biologico 2008	Infortunati a rischio biologico 2007
Distretto Parma	11	14
Osped. Fidenza San Secondo	42	42
Osped. Borgotaro	10	14
Distretto di Fidenza	4	7
Distretto Borgotaro	6	4
Distretto Sud Est	0	1
Sede Centrale	0	0
TOTALE	73	82

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Rispetto al personale esposto:

- Personale Infermieristico n. 47
- Personale Medico n. 10
- Personale OTA , OS,OSS n. 5
- Allievo infermiere n. 7
- Assistente Sanitario n. 2
- Tecnico di laboratorio n. 1
- Ostetrica n. 1
- **Totale n. 73**

Informazioni sierologiche della fonte di esposizione (per HIV – HBV – HCV): paziente sieronegativo n. 45, fonte sconosciuta n. 15, paziente HCVAbs + n. 9, paziente HBsAg + n. 3, paziente HIVAbs +n. 1, totale n. 73

Nell'anno 2008 non si sono verificati casi di sieroconversione. Il SPPA provvede anche al follow-up relativo agli infortuni a rischio biologico dell'intera Azienda.

MEDICO COMPETENTE: VISITE MEDICHE PREVENTIVE E PERIODICHE D.LGS 81/2008

Nel 2008, sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato e degli scadenziari, sono stati visitati, ai sensi del D.Lgs 626/94 e D.Lgs 81/2008, 630 dipendenti dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri aziendali.

Le patologie dell'apparato osteoarticolare ed in particolare del rachide connesse all'attività di movimentazione di pesi o assistiti, costituiscono il principale problema di salute della popolazione lavorativa del settore sanitario, con ripercussioni sulla continuità lavorativa assistenziale e sui giudizi di idoneità alla mansione espressi dal medico competente.

La tabella successiva riporta i dati indicati nella Comunicazione art. 40 del D.Lgs 81/2008 inviata dai medici competenti all'Organo di vigilanza AUSL e include l'entità numerica della sorveglianza sanitaria attuata e dell'esposizione a rischi professionali.

TABELLA 133 – COMUNICAZIONE ART 40 DLGS 81 / 2008, ANNO 2008

COMUNICAZIONE art 40 DLgs 81/2008, anno 2008		DATI SUL MEDICO COMPETENTE	
		Maschi n° (%)	Femmine n° (%)
23	Tipologia MP segnalate (codifica DM 14.01.08) ⁴	722 (29%)	1767 (71%)
		0	0
24	n. lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	635 (88%)	1648 (93%)
25	n. lavoratori visitati nell'anno di riferimento	280 (44%)	609 (37%)
26	n. idonei	255 (91%)	518 (85%)
27	n. idoneità parziali (con prescrizioni/limitazioni) temporanee	3 (1%)	12 (1,9%)
28	n. idoneità parziali (con prescrizioni/limitazioni) permanenti	24 (8,5%)	77 (12,6%)
29	n. inidoneità temporanee	1	
30	n. inidoneità permanenti		2
22	N. malattie professionali segnalate	0	0
RISCHI LAVORATIVI		numero lavoratori esposti	
		Maschi n° (%)	Femmine n° (%)
32	N. ESPOSTI A MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	207 (29%)	817 (49,5%)
33	N. ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI		
34	N. ESPOSTI AD AGENTI CHIMICI -NON RILEVANTE	61	46
35	N. ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI		
36	N. ESPOSTI AD AGENTI BIOLOGICI	519 (81,7%)	1375 (83%)
37	N. ESPOSTI VIDEOTERMINALI (VDT)	91 (14%)	299 (18%)
38-	N. ESPOSTI VIBRAZIONI CORPO INTERO MANO-BRACCIO		
40	N. ESPOSTI RUMORE	20	5
41	N. ESPOSTI CAMPI ELETTRROMAGNETICI	22	11
43	N. ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI	63 (10%)	49 (2,9%)
44	N. ESPOSTI MICROCLIMA SEVERO		
47	N. ESPOSTI ATMOSFERE IPERBARICHE	1	2
48	N. ESPOSTI STRESS LAVORO-CORRELATO		
49	N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO	177 (28%)	427 (26%)
50	N. ESPOSTI AD ALTRI FATTORI EMERSI DAL D.V.R.		

La prevalenza di giudizi di NON IDONEITA' PERMANENTE O TEMPORANEA e di IDONEITA' CON LIMITAZIONE riguarda dipendenti con qualifica sanitaria e veterinaria.

Le principali patologie che condizionano l'espressione di un giudizio di "inidoneità" o "idoneità con limitazione" sono, in ordine decrescente, le patologie osteoarticolari, le patologie oculari e allergo-respiratorie, le patologie cardiovascolari, le sindromi psichiatriche, le neoplasie.

Le prevalenze di non idoneità o idoneità con limitazione riscontrata nel personale sanitario (infermieristico e ausiliario (OSS, OT,ausiliari) di Presidio Ospedaliero, è in linea con quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali, che sembrano indicare percentuali di limitazioni-non idoneità variabili dal 5-6% al 12%.

Rispetto al 2007 si è ridotto il numero percentuale di "non idonei-non idonei temporaneamente" per effetto di spostamenti di mansione, mentre si è mantenuto costante il numero delle "idoneità con limitazione".

La distribuzione delle limitazioni per patologia mostra un trend analogo ai precedenti anni, con una netta prevalenza delle patologie osteoarticolari, come riportato anche il letteratura per il comparto Sanità.

ATTIVITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (ART 25 DLGS 81/2008)

L'entrata in vigore del nuovo D.Lgs 81/2008 ha rappresentato per i medici competenti aziendali un importante impegno in termini di ore, di sopralluogo e di studio-consultazione di documenti per l'obbligo sancito per legge di supporto-collaborazione al datore di lavoro e al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale nell'aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi, soprattutto per quanto attiene le tematiche su movimentazione dei carichi, rischio biologico, rischio chimico-cancerogeno.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

I medici hanno collaborato alla predisposizione dei materiali formativi e alla docenza nei corsi di formazione promossi dall'azienda in tema di:

- corso base per personale neoassunto
- corso di formazione sul rischio biologico

STESURA DI PROTOCOLLI PROCEDURE DI SICUREZZA

L'attività dei medici competenti si è rivolta anche all'attività di stesura di protocolli operativi quali:

- Procedure per contatti a rischio e sorveglianza periodica infezione tubercolare "Gruppo Interaziendale AUSL-AO Parma
- Procedura di profilassi post-esposizione a malattie trasmissibili da sangue (aggiornamento)
- Procedura per neoassunti e sorveglianza sanitaria

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE E SISTEMI PREMIANTI

INCARICHI PERSONALE AREE DIRIGENZIALI

L'Atto aziendale adottato con delibera n.107 del 30.03.2008 ha in parte ridefinito l'assetto organizzativo territoriale, affidando ai due Dipartimenti : Dip. Sanità Pubblica e Dip.to Salute Mentale, autonomia gestionale e di bilancio, rimodulando pertanto compiti e finalità delle articolazioni distrettuali. Il percorso di autonomia di queste entità organizzative porterà modiche nel sistema degli incarichi nei prossimi due anni.

Lo sviluppo e la gestione delle carriere del personale dirigenziale dell'Azienda è stato oggetto di un lungo periodo di trattativa con le organizzazioni sindacali di categoria che ha portato alla completa definizione dell'assetto organizzativo aziendale, con una chiara individuazione delle funzioni dirigenziali presenti ed una identificazione degli incarichi dirigenziali di struttura semplice e professionali conferibili, con particolare attenzione per l'area dei Servizi Sanitari.

Quanto sopra ha permesso la definizione delle specifiche competenze correlate a ciascuno degli incarichi conferibili al personale di area dirigenziale attraverso la formalizzazione del Contratto Individuale di Lavoro con ciascun dirigente. La formalizzazione del contratto individuale si configura quale momento importante per la definizione e negoziazione di ambiti di attività, aree di responsabilità ed obiettivi individuali correlati all'incarico attribuito.

Il Contratto Individuale di Lavoro stipulato con il dirigente diventa così il principale documento cui fare riferimento nel momento della verifica dell'attività e dei risultati conseguiti dal dirigente al cui esito sono collegate diverse finalità: dalla erogazione della parte variabile dello stipendio, alla conferma nell'incarico ricoperto, all'avvio di processi formativi ed all'attivazione di percorsi di miglioramento e di crescita individuale.

Si sono completate le procedure selettive interne che hanno portato gli incarichi di Direzione di Struttura Semplice e Professionali ad Alta Specializzazione, così come riassunto nelle seguenti tabelle:

TIPOLOGIA INCARICO	AREA CONTRATTUALE	COPERTI	VACANTI	TOTALE
DIPARTIMENTI	Dipartimenti sanitari			15
	Dipartimenti amministrativi			4
	Totale dipartimenti			19
STRUTTURE COMPLESSE	Area medica e veterinaria	43	3	46
	Area dirigenza sanitaria	6	0	6
	Area dirigenza p.t.a.	11	0	11
	Totale aree contrattuali	60	3	63
STRUTTURE SEMPLICI	Area medica e veterinaria	49	5	54
	Area dirigenza sanitaria	7	0	7
	Area dirigenza p.t.a.	6	0	6
	Totale aree contrattuali	62	5	67
INC. PROFESSIONALI ALTA SPECIALIZZ.	Area medica e veterinaria	32	6	38
	Area dirigenza sanitaria	6	0	6
	Area dirigenza p.t.a.	5	0	5
	Totale aree contrattuali	43	6	49
INC. PROFESSIONALI ANZIANITA' > 5 ANNI	Area medica e veterinaria	208	5	213
	Area dirigenza sanitaria	27	1	28
	Area dirigenza p.t.a.	3		4
	Totale aree contrattuali	238		238
INC. PROFESSIONALI ANZIANITA' < 5 ANNI	Area medica e veterinaria	71	2	73
	Area dirigenza sanitaria	6		6
	Area dirigenza p.t.a.	6		6
	Totale aree contrattuali	85		85

Area Contrattuale	Nr. Unità Dirigenti	TIPOLOGIA INCARICO		
		% Incarichi UOC	% Incarichi UOS	% Incarichi Professionali Alta Specializzazione
Medici e Veterinari	416	11,06 %	12,98 %	9,13 %
Sanitari	53	11,32 %	13,20 %	11,32 %
PTA	32	34,37 %	18,75 %	15,62 %
TOTALE	501	12,57%	13,37%	9,7%

L'incidenza e la distribuzione degli incarichi di direzione di struttura è coerente con la complessità di un'Azienda territoriale di analoghe dimensioni, si rileva, comunque, che risultano avere maggiore incidenza incarichi di tipo gestionale (UOC/UOS) rispetto ad incarichi di alta valenza professionale che presuppongono svolgimento di attività tecnico specialistica e di approfondimento del sapere scientifico da parte del dirigente.

E' proseguita nel corso del 2008 l'attività di valutazione e l'iter di verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti previsto degli artt. 25 e seguenti dei CC.NN.NN.LL. delle aree dirigenziali quadriennio 2002/2005 per il personale riportato nella seguente tabella, che nel complesso rappresenta il 11,77 % della totalità del personale del ruolo dirigenziale, con un esito positivo per la totalità dei casi verificati a fronte di un aumento di spesa, correlata a tali procedimenti, pari ad € 115.000,00 per l'adeguamento dell'indennità di esclusività:

PERSONALE SOTTOPOSTO A VERIFICA					
Area Contrattuale	TOTALE PERSONALE	Dirigenti titolari di Incarichi UOC in scadenza al 31/12/2008	Dirigenti titolari di Incarichi UOS, Profess. Alta Spec. in scadenza al 31/12/2008	Dirigenti per passaggio di fascia Indennità Esclusività	Dirigenti con anzianità inferiore a 5 anni
<i>Medici</i>	338	6	16	9	6
<i>Veterinari</i>	78	3	0	5	0
<i>Sanitari</i>	53	1	3	2	1
<i>PTA</i>	32	2	5	-	-
TOTALE	501	12	24	16	7

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO

Gli incarichi per il personale del comparto costituiscono uno strumento di valorizzazione e riconoscimento della professionalità acquisita e delle capacità gestionali dimostrate ed un indispensabile istituto con il quale l'azienda interviene nei settori sanitari e tecnico amministrativi di particolare complessità con l'obiettivo di migliorare la funzionalità dei servizi e favorire anche lo sviluppo professionale in relazione al modello di organizzazione aziendale.

Gli incarichi conferiti al personale di area comparto, pertanto, concorrono con gli incarichi dirigenziali a definire il modello organizzativo dell'azienda e sono da questa individuati, di concerto con le organizzazioni sindacali di categoria, al fine di favorire la crescita di centri di responsabilità all'interno delle strutture sanitarie e dei servizi amministrativi.

Con le OO.SS. Area Comparto si è proceduto ad una rivisitazione, ad una mappatura ed una proposta organizzativa per tutta l'Area sanitaria, sia coordinamenti sia posizioni organizzative; ma non ancora conclusa al 31/12/2008.

Nel corso dell'anno 2008 sono stati conferiti al personale di area comparto n.5 nuovi incarichi di Posizione Organizzativa che si sono aggiunti a quelli conferiti a partire dall'anno 2001, inoltre è stato conferito, a seguito di procedure selettive interne o processi di riorganizzazione interna, n.1 nuovo incarico di Coordinamento al Personale di area Sanitaria / Ass. sociali, andandosi a delineare così l'assetto di seguito sintetizzato:

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO			
Personale Dipendente Area Comparto		Personale titolare di Inc. di Posizione Organizzativa	%
Pers. Infermieristico	911	21	2,30%
Pers. Tecnico Sanitario	88	0	0,00%
Pers. Prevenzione	120	1	0,83%
Pers. Riabilitazione	143	3	2,50%
Assistenti Sociali	31	3	9,67%
Tecnico	181	5	2,76%
O.T.A.	10	0	0,00%
O.S.S.	165	0	0,00%
Amministrativo	339	33	9,73%
TOTALE	1988	66	3,31%

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO - SANITARI/ ASS. SOCIALI			
Personale Dipendente Area Comparto		Incarichi di Coordinamento	%
Pers. Infermieristico	911	92	10,09%
Pers. Tecnico Sanitario	88	6	6,81%
Pers. Prevenzione	120	7	5,83%
Pers. Riabilitazione	143	22	15,38%
Assistenti Sociali	31	7	22,58%
TOTALE	1293	134	10,36%

Nel corso dell'anno sono state attivate e concluse le procedure di verifica riguardo all'attività del personale titolare di incarico di posizione organizzativa al 31/12/2008 e per il personale titolare di funzioni di coordinamento al 31/12/2008, la conclusione di queste procedure ha portato alla conferma di tutti gli incarichi sottoposti a verifica.

STRUTTURA DELLE RELAZIONI COL PERSONALE DIPENDENTE E LE SUE RAPPRESENTANZE

Gli argomenti che hanno improntato nell'anno i rapporti con le Organizzazioni sindacali sono stati, per quanto riguarda i temi generali aziendali, la conclusione del percorso di concertazione riguardante l'Atto aziendale poi deliberato in Marzo.

I temi invece più collegati all'attività ordinaria hanno visto : per la Dirigenza il tema della stabilizzazione del personale con contratto precario con l'avvio di diversi Concorsi nelle discipline interessate; un primo adeguamento degli incarichi di struttura semplice ed alta professionalità presso il Presidio Ospedaliero Aziendale; DSM, DSP, l'Accordo nell'Area Dipartimentale Veterinaria circa il nuovo assetto organizzativo, gli incarichi di struttura e professionali, la remunerazione del disagio.

Si è approfondito inoltre il complesso tema dell'orario di lavoro e della continuità assistenziale, con le connesse problematiche inerenti i sistemi di guardia e pronta disponibilità; discussione poi sospesa in attesa di decisioni regionali così come previste dal CCNL stipulato nel mese di ottobre.

Per l'Area Comparto due i temi di accordo principali :

- a) stabilizzazione del personale precario assunto entro il 27/09/2007;
- b) accordo biennale di utilizzo dei fondi contrattuali per finanziare processi di riqualificazione e progressione del personale, con l'istituzione di un riconoscimento, nell'area amministrativa , di svolgimento di funzioni di particolare rilevanza.

Oltre a questi argomenti si è stipulato l'accordo per l'Incentivazione alla produttività anno 2008 e l'istituzione delle commissioni paritetiche per il Mobbing e le Pari Opportunità.

DIRIGENZA ANNO 2008

1. In data 21 gennaio 08 si è tenuto un incontro con le OO. SS. Aree Dirigenza Medica e Veterinaria e Dirigenza SPTA per discussione e confronto sulla Bozza di Atto Aziendale predisposta dalla direzione.
2. Sono stati necessari diversi incontri, in tavoli separati (Medici, Veterinari, Psicologi) per arrivare ad accordi di stabilizzazione del personale precario delle diverse aree dirigenziali, nell'ottica prevista dalla Legge Finanziaria 2008 (L. 24 dicembre) di valorizzazione delle esperienze lavorative del personale aziendale con l'obiettivo di riassorbire le forme di precariato che si sono determinate negli anni di sostanziale "blocco delle assunzioni" . In seguito alla sottoscrizione di tali accordi uno relativo alla dirigenza medica e veterinaria, l'altro riferito alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (26 giugno 2008), l'Azienda ha provveduto a bandire, ai sensi della stabilizzazione, pubblici concorsi per la dirigenza (contrariamente a quanto è avvenuto per il comparto) utilizzando i criteri stabiliti dalla finanziaria.
3. Definizione dei regolamenti attuativi e della struttura organizzativa prevista dall'Atto Aziendale attraverso l'attribuzione di nuovi incarichi di alta specializzazione e di direzione di unità operative semplice del Presidio Ospedaliero Aziendale (verbale del 21 maggio/26 giugno 2008), del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (verb. 25 luglio 2008) e Dipartimento Sanità Pubblica; Incarichi Farmacisti/Progetto Farmacisti (verbale del 06/11/2008) e struttura e posizioni Area Dipartimentale Sanità Pubblica Veterinaria (verbale del 03 dicembre 2008) - Dipartimento Sanità Pubblica.
4. Attuazione del progetto per la riorganizzazione delle funzioni pediatriche dell'Ospedale di Fidenza per potenziare e migliorare la qualità del servizio pediatrico, con decorrenza dal 1° febbraio 2009.
5. Accordo tra AUSL di Parma e OO. SS. Dirigenza Veterinaria relativamente all'UTILIZZO DEL FONDO DISAGIO ANNO 2008 per finanziare le attività di macellazione, di profilassi e sorveglianza e per una indennità chilometrica per uso del mezzo proprio - del 03/12/2008.
6. Verbale di intesa tra AUSL di Parma e OO. SS. Dirigenza Medica sul progetto sperimentale triennale per lo sviluppo di attività didattica e ricerca in materia ortogeriatrica presso l'Unità Operativa di Ortopedia dell'Ospedale di Fidenza in regime di convenzione con l'Università di Parma, al fine di poter dare una più alta preparazione agli studenti della Facoltà di Medicina e

di poter addestrare gli Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia ad affrontare con una elevata formazione chirurgica le differenti lesioni osteo-articolari (del 19/12/2008).

COMPARTO ANNO 2008:

1. Accordo tra OO.SS. Area Comparto per il personale infermieristico e tecnico dei seguenti settori: Ospedale di Fidenza/San Secondo, Ospedale di Borgotaro, Dipartimento di Salute Mentale, Hospice di Borgotaro e Dialisi, relativamente all'EMERGENZA ASSISTENZIALE PERIODO ESTIVO 2008 per far fronte al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza nel periodo estivo collegata alla fruizione di tre settimane di ferie, sottoscritto in data 01/04/08.
2. Accordo per l'istituzione del Comitato Paritetico per il FENOMENO MOBBING ai sensi dell'art. 5 del CCNL 2002/2005 – Area Comparto al fine di prevenire, rilevare e contrastare efficacemente il fenomeno stesso, fornendo ai lavoratori un organismo aziendale, al di sopra delle parti, a cui potersi rivolgere, in caso di necessità, per la tutela dei propri diritti, sottoscritto in data 01/04/08.
3. Accordo per l'istituzione del Comitato Paritetico per le PARI OPPORTUNITA' ai sensi dell'art. 7 del CCNL 2002/2005 – Area Comparto ai fini della promozione e dell'attuazione concreta del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, attraverso la rimozione di forme implicite ed esplicite di discriminazione, sottoscritto in data 01/04/08.
4. Accordo aziendale per la stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda USL di Parma – Area Comparto – anno 2008. In seguito alla sottoscrizione di tale accordo l'Azienda, con l'obiettivo di riassorbire le forme di precariato che si sono determinate negli anni di sostanziale blocco delle assunzioni, ha avviato e concluso il processo di stabilizzazioni per il personale a tempo determinato assunto anteriormente al 28 settembre 2007.
5. Verbale di intesa in riferimento al ritiro deleghe sociali nel Distretto Sud Est ed assegnazione del personale dipendente AUSL ivi operante ad altri incarichi – n. 6 dipendenti di cui n. 5 assistenti sociali e n. 1 educatore (data 24/06/2008).
6. Accordo biennale 2008/2009 in merito ad UTILIZZO FONDI CONTRATTUALI per procedure di riqualificazione e progressione del personale (data 24/06/08).
7. Verbale di accordo per INCENTIVAZIONE DELLA PRODUTTIVITA' 2008 (del 24/06/08).
8. Verbale di intesa transattivi circa il riconoscimento economico dei turni di P.D., eccedenti i n. 6 mensili, effettuati dall'Unità Operativa TRASPORTO INFERMI dell'Ospedale di Fidenza (data 02/07/2008).
9. Accordo per la VALORIZZAZIONE DELLE FUNZIONI DI ALTA PROFESSIONALITA' nell'ambito delle attività tecniche ed amministrative. Attribuzione di una indennità di funzione ad alcune figure collocate in categoria D per le quali sono state verificate particolari specifiche competenze professionali (data 09/07/2008).
10. Accordo per la RIDEFINIZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO NOTTURNO DEL PERSONALE TURNISTA – area comparto. Si stabilisce di prolungare l'attuale fascia oraria di lavoro notturno (22.00-6.00), al fine di ridurre i disagi del personale turnista – 05/09/2008.
11. Verbale di intesa, in applicazione dell'art. 4 del CCNL 29/02/2008, in ordine ai requisiti da possedere per l'affidamento delle funzioni di coordinamento – 05/09/2008.

12. Accordo per attribuzione di una fascia superiore al personale dell'area comparto – categorie B – Bs – C per sanare le disparità di trattamento determinata dall'applicazione di diversi accordi aziendali in materia – 12/11/2008.
13. Verbale di intesa per INCENTIVAZIONE DEL PERSONALE CON COMPITI DI SPORTELLO UNICO (CUP) per il biennio 2009-2010 al fine di migliorare le prestazioni di sportello offerte all'utenza – data 15/12/2008.

IL PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

L'Azienda concepisce la formazione come risorsa per la qualificazione dell'offerta di servizi alla comunità. La formazione vi contribuisce favorendo l'adeguatezza delle "persone" nel loro esercizio professionale. Per la definizione dei bisogni di formazione entrano annualmente in relazioni le strategie aziendali e le attese dei professionisti che insieme leggono le necessità di miglioramento dei servizi e realizzano azioni formative adeguate ad una risposta coerente.

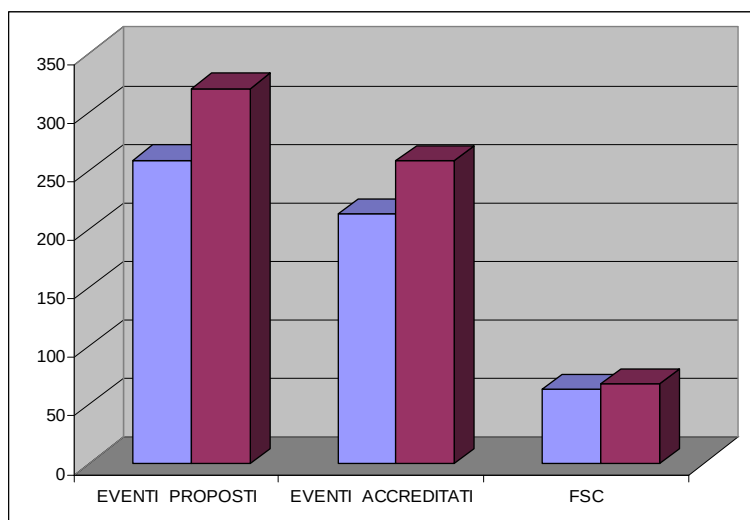
Le metodologie e le tecniche specifiche a disposizione della formazione si possono ricondurre alla formazione residenziale, alle forme di riflessione sul lavoro quotidiano, sulle esperienze professionali e organizzative con l'attenzione al miglioramento continuo (formazione sul campo), alle modalità della formazione a distanza con l'utilizzo delle tecnologie informatiche, ai percorsi di auto formazione (letteratura scientifica...) e alle forme di scambio e di confronto tra le comunità professionali. In particolare per quanto attiene la formazione sul campo si vuole sottolineare il valore fondamentale della stessa perché si basa sulla ricchezza del valore del lavoro come "apprendimento e produzione di conoscenza".

La formazione vista come azione strumentale al miglioramento dei servizi richiede il coinvolgimento in prima persona delle "responsabilità" aziendali della "produzione" e della innovazione dei processi produttivi (Dipartimenti, Presidio- Distretto-programma aziendale...) così come definito dall'Atto e dai regolamenti aziendali. Le direzioni hanno ben definito con i piani delle azioni e i programmi di lavoro le prospettive di sviluppo e/o di miglioramento, così come conoscono le necessità dei propri collaboratori e le attese di cittadini e infine hanno la percezione concreta di ciò che è legittimo mettere in campo nel rispetto dei mandati e dei vincoli organizzativi.

Nella definizione generale della programmazione formativa 2008 si incontrano perciò tre esigenze diverse:

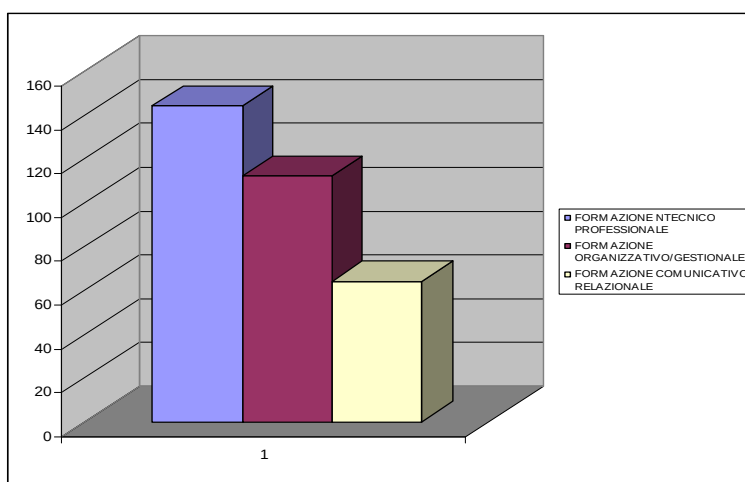
- le strategie di sviluppo della intera azienda che traducono gli indirizzi proposti dal PAL e dalle direttive regionali ;
- i fabbisogni di sviluppo specifici delle varie articolazioni organizzative coerenti con le strategie aziendali;
- le specificità di ogni articolazione organizzativa e di specifiche comunità professionali e di pratica.

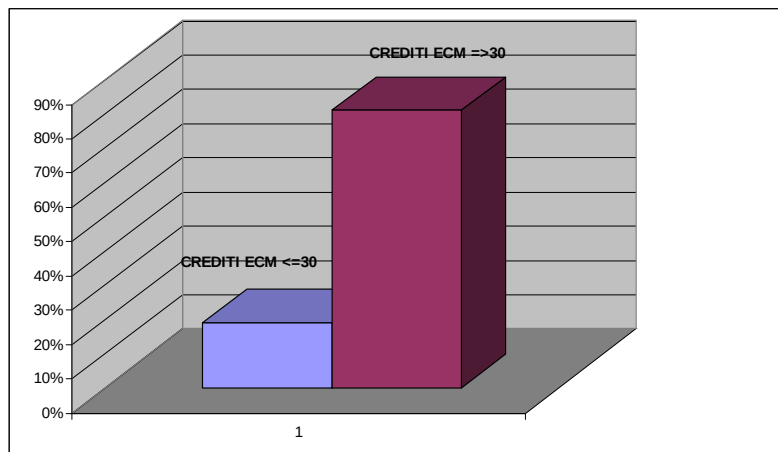
Le varie proposte formative trovano comunque evidenza in un disegno espresso dal Piano di Formativo 2008, dove ogni esperienza ed ogni evento viene legittimato come risorsa per lo sviluppo del sistema “azienda”.



Nel 2008 si registra un incremento del fabbisogno formativo programmato del 23%,: 320 le proposte formative 2008 (259 nel 2007) di cui 258 inserite in accreditamento (213 nel 2007).

La finalità formativa evidenzia una distintività tra: formazione tecnico professionale (144 eventi); formazione organizzativo/gestionale (112 eventi);comunicativo relazionale (64 eventi).



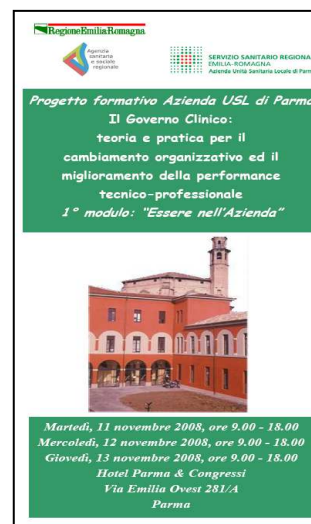


Nel 2008 sono stati formati 2050 professionisti di cui 490 di strutture convenzionate. Percentualmente il numero di dipendenti che ha acquisito fino a trenta crediti è il 19% , mentre il restante 81% ha acquisito oltre i 30 crediti , proiettando una stima di produzione aziendale di circa 55.000 crediti ECM. Non si evidenziano profili professionali che non abbiano acquisito crediti ECM nel corso del 2008.

Alcuni percorsi formativi si sono differenziati dagli altri per caratteristiche di innovazione, importanza dei contenuti e ricaduta organizzativa. Tra quelli di maggiore rilievo si ritiene utile citare i seguenti:

- Il governo clinico come elemento in grado di “misurarsi con la complessità” dei punti di vista, delle opzioni assistenziali, delle connessioni tra le cose che si fanno e i bisogni di sviluppo richiesti. Su questo già nel 2008 partirà un percorso orientato alla creazione di condizioni che favoriscano decisioni integrate dove i saperi diversi si incontrano e contribuiscono a valorizzare tutti i contributi.
- Lo sviluppo di competenze manageriali per le figure di responsabilità sanitarie infermieristiche e tecniche (in collegamento con il Master attivo in Management).
- La formazione di tutor per accompagnare i tirocini nella formazione di base e post-base/specialistica considerando questa esperienza vissuta dalle strutture come una grande opportunità di apprendimento.
- L'integrazione garanzia della continuità di cura le proposte di formazione hanno posto attenzione ai rapporti tra ospedale e territorio, tra acuzie e cronicità, tra sanitario e sociale, tra pubblico e privato...garantendo da una parte attenzione alla equità e dall'altra alla accessibilità.

Le strategie di sviluppo della intera azienda che traducono gli indirizzi proposti dal PAL aziendale e dalle direttive regionali ,nella logica della condivisione degli aspetti di programmazione e di condivisione dei risultati



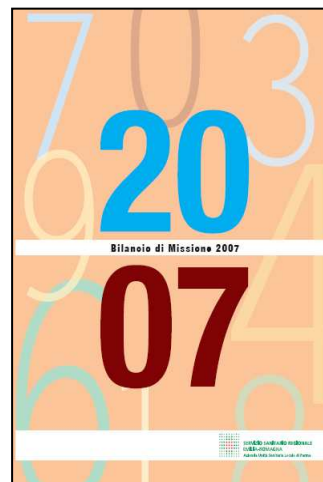


Sulla base dell'analisi del contesto e dell'esperienza 2008, la Unità Operativa di Formazione aziendale ha individuato alcune linee di indirizzo 2009 che sintetizzano a seguito:

1. Ricercare strumenti che favoriscano la possibile evoluzione alla pluriennalità del Piano Formativo.
2. Orientare sempre più la formazione allo sviluppo del "saper fare" specifico (competenza) attraverso il miglioramento sia della didattica

d'aula sia con l'introduzione di altre tipologie di formazione fuori aula (e- learning, formazione sul campo) visibilità istituzionale

3. Migliorare la qualità del processo formativo rafforzando la capacità dell'azienda a gestire sia in termini qualitativi che in termini di efficacia ed efficienza, il processo di realizzazione della formazione: dall'analisi dei bisogni formativi, alla valutazione dei risultati, alle metodologie adottate, ai meccanismi operativi, al sistema informativo della formazione
4. Articolare l'offerta formativa 2009 su dodici traccianti, affiancando alla proposta tecnico specialistica, che costituisce nell 'anno in scorso l'asse portante del piano, la formazione manageriale e strategica secondo il modello trasversale rispetto alle competenze dei destinatari.



SEZIONE 5 - SISTEMI DI RELAZIONE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

RUOLO E STRATEGIA COMUNICATIVA

In un'Azienda Sanitaria il tema degli strumenti di comunicazione e dei modelli relazionali è centrale per lo sviluppo e la qualificazione dei servizi rivolti ai cittadini.

La comunicazione migliora il rapporto con l'utenza valorizzando il cittadino come soggetto attivo con diritti inviolabili (partecipazione, accesso, informazione, trasparenza, tutela) attraverso un'azione sanitaria volta agli obiettivi di salute.

In un contesto ampio come quello della provincia di Parma, la comunicazione riflette l'esigenza di migliorare gli interventi nell'universalità ed equità di accesso ai servizi in duplice prospettiva:

- da un lato l'azione comunicativa deve garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie promuovendo la salute nei contesti della programmazione negoziata che vede attori attivi i professionisti della salute, i cittadini e le istituzioni;
- dall'altro, la capacità di lettura del bisogno e l'orientamento delle azioni per la salute deve maturare attraverso la sensibilità d'ascolto dei professionisti e dell'Azienda valorizzando suggerimenti provenienti dall'esterno (cittadini, enti locali, associazioni, sindacati, opinione pubblica, mass media) e dall'interno (professionisti, operatori, collaboratori).

Sul versante della programmazione negoziata, ed in piena attuazione delle indicazioni contenute nella L.R. 29/2004, attraverso la comunicazione l'Azienda deve dare diffusione ad alcuni ambiti specifici:

- la promozione di stili di vita, atteggiamenti e comportamenti favorevoli alla salute;
- la promozione di un efficace ed efficiente utilizzo dei servizi sanitari che non si limiti alle informazioni relative all'accesso ma crei i presupposti, fra tutti gli attori della rete, per una fruizione appropriata.

In ambito aziendale l'Ufficio Comunicazione è quindi il perno di una rete di informazione e di ascolto che deve tendere, in forma coordinata ed integrata, al miglioramento continuo dei servizi.

Sul versante della comunicazione interna, sono migliorati gli strumenti di diffusione delle scelte organizzative e gestionali, nella consapevolezza che solo tale processo favorisca la qualità del clima organizzativo e, di conseguenza, dell'assistenza.

Il "Piano di comunicazione aziendale", approvato dal Collegio di Direzione, ha definito come obiettivo qualificante la ricerca di sinergie e modalità di lavoro integrate per ottimizzare l'attività di strutture ed operatori che si occupano di informazione e comunicazione, investendo sulle persone, su capacità e potenzialità comunicative confacenti alla complessità organizzativa aziendale ed alle caratteristiche del territorio.

LA COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI

Il contesto della comunicazione per l'accesso ai servizi richiede molta attenzione: in esso si stanno consolidando strategie di empowerment della popolazione e di corresponsabilizzazione del cittadino-utente nella gestione della propria salute.

La comunicazione serve a far conoscere i servizi, accoglie ed orienta l'utenza, garantisce l'informazione sui percorsi, facilita il corretto utilizzo dei servizi nonché la loro valutazione.

La corretta integrazione dei sistemi informativi, in particolare fra tematiche sanitarie e sociali, avvicina l'organizzazione e il cittadino. In tal senso la comunicazione per l'accesso ai servizi si sviluppa, da un lato nella crescita delle funzioni di coordinamento e di collegamento con il cittadino-utente per la condivisione della programmazione, dall'altro nello sviluppo di strumenti informativi capaci di cogliere le necessità dell'utenza con particolare attenzione agli anziani, immigrati, disabili, popolazione femminile, famiglie, badanti definendo di volta in volta strumenti comunicativi mirati alle nuove esigenze delle suddette tipologie di utenza. Particolare attenzione, inoltre, è stata rivolta alla predisposizione di materiale informativo plurilingue, a supporto di servizi di mediazione culturale per facilitare l'accesso ai servizi.

I MECCANISMI DI COORDINAMENTO

Il filone centrale dei meccanismi di coordinamento nell'azione comunicativa aziendale ha trovato un'importante consolidamento sul versante delle relazioni con i Comitati Consultivi Misti e con gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP).

L'impegno reciproco con i Comitati Consultivi Misti ha consentito la condivisione delle progettualità relative alle scelte organizzative ed ha posto attenzione alla promozione della salute e al miglioramento dei percorsi di accesso per i cittadini.

In questo quadro di collaborazione, oltre alle riunioni periodiche distrettuali, si segnalano: il "coordinamento di gruppi di lavoro distrettuali per la realizzazione di guide ai servizi sanitari di distretto"; il "coordinamento di un gruppo di lavoro per la realizzazione di una guida ai Medici di Medicina Generale", la "distribuzione coordinata e condivisa di materiale informativo sulle campagne di comunicazione sanitaria promosse sia dall'Azienda che dalla Regione Emilia-Romagna"; la "somministrazione di questionari", la "realizzazione di campagne informative aziendali sia generali che specifiche sui temi della salute e sull'accesso ai servizi"; la "realizzazione di materiale informativo (depliant, manifesti, ecc.) a supporto delle azioni comunicative ai cittadini".

D'altra parte anche l'azione di coordinamento degli Uffici Relazioni col Pubblico ha consentito di promuovere un'immagine unitaria dell'Azienda, accrescendone la visibilità e la trasparenza, con l'obiettivo di favorire una comunicazione efficace attivando percorsi per la gestione dei reclami e potenziando le iniziative di miglioramento del sistema nella qualità percepita.

Allo scopo, in questo ambito si segnala la continuazione della valutazione dei reclami presso gli Uffici Relazioni con il pubblico distrettuali e aziendali, con la produzione di una reportistica con cadenza semestrale che analizza tutte le segnalazione dell'utenza.

GLI STRUMENTI PER L'ACCESSO

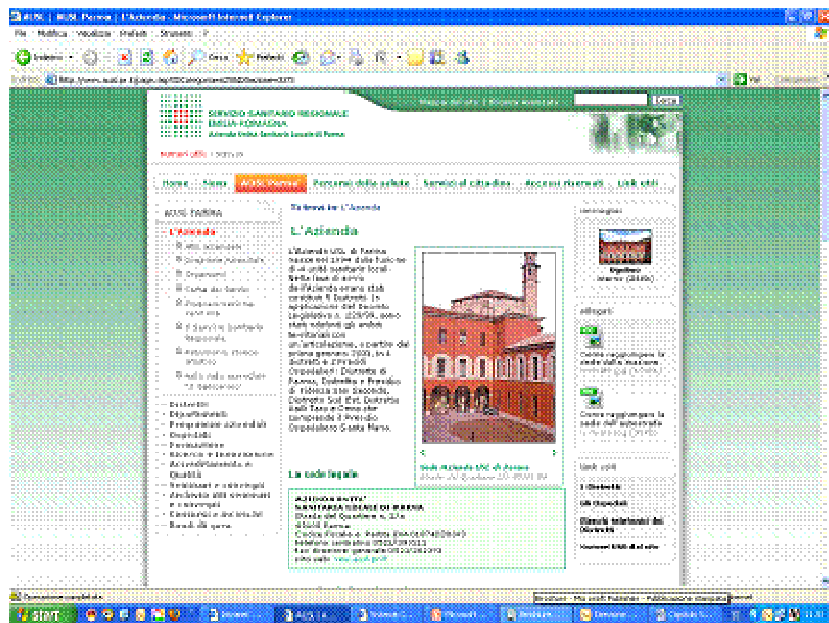
La produzione informativa aziendale per la garanzia dell'accessibilità è stata caratterizzata nel corso del 2008 da un rafforzamento degli strumenti rivolti al cittadino sia sul versante tradizionale della produzione di documentazione, sia soprattutto sul versante dei servizi WEB.

Nell'ottica di facilitare l'accesso ai servizi e raggiungere un sempre maggior numero di cittadini, l'attività di informazione-comunicazione ha rafforzato il sito web aziendale www.ausl.pr.it.

Al riguardo, oltre alla fase di armonizzazione/aggiornamento costante dei contenuti già presenti nel sito, sono state realizzate macro-sezioni su diversi temi; tra questi si segnalano in particolare: Corsi per alimentaristi, sezione informativa sulle farmacie, anziani, consulenza, campagne informative regionali, Atto aziendale, elenchi telefonici distrettuali

LO SVILUPPO DEL SITO INTERNET

Nel 2008 il sito ha consolidato le sue attività dopo la totale revisione, sotto il profilo informatico, avvenuta nel 2006 per ottenere un prodotto con moderne potenzialità in grado di agevolare il dialogo interattivo con il cittadino.



I dati del 2008, riguardanti gli accessi alle pagine del sito dell'Azienda USL, mostrano un elevato gradimento degli utenti: è significativo il numero di pagine viste 954.978 (pagine visualizzate) e di visite che nel 2008 sono state 226.658 (tutte le pagine visitate da un utente durante la sua permanenza sul sito). Rispetto al 2007 i dati si sono stabilizzati e confermano il permanere del gradimento degli utenti rispetto al sito; anche le richieste che

pervengono tramite lo "Scrivici" sono in costante aumento: n. 135 nel primo semestre 2008 e n. 105 nel secondo semestre. Ad ognuna di queste richieste è stata data risposta via e-mail con l'ausilio del personale dei servizi aziendali interessati dagli stessi quesiti.

Ricordiamo il bimestrale di informazione sui farmaci “Farmanotizie” visibile sul sito web nella parte riservata ai Medici di Famiglia e Pediatri Libera scelta e inviata via e-mail attraverso i Dipartimenti di Cure primarie.

Il consolidamento e lo sviluppo dei progetti informativi on-line

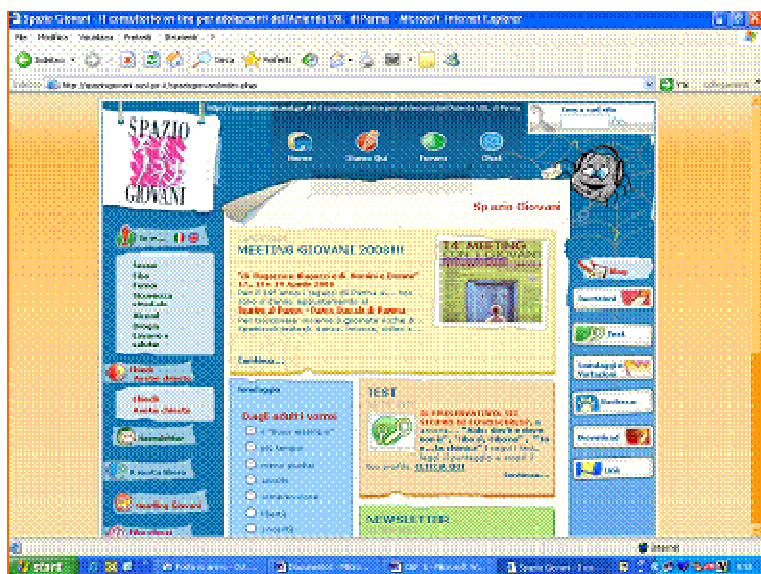
Sito web “Informarsi è Formarsi”



La Rete dei Servizi provinciali, aziendali ed ausiliari, che fa riferimento al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda Ausl di Parma, ha attivato un sito web per la formazione come strumento a favore delle opportunità informative, formative e di comunicazione degli operatori della rete dei servizi. Tale strumento vuole essere innanzitutto uno spazio che permetta alle diverse parti del sistema dei servizi di comunicare tra loro. Sono infatti pubblicati tutti gli eventi

formativi appositamente dedicati agli operatori che lavorano in questo ambito. In secondo luogo si pone come un mezzo per facilitare la memoria e l'auto-osservazione di ciò che l'équipe formazione e la rete dei servizi hanno costruito, e vanno costruendo, negli anni. L'intento è di far crescere la consapevolezza della rete e le possibilità di confronto con gli altri attori del sistema. Il progetto e' stato co-finanziato dalla regione Emilia Romagna in quanto progetto di modernizzazione.

Il sito dello Spazio Giovani



In un'altra sottosezione del sito aziendale è possibile accedere alle informazioni e ai servizi offerti dallo Spazio Giovani: Consultorio dell'AUSL di Parma, riservato agli adolescenti. Le informazioni che si possono reperire riguardano in particolare le consulenze specialistiche sui temi dell'affettività, sul rapporto con genitori e pari, su sessualità, contraccezione e gravidanza fornendo anche specificazioni per l'accesso ai servizi.

Un'iniziativa che viene

ampiamente descritta è quella relativa al Meeting annuale dei giovani: momento di incontro e di riflessione sui temi importanti del mondo giovanile e momento di condivisione culturale.

Il Progetto Prove di volo

In una sottosezione del sito aziendale <http://www.ausl.pr.it/provedivolo> è possibile accedere all'evoluzione delle informazioni del progetto Prove di volo che si pone l'obiettivo di offrire risposte efficaci e innovative alle diverse forme di disagio che interessano la popolazione giovanile di Parma e provincia.

I servizi di sportello unico

Attraverso il sito aziendale si può accedere (link utili) alla sottosezione autonoma dello Sportello Unico Distrettuale. Tale portale web, costantemente aggiornato, consente ai cittadini e agli operatori di disporre di informazioni sugli orari, sulle sedi e sulle modalità per l'accesso ai servizi di Sportello Unico. E' presente anche un'area riservata agli ambulatori per scaricare modulistica e certificazioni utili agli utenti al momento dell'accesso ambulatoriale.

Saluter

Si è data continuità alla collaborazione che l'Ausl di Parma realizza nell'aggiornamento della parte dinamica del portale regionale Saluter con le informazioni aziendali: notizie, appuntamenti, argomenti all'ordine del giorno, newsletter, contatti con i navigatori e nella redazione delle sezioni "in esclusiva per", con particolare riferimento all'area riservata agli operatori sanitari. E' attivo anche il collegamento con il sito internet dell'Azienda, non solo da punto di vista informatico, ma anche sul piano dell'impostazione logica e dei contenuti.

LA RASSEGNA DELLE DOCUMENTAZIONI E DELLE PUBBLICAZIONI

La carta dei servizi, le guide informative, i pieghevoli e le brochures

Sul versante della produzione degli strumenti di comunicazione l'Azienda ha cercato, anche per il 2008, di privilegiare quelli utili a favorire l'accesso ai servizi. In questa direzione oltre a guide e pieghevoli sono state realizzate anche locandine informative, distribuite nei vari punti di accesso ai servizi sanitari e presso gli studi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

A seguito del completamento di un percorso di partecipazione interna intrapreso, è stata realizzata, stampata e diffusa la Carta dei Servizi, oltre opuscoli ad hoc che diventeranno parte integrante della Carta stessa, è stata terminata la stesura di una guida ai Medici di Medicina Generale, è stato coordinato il percorso per la stesura delle Guide Distrettuali, che avranno uguali contenuti e formati in tutti i Distretti. Inoltre è stato realizzato e diffuso l'opuscolo "Percorsi appropriati nella patologia osteo-articolare".

Un'importante rilevanza è stata data alla pubblicazione "Il Bilancio di Missione dell'AUSL di Parma. Anno 2007" divulgato all'interno e all'esterno, con una giornata di approfondimento e la successiva pubblicazione sul sito aziendale e sul sito Web.

Sinteticamente si segnalano le iniziative e pubblicazioni principali:

- è stata realizzata una raccolta annuale di tutti gli "Informasalute" pubblicati nel 2008 in una

rassegna che contiene anche una guida pratica con riferimenti, consigli, numeri e indirizzi.



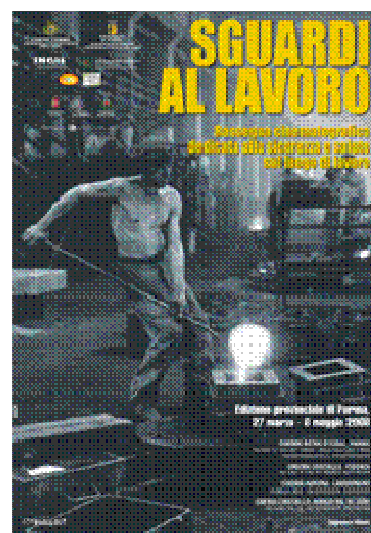
- sono state predisposte locandine informative sui temi della salute fra cui si segnala quella realizzata per la giornata mondiale del Diabete tradotta in varie lingue;



- nell'ambito del "Progetto di promozione della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, a partire dai banchi di scuola" è stato avviato il concorso per l'iniziativa "Un patentino per la sicurezza". L'evento promosso da Inail, AUSL, Provincia, Comune di Parma e Ufficio Scolastico Provinciale, rivolto agli alunni delle scuole elementari, medie e superiori, per divulgare la cultura della sicurezza nei luoghi di vita e, in particolare, di lavoro;
- a marzo si è svolta la rassegna cinematografica dedicata alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro; "Sguardi al lavoro" è stata organizzata da Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria,

Comune di Parma -Assessorato alle Politiche Culturali-Ufficio Cinema, Provincia di Parma - Assessorato alla Formazione Professionale e Politiche del Lavoro, Inail di Parma, Comuni di Fidenza, Langhirano e Borgotaro, attraverso i Piani per la Salute, in collaborazione con Fondazione Cineteca Italiana di Milano. Si è trattato della proiezione di sei film che affrontavano i vari aspetti della tematica della sicurezza del lavoro, la cui proiezione è stata effettuata nei quattro Distretti dell'Azienda

- si è inoltre consolidata la produzione documentale (pieghevoli, locandine, brochures, cd) che ha accompagnato eventi, convegni, inaugurazioni, anche attraverso la pubblicazione di atti e documenti sul sito aziendale.



LA COMUNICAZIONE PER LA GESTIONE INDIVIDUALE DELL'ASSISTENZA

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza trova una sua importante collocazione nelle interazioni messe in atto dai cittadini (anche attraverso le proprie rappresentanze) per poter attuare scelte consapevoli.

In questa direzione l'Azienda è impegnata a mettere in campo azioni informative per orientare l'accesso ai servizi e alle prestazioni con correttezza ed appropriatezza, a seconda del bisogno sociosanitario espresso. I temi forti delle azioni informative riguardano lo sviluppo di comunicazioni tra medico di famiglia e strutture sanitarie per il miglioramento dei percorsi di cura (Progetto SOLE), sulla prescrizione appropriata dei farmaci per la popolazione anziana, la disponibilità di informazioni e modulistiche per la semplificazione degli accessi, le potenzialità offerte agli attori del sistema dall'implementazione della banca dati del Numero Verde Regionale, l'erogazione del servizio di risposta del secondo livello aziendale dello stesso Numero Verde Regionale.

L'INFORMAZIONE AL MOMENTO DELL'ACCESSO

Lo sviluppo del sistema di comunicazione verso l'utenza ha trovato piena concordanza con l'evoluzione del quadro normativo nazionale con particolare riferimento alla tutela dei diritti dei cittadini.

L'applicazione delle normative relative alla semplificazione amministrativa (DPR 445/2000) e di accesso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (DGR 2142/2000) ha comportato la revisione della modulistica relativa all'accesso, alle certificazioni e alla refertazione. Tale modulistica è presente nei vari punti di accesso dell'utenza ed è scaricabile via web (sottosezione sportello unico).

Un altro importante versante informativo sviluppato è stato quello del consenso informato.

IL CONSOLIDAMENTO DEL PROGETTO SOLE

La rete informativa del Progetto SOLE è stata consolidata nel corso del 2008 attraverso la risoluzione dei problemi tecnici, l'estensione del numero di medici collegati e dei servizi attivi sul territorio.

E' proseguita l'attività formativa rivolta agli operatori CUP dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliera (finalizzata al miglioramento nell'utilizzo delle funzionalità del software e all'incremento delle prenotazioni CUP in SOLE), ai medici MMG (avente ad oggetto funzionalità di cartella clinica, di SOLE, uso del catalogo delle prestazioni SOLE) e ai farmacisti.

In particolare sono stati effettuati una serie di incontri mirati, di carattere divulgativo e formativo, con gruppi di medici finalizzati allo sviluppo del progetto attraverso la condivisione dei

processi e la valutazione degli stati di avanzamento. Ai medici di medicina generale attivati sono stati erogati moduli di formazione, allo scopo di approfondire le funzionalità di cartella clinica utilizzate in SOLE, con il coinvolgimento di professionisti e operatori ausiliari (infermiere e segretarie).

Il progetto SOLE ha introdotto e distribuito nel corso dell'anno ai medici MMG lo strumento della firma digitale e la Carta Nazionale dei Servizi (CNS) quale strumento di autenticazione per l'accesso al portale del progetto.

Inoltre nell'ottica di migliorare la sicurezza e la tutela della privacy, la Regione Emilia Romagna ha emanato con parere favorevole del Garante le nuove linee guida per la raccolta e la gestione del consenso rilasciato dagli assistiti per la trasmissione e la consultazione dei dati sanitari in SOLE.

Lo sviluppo di questi servizi ed i momenti di confronto hanno riqualificato il dialogo tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, Aziende territoriali e ospedaliere ed i cittadini con il fine di favorire i percorsi diagnostico-terapeutici e l'accessibilità ai servizi sanitari.

LE POTENZIALITÀ DELLA BANCA DATI DEL NUMERO VERDE

Nel corso del 2008 l'Azienda ha continuato il lavoro di allineamento e omogeneizzazione della banca dati del Numero Verde Regionale: requisito fondamentale per poter fornire informazioni utili e precise ai cittadini. La banca dati regionale, alimentata da tutte le aziende sanitarie e ospedaliere, contiene informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali erogate dal sistema sanitario, costituisce la base informativa a supporto del servizio di informazione telefonica "Numero Verde" 800 033 033, i cui dati di utilizzo da parte dei cittadini sono in costante aumento. La banca dati, quale riferimento informativo comune all'intero sistema, è centrale anche per gli URP dell'intera rete regionale e costituisce la base per il servizio on-line "Guida ai servizi – informazioni on line" accessibile tramite il portale regionale Saluter e il sito web aziendale.

LA COMUNICAZIONE PER LE SCELTE DI INTERESSE PER LA COMUNITÀ

La comunicazione in questa prospettiva, mira alla definizione ed attuazione di modelli di educazione sanitaria con strategie preventive e di promozione della salute ad hoc, per la graduale modifica dei comportamenti e degli stili di vita. In questo ambito si possono collocare da un lato le attività comunicative rivolte agli utenti al fine di promuovere specifiche azioni di promozione della salute, dall'altro studi e valutazioni svolti (anche in maniera deduttiva) rispetto ai bisogni della popolazione (es. analisi della domanda e del case-mix).

In questo ambito sono state realizzate numerose campagne di comunicazione e informative, tra le quali si segnalano per macro-aree tematiche: Accordo con le organizzazioni sindacali dei Medici di medicina generale e nuovo assetto cure Primarie, Appropriatezza sull'uso dei farmaci, Sicurezza sul lavoro, Accesso alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (Piano dei tempi di

attesa), Campagne di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, Emergenza caldo (con particolare attenzione agli addetti all'assistenza anziani, con prodotti informativi in varie lingue).

LE PROGETTUALITÀ CON LA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

La Legge Regionale n. 29/2004 ha posto l'accento sul ruolo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella programmazione delle strategie e degli interventi, volti alla promozione della salute ed alla prevenzione con il supporto delle Aziende sanitarie. In pratica gli enti locali (attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria con il sostegno delle Aziende Sanitarie) sono promotori delle strategie e degli interventi finalizzati alla promozione della salute ed alla prevenzione.

In questa direzione le azioni di programmazione, sia sotto il profilo dell'innovazione sia sotto quello del consolidamento delle attività, sono state caratterizzate da momenti di comunicazione all'interno delle Aziende, nei confronti degli altri Enti e portatori di interesse.

In tal senso si collocano le fasi relative alla condivisione di progettualità sul tavolo provinciale della programmazione sociosanitaria e quelle di verifica dell'andamento dei progetti relativi ai Piani per la salute. Ognuna di queste fasi ha avuto evidenze comunicative dedicate, con l'attivazione di specifici strumenti in raccordo e sinergia operativa con i servizi e uffici di comunicazione attivi sia presso la Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria che presso la Provincia di Parma, oltre che presso le Amministrazioni comunali parmensi direttamente coinvolte dalle progettualità negli ambiti indicati.

LA COMUNICAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE NEGOZIATA IN AMBITO DISTRETTUALE

I momenti di programmazione in ambito distrettuale, caratterizzati prevalentemente dalla definizione dei Piani delle attività territoriali e dei Piani di zona, hanno visto come prima ricaduta la diffusione informativa nel contesto interistituzionale. E' rilevante sottolineare come il processo di comunicazione nei suddetti ambiti territoriali possa essere un importante supporto alla condivisione e all'attuazione dell'integrazione istituzionale e soprattutto professionale.

LA COMUNICAZIONE E LA PREVENZIONE

Nel corso del 2008 è continuata l'attività di informazione e diffusione degli screening oncologici: in particolare è proseguita la campagna per lo screening del colon retto con momenti d'incontro mirati al secondo round di screening nelle Valli Taro e Ceno. Inoltre è stata realizzata la prima campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV) al fine di sensibilizzare la popolazione giovanile, e non solo, in merito a tale problematica fornendo una concreta opportunità di prevenzione.



E' stata intensa la collaborazione con il gruppo regionale "Informazione e comunicazione in sanità", in particolare per quel che riguarda la campagna di vaccinazione antinfluenzale, la lotta alla zanzara tigre, la prevenzione all'AIDS, i programmi di screening, la donazione del sangue.

Per ciò che concerne la prevenzione degli infortuni sul lavoro si è consolidata l'attività per la sicurezza dei cantieri promuovendo, tra l'altro, una rassegna cinematografica dedicata alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro. E'

continuato inoltre il progetto di promozione della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro a partire dalla scuola "Un patentino per la sicurezza". Tutto ciò per far conoscere a settori di popolazione quali studenti, associazioni di lavoratori, professionisti del settore, l'entità e la portata di un fenomeno ormai divenuto un "problema di salute".

Lo studio dei "determinanti di salute" nelle collettività, quale approccio della medicina preventiva, garantisce il monitoraggio delle condizioni di nutrizione della popolazione, orienta i consumi e gli stili alimentari, vigila sulla qualità nutrizionale dei cibi e delle bevande.

In relazione alla sicurezza alimentare, in particolare all'attività di prevenzione e lotta all'obesità in tutte le fasce di età, sono state realizzate iniziative di educazione alimentare presso le realtà scolastiche della provincia, nei Comitati degli Anziani nonché tra le badanti. Nel corso dell'anno si sono effettuati corsi di aggiornamento sulla celiachia (finalizzati alla protezione dei soggetti malati) per operatori del settore alimentare addetti alla ristorazione.

Il Foromez ha premiato al Forum PA delle 38 esperienze eccellenti della prevenzione italiana e ha assegnato un attestato di menzione speciale ad altre 25 amministrazioni sanitarie dedicate alla prevenzione che, pur non ricevendo ricompense economiche, hanno prodotto pratiche di alta qualità.

L'AUSL di Parma si è classificata con due progetti circa le migliori esperienze di prevenzione a livello nazionale da parte del CCM-Ministero della Salute nell'ambito di "Esperienze Intersectoriali delle Comunità Locali per Guadagnare Salute. I due progetti a cui sono stati assegnati due attestati di menzione speciale:

- Ristorazione scolastica di qualità;
- Scegli con gusto per la salute: cibo, corpo e media.

Il primo progetto educa i ragazzi di varie fasce di età (asili nido, scuole infanzia, primarie e secondarie) ad acquisire, attraverso una ristorazione scolastica organizzata con preparazioni nutrizionalmente equilibrate, buone abitudini alimentari ed un corretto rapporto con il cibo anche in presenza di eventuali patologie (es. celiachia, diabete, allergie...).

Il secondo progetto è finalizzato alla prevenzione del disagio giovanile e dei disturbi alimentari legati all'apporto squilibrato di alimenti; in particolare cerca di favorire corretti stili di vita attraverso l'educazione alla salute con un approccio critico ai messaggi dei media su cibo e corpo, con la conoscenza dei prodotti locali tipici e la pratica di attività motoria quotidiana.

Altra importante campagna di prevenzione realizzata anche a livello locale è quella dedicata alla lotta alla Zanzara Tigre

LA COMUNICAZIONE ESTERNA PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'AZIENDA

Nel 2008 è continuato il lavoro di ricognizione e revisione della segnaletica esistente nelle principali sedi aziendali tenendo conto del processo di miglioramento dell'accoglienza, dando la precedenza, per quanto possibile, alle sedi che erogano prestazioni all'utenza.

In particolare le installazioni di segnaletica dell'anno 2008 hanno riguardato: il completamento Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro; il completamento Presidio Ospedaliero di San Secondo; il nuovo Polo Sanitario di Fornovo; la nuova sede Ser.T. di Parma; il nuovo Polo Sanitario di Collecchio; il Polo Sanitario Parma Ovest.

I RAPPORTI CON I MEZZI DI INFORMAZIONE

Il 2008 ha dato continuità allo sviluppo dell'attività di tipo giornalistico in linea con le normative su stampa, informazione, trasparenza e riservatezza. Le linee delle strategie comunicative implementate hanno privilegiato da un lato temi di informazione sanitaria, legati all'accesso ai servizi e alla partecipazione dei cittadini ai processi di miglioramento degli stessi, dall'altro ambiti quali l'educazione alla salute, ovvero i programmi di prevenzione e la promozione di corretti stili di vita

Nell'ambito della informazione-comunicazione con i cittadini, si segnala la realizzazione dell'insero "Informa salute", la raccolta di tutto il materiale prodotto nel corso del 2007 e 2008, che ha consentito di realizzare una pratica guida, con riferimenti, consigli, numeri e indirizzi, che può essere conservata e utilizzata all'occorrenza, divulgata insieme al quotidiano Gazzetta di Parma in circa 55.000 copie. L'insero inoltre è stato distribuito a tutti i medici di famiglia ed è disponibile nelle principali sale d'attesa delle sedi aziendali.

E' ripresa la produzione della rubrica "Informa salute" su due quotidiani parmensi, appuntamento quindicinale sempre il mercoledì sulla Gazzetta di Parma e il giovedì su L'Informazione di Parma, con nuovi argomenti.

La rubrica “Informa salute” è continuata, altresì, con cadenza quindicinale e varie repliche tra un’edizione e l’altra sulle emittenti televisive locali: Tv Parma, Teleducato e Teletaro. E’ proseguita anche la realizzazione di spot televisivi sulle campagne informative e di comunicazione, sia promosse dall’Azienda che dalla Regione Emilia-Romagna, ai quali si è aggiunta la diffusione di spot radiofonici su Radio Parma sugli stessi temi.

INFORMASALUTE: LA RUBRICA PER LA STAMPA LOCALE

Informasalute è la rubrica pubblicata il mercoledì (ogni 15 giorni) sulla Gazzetta di Parma, ed il giovedì (ogni 15 giorni) su L’Informazione di Parma.

Altre due pagine sono pubblicate, con cadenza mensile, sul magazine Il Mese con capillare diffusione in tutta la provincia.

Nel corso del 2008 sono state realizzate e pubblicate, n. 14 pagine sulla Gazzetta di Parma, n. 16 pagine su Polis Quotidiano (con relativo piè di pagina) e n. 12 pagine su Il Mese.

Questi spazi sono dedicati ai cittadini, per presentare i servizi offerti in città e su tutto il territorio provinciale, anche con informazioni di dettaglio per sapere a chi rivolgersi e come accedere alle prestazioni offerte dall’Azienda USL di Parma. Tutte le pagine informative sono consultabili e scaricabili via web dal sito aziendale e dall’Intranet.

Gli argomenti trattati si rifanno essenzialmente a temi relativi a situazioni patologiche, ai percorsi di presa in carico per i pazienti cronici, alla sicurezza alimentare, alla prevenzione e agli aspetti di programmazione sociosanitaria generale e specifica.

TRASMISSIONI E SPOT PER LE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI

La gamma dei servizi comunicativi che vengono prodotti in partnership e trasmessi dalle emittenti radiotelevisive locali sono:

- Informasalute sull’emittente televisiva locale TV PARMA: è una trasmissione quindicinale di 2 minuti in coda alle sei edizioni del Telegiornale dell’emittente del 1° e 3° giovedì del mese, trasmessa per 10 mesi l’anno. 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. Questo non è uno strumento utilizzato per dare una singola notizia, ma una rubrica i cui contenuti sono opportunamente coordinati con le altre tematiche della comunicazione esterna aziendale, rappresentando così un appuntamento atteso dai cittadini di Parma e provincia. Nel corso del 2008 sono state realizzate n. 14 trasmissioni.
- Informasalute, sull’emittente televisiva locale Teleducato: si tratta di trasmissioni della durata di 15 minuti in onda (comprese le repliche) tutti i mercoledì e venerdì alle ore 19.10 circa, e trasmesse per nove mesi l’anno. Un’ulteriore occasione di divulgazione delle attività della nostra Azienda e un’opportunità per far conoscere il volto degli operatori sanitari, promuovendo un’informazione sanitaria corretta e facilitando l’accesso ai servizi. Nel corso del 2008 sono state realizzate n. 13 trasmissioni.
- Spot da 30 secondi in onda sette volte al giorno, su TV Parma, nei giorni che separano la messa in onda delle trasmissioni di Informasalute, come supporto dell’argomento trattato. Sono stati realizzati n. 15 spot. Nell’ambito della comunicazione attraverso i media televisivi sono

realizzati spot relativi a servizi nuovi e già avviati per le varie fasce di popolazione, uso corretto dei farmaci, donazioni, prevenzione, corretti stili di vita (zanzara tigre, sguardi di lavoro, Hpv, fumo, vaccinazioni, anoressia-bulimia, infertilità, percorso nascita, sito Internet, nuovo tesserino sanitario, guardia medica)

- Trasmissioni sull'emittente televisiva RTA – Video Taro: spazio informativo in onda settimanalmente sull'emittente RTA-Video Taro, il cui segnale è visibile nel Distretto Valli Taro e Ceno. La trasmissione è particolarmente seguita dalla cittadinanza per la specificità locale. La durata è di circa 3 minuti nel TG serale, riguardanti temi per la promozione della salute e l'offerta di servizi sanitari.

Nell'ambito degli spazi di Informasalute su TV Parma e su Teleducato si è posta l'attenzione in particolare sui temi relativi alla prevenzione (alcologica, nei luoghi di lavoro, infortuni sul lavoro, zanzara tigre, vaccinazioni contro Hpv, ecc), donazioni e trapianti, percorso nascita, presentazione dell'Ospedale di Fidenza-Vaio, CCM, meeting con i giovani, utilizzo corretto degli antibiotici.

I comunicati stampa

Il comunicato stampa rappresenta uno degli strumenti di informazione più diffusi, anche nella nostra Azienda. E' redatto in modo accurato, chiaro, completo: occorre, infatti, utilizzare lo stesso linguaggio giornalistico dei destinatari cui si rivolge (i giornalisti delle redazioni) per evitare possibili interpretazioni falsate, fuorvianti, allarmistiche. Nel corso del 2008 l'Ufficio Stampa ha realizzato 196 comunicati stampa, comprese le risposte ai cittadini che si rivolgono alla tre testate della stampa quotidiana locale "Gazzetta di Parma" nella rubrica "Lettere al Direttore".

Le conferenze stampa

Nell'organizzazione complessiva dei rapporti con i mezzi d'informazione sono state organizzate conferenze stampa in riferimento a specifici contesti comunicativi che per la loro portata nei confronti della popolazione richiedevano un ampio ed articolato livello di diffusione. In relazione alle necessità di comunicare a specifici target viene curata la scelta dei relatori e dei materiali informativi per poter raggiungere in maniera chiara e tempestiva anche destinatari non addetti ai lavori. L'Ufficio Stampa nel corso del 2008 ha organizzato 25 conferenze stampa.

LA COMUNICAZIONE INTERNA AZIENDALE

Il sistema della comunicazione interna si è strutturato attraverso due direttrici:

- lo sviluppo di strumenti per la diffusione delle informazioni a tutti gli operatori, al fine di stabilire una forma di conoscenza ampia rispetto all'organizzazione (meccanismi, strategie, obiettivi, ecc.);
- la comunicazione tendente a favorire la riduzione dell'incertezza e diffidenza per aspetti organizzativi non perfettamente conosciuti, anche attraverso progetti di qualificazione, informazione e formazione specifica.

Nella fase operativa è stata data continuità all'uso di strumenti consolidati (Newsletter e Intranet) e sul versante comunicativo si è operato nella direzione della diffusione della programmazione aziendale e dell'accoglienza. Inoltre sono state realizzate alcune iniziative aziendali, sia a livello distrettuale che inter-dipartimentale, sul tema della comunicazione interna finalizzate allo sviluppo delle capacità comunicative dei professionisti dell'Azienda, con lo scopo di creare un sistema di comunicazione aziendale basato non esclusivamente sull'attività e sulla professionalità di alcune strutture dedicate, ma con il contributo e la partecipazione di tutta l'Azienda.

Un ulteriore progetto di diffusione informativa, volto anche al miglioramento delle competenze interne, si è realizzato grazie al consolidamento del servizio di accesso on-line a biblioteche scientifiche.

LA NEWSLETTER "FLASH D'AZIENDA"

La newsletter "Flash d'Azienda" è un documento di sintesi che, a cura dell'ufficio comunicazione, viene redatto mensilmente ed allegato al cedolino del personale dipendente. Rappresenta un importante veicolo di trasmissione delle informazioni soprattutto sulla programmazione e sulle altre notizie riguardanti il contesto sanitario aziendale e provinciale.



La newsletter è presente anche nell'intranet aziendale.

LA RETE INTRANET AZIENDALE E LA RASSEGNA STAMPA ON-LINE

Nella rete Intranet è stato costante l'inserimento di notizie utili per consentire agli operatori di essere informati rispetto a documenti, atti deliberativi, convegni e seminari. In collaborazione con il Servizio Risorse Informatiche e Telematiche, è stata avviata la "nuova rete Intranet" al fine di renderla più ricca di informazioni e facilmente consultabile. Al contempo, nella stessa, si è consolidata la divulgazione, disponibile giornalmente, della rassegna stampa on-line per i livelli dirigenziali aziendali, con la previsione di estendere questo servizio a tutto il personale. Altre azioni di comunicazione interna hanno implementato sulla Intranet aziendale alcune nuove sezioni tematiche, oltre all'aggiornamento costante delle aree presistenti, su temi quali la nuova organizzazione aziendale, il risparmio energetico, le azioni di prevenzione e di diffusione su normative specifiche.

La realizzazione della nuova Intranet aziendale risponde a requisiti informativi, divulgativi e di facilitazione (modulistica) per gli operatori, tra i quali sono stati resi tecnologicamente autonomi i referenti del Servizio personale per l'inserimento nell'apposita sezione interna dedicata ai concorsi, e i veterinari per gli inserimenti nella omonima sezione.

Tutta la modulistica disponibile in formato elettronico, inoltre, è stata inserita nell'apposita sezione della nuova rete Intranet facilmente raggiungibile dalla home page. La sezione modulistica per essere maggiormente fruibile è stata poi suddivisa in sezioni specifiche.

L'ACCESSO ALLE BIBLIOTECHE ON-LINE

Nel corso del 2008, per rispondere ad esigenze sia formative che informative, è continuata la convenzione tra la nostra Azienda e l'Università degli Studi di Parma, per l'accesso del personale dipendente alla Biblioteca Centrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle sue risorse. I servizi previsti che comprendono l'accesso alle banche dati Cochrane Library e Clinical Evidence, ricerche bibliografiche su banche dati specialistiche a richiesta dei singoli utenti, nonché l'accesso alle postazioni multimediali della biblioteca stessa, hanno visto un notevole incremento.

L'ATTIVITÀ COMUNICATIVA ATTRAVERSO MANIFESTAZIONI E CONVEGNI

Nel corso del 2008 l'Azienda ha organizzato vari convegni sia in ambito provinciale che nelle sedi distrettuali. Il significato di questi momenti di confronto si colloca nella direzione della socializzazione dei contenuti con l'obiettivo di gestire e promuovere l'innovazione organizzativa ed il cambiamento culturale-istituzionale.

In particolare nel 2008, attraverso l'attività comunicativa, sono stati coinvolti i professionisti nella condivisione e nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, valorizzando la crescita professionale, l'integrazione sociale e sanitaria, anche in stretto raccordo con le attività realizzate dall'ufficio Formazione aziendale, e dagli stessi vertici direttivi aziendali con la presentazione pubblica del "Bilancio di Missione 2007".



L'Azienda ha approfondito il ruolo della Dirigenza in relazione alle strategie di comunicazione aziendale, soprattutto rivolte verso l'esterno, con la realizzazione di un progetto di formazione in comunicazione rivolto al Collegio di Direzione.

Numerosi sono stati i convegni realizzati nel corso dell'anno, molti dei quali hanno avuto anche ricaduta formativa per molte delle figure professionali presenti in azienda.

Un esempio rilevante è il convegno "SINGOLARE/PLURALE. Attualità del pensiero di Franco Basaglia", dedicato ai 30 dalla Legge 180, che si è svolto in due giornate a settembre alla Reggia di Colorno.


Comune di Colorno

PROVINCIA DI PARMA

ISTITUTO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Regione Emilia-Romagna - Sede di Parma

FONDAZIONE CARIPARMA

MOLO

EGIL

REGGIO EMILIA



Responsabile e segreteria scientifica
Teresa Serra
teresa.serra@libero.it
Comitato scientifico
Teresa Serra
Annamaria Rivera
Responsabile segreteria organizzativa
Aida Cozzi - Annalisa Tedesco
0521 290504

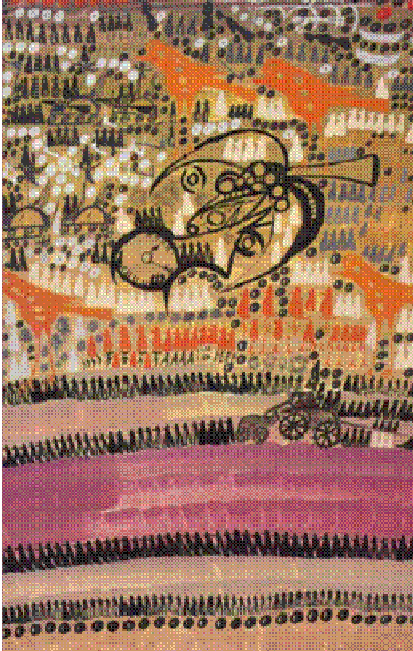
Sono stati richiesti i crediti ECM
Destinatari:
 psicologi, medici, MMG, infermieri,
 educatori, terapisti della riabilitazione.

Modalità di iscrizione
 Inviare la scheda d'iscrizione compilata entro il 1 settembre
 al fax 0521 282278 dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 18.00
 o alla mail convegno@icabiria.net
Si accetteranno le iscrizioni fino ad esaurimento posti disponibili.

Gli spettacoli di Folk Atelier Reggio Emilia, di Lenz Rifrazioni e di
 Terra di Danza sono gratuiti e aperti al pubblico.

SINGOLARE/PLURALE

Attualità del pensiero di Franco Basaglia



Colorno (Parma)
11 - 12 settembre 2008
Reggia di Colorno

SEZIONE 6 - RICERCA E INNOVAZIONE

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.

Viene mantenuta la attiva partecipazione dell'Azienda al Programma Regionale Ricerca e Innovazione (PRI-ER) attraverso alcuni momenti di formazione specifica e la partecipazione al Coordinamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Tali attività favoriscono un nuovo e più maturo approccio alla Ricerca e Innovazione facendo prendere coscienza, anche attraverso il confronto con le altre aziende, della esigenza di migliorare e qualificare sempre di più le attività connesse a Ricerca e Innovazione attraverso la sistematicità di analisi e valutazione delle iniziative e loro coerenza e compatibilità con gli obiettivi strategici aziendali, di articolazione, dipartimento, servizio ed unità operativa. Le altre iniziative fin qui realizzate hanno avuto un'impronta di legame saldo con la specifica realtà territoriale cui facevano capo. Ciò ha comportato un forte riferimento al capitale sociale locale che ha dato ragione della loro originalità ed innovazione.

La creazione di una infrastruttura denominata PROGETTO PONTE: UN PROGETTO DI INTEGRAZIONE AZIENDALE ha migliorato e rafforzato l'attività del settore. Il progetto è un contenitore metodologico applicabile alle strategie della gestione per processi. Si è creata una infrastruttura professionale che attraverso la Formazione (aggiornamento-tutoraggio-formazione personale), la Ricerca (ricerca biomedica sanitaria e ricerca nel campo delle organizzazione della operatività), l'Accreditamento (applicazione e verifica dei requisiti per l'accreditamento-avvio di progetti di miglioramento) e l'Assistenza (governo clinico-assistenziale) sappia governare processi di cambiamento significativo all'interno dell'organizzazione. IL CENTRO DI COORDINAMENTO utilizza i professionisti provenienti dai singoli comparti aziendali per la creazione di un sistema di interrelazioni aperto ed approfondito su progetti di interesse aziendale. Si tratta in sostanza di un supporto di facilitazione e approccio al cambiamento secondo un modello che fa riferimento alla integrazione dei professionisti e al cambiamento culturale orientato ai processi più che alle prestazioni.

Sono stati avviati i seguenti progetti strategici:

Accoglienza:

- Sviluppo delle Competenze in materia di Clinical Governance dei direttori di struttura complessa ospedaliera;
- Sviluppo del governo clinico aziendale con particolare riguardo alla Gestione del rischio (Gestione integrata delle patologie allergiche e Gestione del rischio biologico);

- Implementazione e sviluppo dei processi finalizzati all'accreditamento istituzionale delle strutture afferenti all'AUSL di Parma.

Per ognuno di questi progetti è stata prevista un'analisi del contesto di partenza, la formulazione del progetto di miglioramento, la formazione del personale, l'applicazione di nuovi moduli organizzativi di lavoro, la verifica e ulteriori fasi di miglioramento progettuale.

Tutta la documentazione viene inserita in una Comunità di Pratica "PONTE" aziendale.

Il 2008 è stato caratterizzato dalla stabilizzazione delle metodologie adottate in precedenza e sono stati messi in cantiere e realizzati nuovi progetti che si vanno ad aggiungere a quelli già realizzati in precedenza.

E' stato inoltre nominato il referente Clinico della Ricerca e Innovazione, selezionato tra i primari ospedalieri e individuato quale metodologo e promotore di orientamenti sugli ambiti di ricerca da praticare. Questa nuova figura, che partecipa al Collegio di Direzione, ha favorito la costante attenzione sulle tematiche di ricerca e innovazione e ha collaborato attivamente alla operatività del Collegio in tale ambito. Tra i risultati raggiunti si ricorda l'adozione di modelli semplificati per la selezione/adozione delle tecnologie innovative con una complessiva maggiore appropriatezza e trasparenza. La partecipazione alle iniziative dell'Osservatorio Regionale Ricerca e Innovazione hanno ulteriormente rafforzato la cultura della ricerca.

PROGETTI DI MODERNIZZAZIONE

In questa sezione sono annoverate le principali iniziative storicizzate dal 2005 che hanno visto come partner istituzionale cofinanziatore la Regione Emilia Romagna attraverso i Bandi del Fondo di Modernizzazione e sono state realizzate autonomamente o in collaborazione con altre Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali dell'ambito regionale. Si ricordano:

- "La sperimentazione della Formazione a distanza (FAD) nel piano di formazione annuale" Nel corso del 2006 è stato progettato e realizzato, secondo le modalità previste dalla metodologia FAD, un corso dedicato a 22 Medici di Medicina Generale sulla gestione ambulatoriale dei pazienti in terapia anticoagulante orale. La realizzazione del progetto ha comportato l'adozione di una piattaforma informatica dedicata ed una stretta sinergia tra esperti di formazione aziendali e tecnici informatici consulenti. L'esperienza ha consentito di assicurare una formazione di qualità fruibile dagli ambulatori dei singoli discenti, con ovvi vantaggi;
- "Day Service Ambulatoriale (DSA) integrazione e sviluppo di un nuovo modello organizzativo provinciale" Il 2006 ha rappresentato l'anno di sperimentazione del percorso DSA nelle sedi operative di Borgotaro, Fidenza e Colorno. In quest'ultima è stato avviato l'uso della cartella informatizzata per alcuni percorsi diagnostico terapeutici;
- "Sperimentazione di percorsi integrati tra Comuni e AUSL per mantenere il disabile a domicilio". Il progetto ha raggiunto il suo completamento attraverso l'individuazione di percorsi di facilitazione dedicati alla persona disabile ed alla famiglia per favorire, ove desiderata, una permanenza sicura e protetta al proprio domicilio. Tale progetto realizzato nel distretto Sud Est trova coesione con altri progetti finalizzati alla continuità assistenziale quali la piena messa a regime dell'offerta di servizi presso il Centro di Cure Progressive di Langhirano

e la valutazione anticipata della fragilità nella popolazione anziana. Entrambe le esperienze si sono realizzate con la piena partecipazione dei Medici di Medicina Generale;

- Realizzazione di una logistica comune integrata tra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord per la selezione, acquisizione, gestione e somministrazione dei beni sanitari;
- Realizzazione di una rete territoriale di assistenza integrata dedicata ai cittadini stranieri residenti o temporaneamente soggiornanti; implementazione di un sistema di reportistica dell'attività erogata in regime ambulatoriale;
- Informazione e formazione continua mediante la costruzione di un sito web dedicato agli operatori delle reti dei servizi per le dipendenze patologiche della provincia di Parma;
- Integrazione tra CSM e consultori Demenze senili per l'appropriatezza dei percorsi terapeutico-assistenziali dei soggetti affetti da demenza;
- Progetto di informatizzazione di alcune Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti del Distretto di Parma con collegamento al server aziendale per richiesta, monitoraggio consumi e costi di farmaci concedibili inseriti nel prontuario aziendale;
- Gestione delle vaccinazioni antinfluenzali nella Provincia di Parma, mediante applicativo dedicato Open Source e informatizzazione degli ambulatori dedicati.
- Gestire le differenze nel rispetto dell'equità: strategie aziendali e modelli organizzativi. Questo progetto cui partecipano tutte le Aziende sanitarie Regionali si trova nella piena fase di realizzazione ed ha rappresentato un'occasione fondamentale per svolgere analisi di contesto nei diversi luoghi di produzione dei servizi finalizzata alla valutazione innovative sulla disuguaglianza intesa come diseguità nell'accesso e fruizione dei processi di cura.

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 una sua messa a regime specie per quanto attiene alla telecardiologia, nella rete delle strutture residenziali per anziani, nell'hospice e più di recente nella rete delle cure domiciliari del distretto di Borgotaro. Tali strutture sono dotate di attrezzature collegate in via telematica con il reparto cardiologico del Presidio ospedaliero valligiano ove vengono assicurate le consulenze specialistiche. E' grazie anche all'impegno concreto della Provincia che questo progetto è stato realizzato. Nel corso del biennio 2007-2008 sono state assicurate 200 consulenze negli ospiti delle Case Protette collegate alla rete telematica.

Per quanto riguarda il Distretto Sud Est è stata completata la fase propedeutica che ha condotto alla individuazione delle strutture coinvolte, alla acquisizione degli strumenti di trasmissione dei dati (palari), alla installazione dei collegamenti informatici e alla formazione degli operatori coinvolti. Nel corso del biennio 2007-2008 sono state effettuate oltre 200 consulenze negli ospiti delle sei strutture residenziali per anziani collegate alla rete telecardiologica.

Inoltre, sempre nel Distretto Sud Est, è in corso una sperimentazione avanzata di applicazione della domotica ad appartamenti protetti per anziani con parziale autosufficienza. Il progetto "A nostra Cà" si svolge in collaborazione con la facoltà di Ingegneria dell'Università di Parma, sulla

base di una specifica convenzione, con la Provincia ed il Programma di geriatria territoriale. L'obiettivo primario è quello di assicurare supporti per il mantenimento dell'autonomia residua in anziani ospiti presso strutture della rete assistenziale.

ALTRI AMBITI DI RICERCA E MODERNIZZAZIONE

Non vanno trascurate le innumerevoli esperienze che a vario titolo e con collaborazioni diverse si sono sviluppate all'interno dell'azienda negli ultimi anni:

AREA SOCIO-SANITARIA

- “La gestione dell’anziano fragile” Distretto Sud Est. Il progetto vede la partecipazione attiva del Servizio Assistenza Anziani, Dipartimento Cure Primarie e Medici di Medicina Generale i quali concorrono, attraverso l’applicazione di strumenti di valutazione multidimensionale alla individuazione delle situazioni di fragilità già in ambito domiciliare con l’obiettivo di assicurare una rapida ed efficace presa in carico in caso di necessità. Tale progetto si interseca e completa, in questa specifica realtà territoriale, con la piena messa a regime dei percorsi di accoglienza e assistenza all’interno del Centro di Cure Progressive di Langhirano, attraverso un’offerta modulare e flessibile che si differenzia per modalità, intensità e temporalità a vari target (gravi disabilità, persone in terapia palliativa, ricoveri temporanei). Oltre a ciò si tenga conto che sono stati definiti anche percorsi e supporti specifici per il mantenimento del disabile a domicilio;
- “Modelli assistenziali innovativi nella gestione degli hospice territoriali” Distretto di Borgotaro e Fidenza;
- “Progetto di miglioramento per una più efficace ed efficiente assistenza in struttura protetta” Programma di Geriatria Territoriale. Si sono sviluppati i percorsi di formazione/miglioramento in vari ambiti: qualità dell’alimentazione, piaghe da decubito, contenzione, informatizzazione delle strutture per l’approvvigionamento di farmaci e presidi, valutazione e prevenzione del rischio cadute, assistenza specialistica attraverso percorsi dedicati. L’Azienda USL attraverso il Programma di Geriatria Territoriale ha partecipato alla sperimentazione del sistema RUG per la valutazione/analisi dei processi assistenziali presso le strutture della rete;
- “Riassetto generale organizzativo e funzionale dell’area anziani nell’AUSL di Parma “ progetto di miglioramento svolto in collaborazione tra Coordinamento dell’integrazione socio sanitaria (Area Anziani), Programma di Geriatria Territoriale e Azienda USL di RE;
- “Progetto di miglioramento della committenza e qualificazione della partnership nei confronti del Terzo Settore”. E’ stato attivato un atelier di progettazione rivolto a tutte le figure chiave che, all’interno dell’AUSL, si occupano di committenza, valutazione e processi di miglioramento di servizi e programmi residenziali alla persona, finalizzato alla costruzione di un percorso metodologico condiviso di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali e riabilitativi individualizzati in area residenziale (Centri per minori, Disabili, Anziani, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche). In tale ambito, un tavolo di lavoro articolato in tre sottogruppi ha approfondito i temi del sistema di remunerazione delle strutture per disabili dell’ sistema dell’accreditamento e della raccolta delle buone pratiche, in materia, sperimentate in diverse realtà territoriali. In particolare è stato effettuato un intervento di ricognizione sui

i

dati di costo e di attività di tutte le strutture residenziali per disabili gravi, gestite dall'Azienda USL o esternalizzate a compagini sociali. E' stato predisposto un pacchetto di valutazione del carico assistenziale, dell'assorbimento di risorse assistenziali, delle caratteristiche logistiche , organizzative e gestionali delle strutture al fine di pervenire nel corso del 2007, ad una proposta metodologica per la definizione delle tariffe.

- "Progetto di monitoraggio e prevenzione del rischio di cadute negli anziani ospiti di strutture protette" Il progetto di ricerca-azione realizzato attraverso la collaborazione dei diversi soggetti istituzionali ha portato alla costruzione di una nuova modalità di approccio multiprofessionale ed integrato con un percorso specifico dedicato.

AREA CLINICA E ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI SANITARI

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

- "Analisi dell'appropriatezza prescrittiva per i pazienti anziani nell'AUSL di Parma";
- "Analisi dei profili di salute delle popolazioni in carico ai Nuclei delle Cure Primarie dell'AUSL di Parma".

Questi 2 progetti, coordinati dalla Direzione Generale, si svolgono in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Filadelfia e sono ammessi ad un percorso di sperimentazione sotto l'egida della Regione Emilia Romagna. Essi rappresentano un importante tappa nella messa a punto di processi di Governo Clinico:

- "Incontinenza urinaria, problema al femminile" Programma Salute Donna;
- "Progetto HIV e gravidanza " Programma Salute Donna.

ALTA TECNOLOGIA

- Partecipazione al Progetto di Ricerca Finalizzata ex art.12 "Impatto diagnostico della Tomografia Computerizzata Multistrato (16 e superiori) nella malattia coronarica". Sono stati messi a punto percorsi, processi procedure per la valorizzazione della tecnologia disponibile presso il Presidio Ospedaliero di Vaio-Fidenza ;
- Prosecuzione della informatizzazione dei registri operatori;
- Completamento dell'assessment del litotritore presso l'U.O. di Urologia.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

- Si sta completando l'implementazione dei collegamenti degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale all'interno del Progetto SOLE: accesso alla rete informatica aziendale e relativi programmi e data base mediante collegamenti dedicati. Tale coinvolgimento è stato facilitato dal crescente sviluppo di ambulatori di medicina di Gruppo e di ulteriore affermazione dei Nuclei di Cure Primarie quali elementi costitutivi della rete territoriale di cure primarie;
- Il Dipartimento di Salute Mentale ha completato il nuovo sistema informativo informatizzato dell'Area Salute Mentale Adulti

AREA DELLA PREVENZIONE

Nell'ambito dei Piani per la Salute (PPS) è stato dato particolare rilievo allo sviluppo di alcuni temi che il territorio provinciale aveva indicato come prioritari e cioè sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro e sicurezza stradale. Cui si sono affiancate tematiche relative agli ambiti degli Stili di Vita Sani e il Disagio Giovanile. Le ricerche-intervento promosse dal progetto Prove di Volo si rivolgono in prevalenza a giovani di età tra i 14 e i 30 anni, italiani e stranieri, ma gli interventi riconducibili all'area della prevenzione interessano tutte le fasce di età, con progetti mirati per ciascun ciclo scolastico a partire dall'asilo nido fino alle scuole superiori.

Gli interventi in programma riguardano soggetti che vivono situazioni di:

- disagio scolastico, sia in termini di incidenza dei disturbi di apprendimento sia di problematiche socio-ambientali correlate;
- precocità nel contatto o dipendenza da sostanze psicoattive;
- comorbilità psichiatrica associata a comportamenti di abuso;
- disturbi emozionali e della personalità;
- disturbi psicogeni nell'area dei comportamenti alimentari (anoressia, bulimia);
- difficoltà nella integrazione al lavoro, precarietà, abbandono, discontinuità e/o processi espulsivi da impieghi scarsamente investiti sotto il profilo motivazionale;
- gravi difficoltà di recupero e comparsa di fenomeni di cronicizzazione, anche in età giovanile, in conseguenza di crolli evolutivi.
- Interventi di promozione della salute con percorsi di formazione socio-affettiva, educazione sessuale, alimentare, prevenzione AIDS, miglioramento dello "stare bene a scuola" e nei gruppi di pari.

Nel corso del 2007, peraltro, si consolidano alcune azioni a conclusione di preliminari sperimentazioni.

Si ricordano fra le altre:

- la ricerca sull'acquisizione del linguaggio in condizione di bilinguismo e plurilinguismo nella fascia di età 0-3 anni, condotta nei nidi in collaborazione con diversi Enti ed Istituzioni della città di Parma: l'Azienda U.S.L., il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma, i Servizi Educativi del Comune di Parma, l'Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie della Provincia;
- la ricerca sulla percezione della condizione psico-sociale delle "seconde generazioni" nelle comunità di immigrati, condotta tra alcune comunità di immigrati e in alcuni Istituti superiori dal Programma Salute Immigrati dell'AUSL in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma;
- la ricerca sull'individuazione precoce del disagio scolastico nel quadro degli interventi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile, condotta nelle scuole elementari e medie di Parma dal SERT di Parma;
- la ricerca sullo sviluppo di una maggiore consapevolezza rispetto al rapporto con il cibo, con il proprio corpo e rispetto ai messaggi dei media e della pubblicità relativi all'alimentazione, condotta negli Istituti superiori dal Programma per i Disturbi delle Condotte Alimentari della AUSL in collaborazione con l'Associazione "sulle Ali delle Menti".

A conclusione, inoltre, del secondo modulo formativo, viene definito il Piano della Salute per l'Area Adolescenziale e Giovanile adottato con delibera n. 813 del 27.12.2007.

Tale Piano si configura come Programma ad Alta Valenza Strategica per offrire risposte efficaci, innovative e continuative alle problematiche legate alle diverse forme di disagio che interessano i giovani di Parma e provincia. Con un nuovo Piano della salute dedicato espressamente a loro, Prove di Volo dà il via a un importante processo di riorganizzazione dei servizi dedicati al benessere giovanile. L'obiettivo principale è di portare a sistema un modello organico di risposte e interventi che garantisca a tutti, utenti e potenziali utenti, un'assistenza integrata e personalizzata a seconda dei loro bisogni. A partire dall'accesso ai Servizi, che sarà più semplice e alla portata di tutti, con una modalità di accoglienza che prevede un punto di accesso, più visibile e immediato, ma anche più neutro, meno connotato in chiave assistenziale. Al suo interno un'équipe dedicata sarà in grado di ascoltare e assistere i ragazzi su problematiche relazionali, affettive ed emozionali, disturbi comportamentali, questioni legate alla sfera della sessualità, al disagio e all'uso di sostanze, ed eventualmente orientarli verso Servizi più specifici.

Il Distretto di Parma sarà il primo a sperimentare questa modalità. Ad ospitare il nuovo punto di accoglienza sarà lo Spazio Giovani, che svilupperà ulteriormente la vocazione di polo di riferimento per la popolazione adolescenziale e giovanile di Parma, nonché per gli adulti significativi. Agirà come un'interfaccia tra i servizi e l'utenza, dando una prima valutazione del caso, fornendo informazioni, consulenza, orientamento e, quando necessario, inviando l'utente al professionista o al servizio di competenza. Manterrà inoltre un collegamento con le scuole, i centri giovani, l'unità di strada, i medici di base, le famiglie, per lavorare in rete con le realtà che si occupano di giovani sul territorio e mantenere alto il livello di prossimità dei servizi.

La riorganizzazione dei servizi dell'area adolescenziale e giovanile consentirà, nel rispetto delle specificità territoriali, l'omogeneità di servizi, percorsi e trattamenti, nell'ottica di superare la frammentazione organizzativa, la sovrapposizione di competenze e ruoli, l'ottimizzazione delle risorse.

Nell'ambito delle attività intraprese a livello di Dipartimento di Sanità Pubblica, per rispondere ai requisiti europei per le autorità di controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare, risulta centrale definire gli strumenti per la realizzazione dei piani di controllo. Pertanto è stato elaborato un software di gestione dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e Servizio Veterinario, utilizzabile anche ai fini della categorizzazione e gestione dei livelli di rischio.

AREA DELLA SALUTE MENTALE

Area Disciplinare di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Nel 2008 è stato implementato il progetto "Piccola Gru". Il progetto, avviato nel 2007, è rivolto a minori in carico a professionisti neuropsichiatri e psicologi del Servizio di NPIA e del Programma Adolescenza e Giovane Età, con l'obiettivo di dare supporto psico-educativo ai minori in situazione di gravità in momenti particolarmente critici e di offrire alle famiglie un valido supporto rispetto al quotidiano ed impegnativo lavoro di cura.

Gli strumenti utilizzati sono: appoggio educativo-riabilitativo a domicilio, affiancamento educativo-riabilitativo esterno al domicilio del minore, accompagnamento del minore per

garantire l'effettuazione di cure, appoggio educativo-riabilitativo per evitare il ricovero in struttura.

Si è inoltre concluso lo studio sugli esordi psicotici in adolescenza, per gli anni 2007 e 2008. Sono state effettuate due indagini sulla qualità percepita presso il Programma Adolescenza e Giovane Età e l'Unità Operativa Semplice di Neurologia Funzionale e di Riabilitazione.

Nell'ambito del Programma Regionale Integrato Autismo, si è attivato un gruppo provinciale, cui partecipano operatori di tutte le Unità Operative di NPIA, con attività di valutazione e monitoraggio delle situazioni in carico, programmazione delle attività formative specifiche ed attività di supervisione.

Area Disciplinare di Psichiatria

E' stata effettuata un'indagine sulla qualità della vita degli ospiti dei Gruppi – appartamento e delle Comunità del Dipartimento di Salute Mentale. Il progetto QoL (Qualit of life) "Valutazione della qualità della vita nelle strutture psichiatriche" ha coinvolto 14 strutture dell'Azienda USL di Parma suddivise in 9 Gruppi – appartamento e 5 Comunità psichiatriche della provincia di Parma. L'indagine si è svolta attraverso l'uso di questionari ed ha coinvolto oltre ai pazienti anche i familiari. L'esperienza si è completata con la realizzazione di tre Focus Group che hanno visto anche la partecipazione del personale di assistenza e cura. L'obiettivo atteso è quello di poter utilizzare le indicazioni emerse dall'indagine per definire strumenti di valutazione di processo e di esito che tengano conto del punto di vista del paziente e della famiglia.

La Polisportiva del Dipartimento di Salute Mentale "Và Pensiero", nell'ambito delle attività sportive e socializzanti effettuate nello scorso anno, ha partecipato alla regata Europea Vela in Testa che si è svolta a Marsiglia sotto il patrocinio del Ministero della Salute e della Gioventù e degli Sport e il Centro Ospedaliero Edouard Toulouse di Marsiglia, con un gruppo di pazienti psichiatrici, operatori e volontari con la finalità di realizzare percorsi di integrazione sociale e benessere psico-fisico.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha programmato tre importanti eventi formativi, di cui due realizzati lo scorso anno, finalizzati all'acquisizione di tecniche per la facilitazione di gruppi di auto mutuo aiuto per pazienti psichiatrici e per i loro familiari. In particolare uno degli eventi, realizzato in collaborazione con la Cooperativa Cabiria e condotto da Ron Coleman, dedicato agli "uditori di voci", è stato attuato in una forma innovativa che ha visto la partecipazione congiunta di operatori, pazienti e familiari.

Il Programma Adolescenza e Giovane età del Dipartimento di Salute Mentale ha effettuato una esperienza presso una fattoria a conduzione familiare, "Farsi un orto ed altro..." , che ha coinvolto un gruppo di giovani ospiti della Residenza di S. Polo, alcuni familiari ed operatori finalizzata a favorire nei giovani l'acquisizione e/o il riappropriarsi di abilità operative e cognitive, la continuità nelle attività, la motivazione e l'attenzione all'ambiente, a sé e al gruppo. L'esperienza, che ha dato buoni risultati, si riproporrà il prossimo anno.

E' stata implementata l'accoglienza dei giocatori d'azzardo grazie anche alla strutturazione di una rete con i medici di medicina generale.

Il Centro Studi per le farmacotossicodipendenze ha condotto in collaborazione col Dipartimento Salute Mentale studi sul temperamento in età scolare e sulla validità degli affidi familiari di minori seguiti presso i Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha aderito ad una ricerca proposta dalla Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria sull'episodio psicotico. Si tratta di uno studio naturalistico, longitudinale, prospettico e retrospettivo sulle dimensioni fenomeniche della psicopatologia presenti nelle fasi iniziali subcliniche e conclamate dei primi episodi psicotici affettivi e non affettivi, negli stadi antecedenti o prodromici e durante il decorso a lungo termine della malattia.

La ricerca ipotizza che la psicopatologia dell'esordio psicotico può organizzarsi in specifiche costellazioni fenomeniche, che queste specifiche presentazioni cliniche possono evolvere lungo definite traiettorie temporali (fasi prodromiche, subcliniche e sindromiche) e che questi profili dimensionali possono predire le future diagnosi stabilite secondo i criteri DSM – IV.

Il Dipartimento di Salute Mentale ha partecipato ad una ricerca informazione indipendente (CHAT) condotta dal più autorevole Centro di ricerca italiano, coordinato dal prof. Michele Tansella, approvata dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Si tratta di uno studio multicentrico nazionale che si propone di studiare le conseguenze, l'esito clinico e tollerabilità del trattamento farmacologico con aripiprazolo e aloperidolo nel potenziamento della clozapina in soggetti con schizofrenia.

Nell'anno 2008 si sono realizzate a Parma tre importanti iniziative di integrazione per utenti dei Servizi di Salute Mentale:

- l'apertura di un atelier stabile di pittura presso il Liceo artistico "Toschi" al quale afferiscono utenti dei servizi e studenti
- l'attivazione di un progetto "Scrittura creativa" realizzato presso il Liceo scientifico "Marconi" finalizzato alla realizzazione di un libro scritto da un gruppo di utenti dei servizi e di studenti
- la collaborazione con la Biblioteca Civica del Comune di Parma e la scuola S.Vitale per stimolare l'utilizzo della biblioteca come risorsa per l'integrazione tra studenti e utenti dei servizi.

L'Azienda USL di Parma ha aderito ad una importante iniziativa promossa dal Ministero della Sanità: "Quel treno speciale per Pechino".

Un gruppo di undici persone composto da operatori del Dipartimento di Salute Mentale e della Cooperativa Cabiria, utenti e volontari, sostenuto dalle Amministrazioni Provinciale e Comunale e dall'Associazione "Và pensiero", è partito da Parma e, insieme a circa 200 persone provenienti da tutta l'Italia, ha raggiunto Pechino soffermandosi nelle città più importanti allo scopo di confrontarsi con altre realtà sulle tematiche della salute mentale.

L'obiettivo generale del viaggio era anzitutto quello di contrastare e ridurre lo stigma e i pregiudizi nei confronti della malattia mentale nella comunità.

Inoltre l'Area Disciplinare di Psichiatria si è impegnata, in collaborazione con la Provincia di Parma, nella realizzazione di un vasto programma di iniziative a trent'anni dalla Legge 180.

In particolare, sono state realizzate due iniziative formative, dal titolo "Superare l'intrattenimento: dal desiderio della persona alla sua identità sociale" finalizzate ad analizzare lo

stato attuale dei percorsi riabilitativi nella nostro territorio, attraverso un confronto con altre realtà importanti ed innovative in ambito nazionale.

Nell'anno 2008 si è data continuità a tre importanti iniziative di integrazione per utenti dei Servizi di Salute Mentale nel Distretto di Parma, realizzate rispettivamente presso il Liceo artistico "Toschi", il Liceo scientifico "Marconi", la Biblioteca Civica del Comune di Parma e la Scuola S.Vitale. Parte degli esiti dei lavori sono stati presentati nel corso dell'anno 2008, altri importanti eventi saranno realizzati nel 2009. In particolare, nell'anno 2008 il gruppo di scrittura creativa, effettuato presso il Liceo Scientifico, ha realizzato un libro dal titolo "Casella Postale Pr. 2008".

Inoltre, si è tenuto un importante convegno dedicato alla pratica dello sport nei servizi psichiatrici che ha coinvolto 5 nazioni Europee (Austria, Francia, Belgio, Inghilterra e Spagna) con l'obiettivo principe di promuovere l'inclusione sociale delle persone con disagio psichico e di sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi della Salute Mentale. Altrettanto importante, a questo proposito, è stata la regata internazionale di vela svoltasi in Bretagna (Francia).

Nell'ambito del miglioramento continuo della Qualità, i "facilitatori" di questa Area Disciplinare hanno realizzato un audit clinico sui Disturbi del Comportamento Alimentare finalizzato a migliorare le risposte fornite dall'intera rete dei servizi deputati alla cura di queste patologie.

A questo proposito, nel Distretto di Fidenza, è in fase di formalizzazione un accordo con l'Ospedale di Vaio per la cura dei D.C.A., nell'ottica del lavoro di rete con il territorio.

Si è attivato presso la Residenza "F.Santi" il Centro di terapia familiare rivolto ad utenti dell'Area Disciplinare di Psichiatria e dei Ser.T. e si sono potenziati in quella sede incontri formativi e informativi dedicati alle famiglie.

Inoltre, si è sviluppata l'attività di sostegno alla creazione di gruppi di auto mutuo aiuto. Lo sviluppo della comunicazione interna al Dipartimento è stato particolarmente curato: il Comitato Tecnico di Dipartimento si è riunito frequentemente per accompagnare e sostenere la fase di riorganizzazione del DSM/DP.

Nell'ambito della collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie, si è attivata, nel Distretto di Parma, la presenza programmata di medici psichiatri nei Nuclei Cure Primarie e si sono realizzati due cicli formativi rivolti ai MMG di Noceto e Busseto.

Si è conclusa nei Distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno una ricerca, sostenuta dalla Regione Emilia-Romagna, sull'appropriatezza prescrittiva negli anziani affetti da disturbi comportamentali nelle Case Protette: i risultati sono stati discussi in un incontro formativo rivolto a MMG, operatori del DSM/DP e operatori delle Case Protette.

Si è inoltre costituito un gruppo di lavoro di professionisti del DSM finalizzato al monitoraggio ed al miglioramento della appropriatezza prescrittiva di farmaci antipsicotici atipici ed antidepressivi.

All'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si è realizzato un corso di formazione sul campo finalizzato all'analisi dei casi ad alta complessità, al quale hanno partecipato gli operatori coinvolti dei CSM e dell'Unità Operativa di Riabilitazione.

Per migliorare l'appropriatezza degli invii e la messa in rete dei posti letto, si è realizzato presso l'SPDC, un coordinamento, chiamato "Cruscotto", per i ricoveri nel Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI) a "Villa Maria" Luigia. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, si sono effettuate importanti iniziative quali l'attivazione di un gruppo di studio per l'intervento sui non-italiani, l'adozione di un nuovo modello di cartella infermieristica e si è effettuata una ricerca particolarmente approfondita sugli interventi effettuati nell'anno 2007, in fase di elaborazione.

AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'Equipe formazione Dipendenze Patologiche, con il contributo delle Aree disciplinari Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute Mentale Adulti, ha effettuato una ricerca, "Pensieri e Parole", rivolta alla popolazione scolastica, sui seguenti temi: la noia, il senso di vuoto, la solitudine, la ricerca del piacere e la loro relazione con l'uso di droghe in giovane età.

La ricerca è stata condotta, attraverso la somministrazione di brevi questionari, in ogni classe degli Istituti partecipanti, raggiungendo circa 800 studenti.

Gli esiti sono stati i seguenti.

Sembra confermarsi l'ipotesi che l'uso di droghe sia associato a piacere ed eccitamento. Secondariamente intervengono disagio (noia) e uso sociale-ricreativo. Questo dato si esprime secondo una logica del divertimento, simile a quella proposta per diversi prodotti di consumo, piacevoli e "performanti".

I risultati della ricerca suggeriscono di riflettere sull'opportunità di recuperare esperienze che facilitino l'individuazione di attività vitali, di interesse e non solo di piacere parziale, in contrasto con l'eccitamento e la frenesia del ritmo di vita, che caratterizzano l'attuale contesto sociale e che possono rendere meno facile da gestire la noia che consegue dalla loro mancanza.

Dal 25 ottobre 2007 è operativo il sito web www.infodipendenze.ausl.pr.it, nato dal progetto Inform@rsi è Form@rsi, realizzato dagli operatori della Rete dei Servizi dell'area Dipendenze Patologiche, finanziato dalla Regione Emilia Romagna nell'ambito dei Progetti di Modernizzazione riconosciuti alla Ausl di Parma.

Gli obiettivi del progetto sono:

- migliorare la comunicazione tra i Servizi della rete, pubblici e del privato sociale, nell'area delle Dipendenze Patologiche e della Salute Mentale, a livello Provinciale e Regionale;
- favorire la crescita di cultura professionale degli operatori coinvolti, anche di servizi differenti;
- aumentare la fruibilità degli eventi informativi e formativi del settore e creare spazi virtuali di comunicazione, anche per la formazione a distanza (ECM).

Attraverso il sito è possibile consultare informazioni e ricevere una newsletter. Il sito è direttamente e costantemente aggiornato da parte degli operatori dei Servizi della Rete che fanno parte della redazione. Inform@rsi è Form@rsi è in comunicazione con l'esterno attraverso la rete internet e con gli operatori dei Servizi iscritti a livello Provinciale e Regionale, attraverso accessi registrati. Il sito permetterà di dare pubblicità agli eventi di interesse per il settore, la condivisione di documenti, pubblicazioni, l'invio di newsletter e forum di discussione.

I Ser.T. sono stati impegnati nei percorsi di Accreditamento Istituzionale. Nel Distretto di Parma si è inaugurata la nuova sede del Ser.T. che ha rappresentato un grosso elemento di novità, in quanto i nuovi locali consentono di realizzare un setting più controllato, di separare le diverse utenze e di creare percorsi differenziati.

Si è dato, nel corso dell'anno, molto impulso ai gruppi di auto-mutuo aiuto: gruppi di genitori di adolescenti utilizzatori di sostanze, gruppi per giocatori patologici (gambling), oltre ai tradizionali gruppi per alcolisti e TD. Si è iniziata un'attività psico-educazionale con i genitori di adolescenti che afferiscono a Mondo Teen.

Nell'ambito del progetto alcol e guida, si sono organizzati corsi per gli istruttori di scuola guida, per favorire la consapevolezza della pericolosità dell'associazione fra l'utilizzo dell'alcol e la guida di automobili. Inoltre, il settore "Alcologia", ha partecipato al progetto "Socrates", progetto di partenariato europeo per la prevenzione primaria dell'uso di alcol nella fascia di età 18-30.

PROGETTO: Singolare Plurale: famiglia, scuola, comunità

Nel 2008 si è dato avvio al Progetto triennale 2008-2010, "Singolare Plurale: famiglia, scuola, comunità", finanziato dalla Fondazione Cariparma e condotto in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma. Il rapporto di collaborazione è regolato da una specifica convenzione in corso di stipula e riguarda, in particolare, un corso di formazione sulle famiglie rivolta a dirigenti e operatori dei servizi aziendali e una ricerca sulle famiglie del territorio provinciale per esplorare i nuovi bisogni e la relazione percepita con i servizi socio sanitari. In parallelo, sono previste una serie di attività articolate in diversi progetti/prototipi cui si rimanda al Progetto per i dettagli e per i necessari approfondimenti. Di seguito si sintetizzano le principali linee progettuali e i principi di fondo che hanno motivato l'iniziativa:

Premessa

La complessità dei mutamenti sociali e culturali che caratterizzano la nostra società ha imposto da tempo profonde modifiche al sistema delle politiche sociali indirizzandole verso processi di sostenibilità dello sviluppo economico e dello sviluppo della qualità di vita. In proposito, si è consolidato un quadro normativo, europeo, nazionale, regionale, che mira alla riduzione delle disuguaglianze e alla promozione della coesione sociale, favorendo diritti di cittadinanza e partecipazione alla vita sociale: diritti sociali come diritti a stare bene attraverso un sistema integrato di interventi e servizi sociali a carattere universalistico. Un sistema di tutele sociali, cioè, che deve garantire alcune prestazioni essenziali a tutti e innanzitutto a chi è in maggiore difficoltà in un'ottica preventiva e promozionale agendo anche sulla normalità e su tutte le dimensioni del vivere sociale, focalizzando l'attenzione alla qualità della vita nelle diverse età, generi, condizioni socio-economiche e di cultura.

In questo contesto, i Servizi sono chiamati ad interpretare la complessità e tradurla in termini di competenze e di azioni coerenti ai nuovi bisogni, a riorganizzarsi e a modularsi funzionalmente nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria, agendo e stimolando la cultura della prevenzione verso tutte le fasce della popolazione strettamente collegati alla prospettiva territoriale della Community Care.

L'esperienza di Prove di Volo centrata direttamente sul versante del benessere adolescenziale e giovanile e indirettamente sugli adulti di riferimento (genitori, insegnanti) ha rappresentato un'occasione importante per affrontare le tematiche di settore in un'ottica di rete (servizi sanitari e

sociali/ comunità) sviluppando vari percorsi di studio e di ricerca-azione, nonché sperimentazioni di progetti/prototipi di carattere clinico/sociale con positive ricadute sul sistema dei servizi AUSL e con l'avvio di un organico modello di risposte socio-sanitarie verso la fascia adolescenziale e giovanile, dalla prevenzione alla cura, a partire dalla valorizzazione dei Servizi specialistici e dalle eccellenze maturate nella positiva esperienza dei Servizi. E' già attiva (delibera n. 813 del 27.12.2007) la ridefinizione del "percorso accoglienza, prevenzione-promozione della salute", è in corso di definizione il "percorso cura".

Con lo stesso spirito di studio e approfondimento clinico/sociale, finalizzato a stimolare e favorire la rielaborazione della complessità, il presente progetto, in continuità con Prove di Volo, vuole focalizzare l'attenzione sulla famiglia nella sua accezione contemporanea e, parallelamente, sulla scuola nella sua interazione con la comunità e con la famiglia. Due agenzie, componenti centrali della comunità e particolarmente interconnesse con la fascia di popolazione infantile, adolescenziale, giovanile. Ambedue risorse preziose per il miglioramento della qualità della vita, ambedue attraversate da profonde trasformazioni e in totale crisi identitaria soprattutto nel loro ruolo di mediazione e di ricomposizione sociale (interculturale, interclassista, interrazziale). Per la scuola si parla, addirittura, di rifondazione nel ruolo formativo-educativo e di risorsa comunitaria.

Per le famiglie, l'esigenza di un riallineamento dei servizi in funzione dei nuovi bisogni deve tener conto non solo delle profonde trasformazioni intervenute, ma anche di riconsiderare il doveroso sostegno all'importante ruolo dei nuclei familiari nel prendersi cura dei loro componenti più fragili (bambini, anziani, disabili fisici e mentali,...), un riconoscere la centralità dei caregiver, un'attenzione organica quale significativo punto di svolta delle politiche socio-sanitarie.

Descrizione del progetto

Nel nostro Paese, parallelamente ai cambiamenti storici e culturali avvenuti nella prima parte del Novecento, emerge una particolare forma familiare, tuttora maggiormente riconosciuta nel contesto sociale, la famiglia tradizionale, che ha saputo svolgere le funzioni familiari descritte, differenziandosi dalla famiglia allargata fino a quel momento più diffusa. Essa ha assunto particolari caratteristiche sul piano strutturale e relazionale: la funzione genitoriale coincide con quella coniugale; la genitorialità biologica coincide con quella socio- affettiva; la cultura della famiglia coincide con quella della comunità; i confini spaziali coincidono con quelli affettivi; i ruoli familiari coincidono con quelli di genere; i membri sono inseriti in una rete di rapporti comunitari; è presente asimmetria nei rapporti tra generazioni e, infine, i ruoli familiari organizzano i comportamenti. Tutte queste funzioni non sono esercitate in isolamento, ma all'interno di significativi legami tessuti con il contesto sociale d'appartenenza che si qualificano attraverso legami di parentela e relazioni con gruppi comunitari (ad esempio parrocchie, associazioni, vicinato...); allo stesso modo l'organizzazione dei rapporti familiari risponde a modelli di ruolo e a norme sociali ben precise e radicate nella cultura d'appartenenza.

Le principali trasformazioni familiari nei rapporti interpersonali riguardano: la riduzione della asimmetria, la prevalenza delle relazioni centrate sui ruoli e la frammentazioni dell'intergenerazionalità. Infine, sempre più numerose sono le famiglie costituite da una coppia con un unico figlio, di conseguenza, con minori risorse relazionali utili a far fronte al ciclo di vita familiare. Le nuove forme e le nuove strutture delle famiglie sono caratterizzate da una serie di discontinuità: la funzione genitoriale non coincide con quella coniugale; le famiglie si articolano attraverso nuclei diversi tra loro intersecati; i ruoli familiari non coincidono con quelli di genere;

alcune famiglie sono attraversate da differenze culturali; i genitori allevanti possono essere diversi da quelli biologici ed essere entrambi compresenti nella vita delle persone. Queste caratteristiche hanno ulteriormente amplificato quel senso di insicurezza di cui già si parlava nell'esercizio delle funzioni famigliari e genitoriali. Le nuove famiglie si trovano così di fronte a nuovi modi di stare insieme, di svolgere le proprie funzioni rispetto al passato. Le questioni di riorganizzazione a livello coniugale, genitoriale e intergenerazionale rappresentano un aspetto trasversale poiché accomunano, pur nelle singole specificità, le diverse forme famigliari.

Infine, le trasformazioni del contesto sociale, caratterizzate da un generale impoverimento e dalla multiculturalità hanno comportato delle modificazioni nella relazione delle famiglie con il contesto sociale stesso. Inoltre, il contesto sociale multiculturale ha contribuito al costituirsi di nuove forme famigliari caratterizzate da multiculturalità, rispetto all'omogeneità della famiglia tradizionale, e ad una differenza nell'accesso ai servizi sociali. L'isolamento rispetto alla rete collettiva ha portato a due tendenze: la prima ha indotto alla privatizzazione e all'isolamento dei nuclei famigliari, rafforzando i confini interni rispetto al mondo esterno, con il risultato di una mancanza di interfaccia comunitaria tra le famiglie e i servizi esperti. Dall'analisi di questi nuovi compiti di sviluppo, risulta chiaro come lo studio delle nuove forme famigliari necessiti l'interrogarsi circa le dinamiche connesse alla genitorialità, all'intergenerazionalità, alle diversità e ai conflitti intrafamigliari e con il contesto sociale.

All'interno dei rapporti con il contesto sociale, la scuola diventa uno degli interlocutori privilegiati delle famiglie e soprattutto nell'età adolescenziale che porta con sé caratteristiche particolari e nuove rispetto al passato.

Oltre ai sentimenti di solitudine e di disagio relazionale, tipici dell'adolescenza come fase della vita, emergono nuove emergenze, nuovi bisogni, nuovi compiti di sviluppo inusuali rispetto al passato: la multiculturalità, il rispetto delle regole, fenomeni di trasgressione morale e bullismo per i quali, spesso, l'istituzione scolastica non sente di avere strumenti efficaci d'intervento.

Il tema della mancanza del rispetto delle regole nelle relazioni fra pari, della maggiore simmetria nelle relazioni con gli insegnanti, e della sgretolata relazione di alleanza educativa fra famiglie e insegnanti, preoccupa oggi molte famiglie e istituzioni scolastiche.

Risulta di fondamentale rilievo anche l'influenza del comportamento dei docenti anche e soprattutto in relazione al compito di trasmissione delle norme istituzionali: laddove esse non siano imposte, ma discusse, negoziate e coerentemente praticate, gli studenti possono sentirsi maggiormente consapevoli e partecipi della costruzione di sistemi di aiuto organizzati e coinvolti nell'implementazione di positivi climi relazionali e normativi, all'interno di contesti scolastici in cui siano le norme prosociali quelle più funzionali e appropriate al mantenimento delle relazioni, alla gestione dei conflitti e alla strutturazione di un'identità, che sia al contempo integrata e valorizzata dai gruppi di riferimento significativi, nonché adeguata all'inserimento "nel mondo adulto".

In sintesi, emerge la necessità che la scuola ricostruisca il suo ruolo comunitario in maniera più partecipata in particolare nei confronti dei destinatari diretti e in generale all'interno del contesto sociale.

Destinatari e dimensione indicativa del bacino d'utenza: alla luce di tali premesse e analisi della situazione attuale le famiglie, la scuola, come elementi imprescindibili del tessuto comunitario, insieme ai servizi socio-sanitari, sono i destinatari individuati dal progetto.

Principi e motivazioni che lo hanno ispirato: fanno riferimento alla presa d'atto di considerazioni scientifiche in merito ai nuovi bisogni delle famiglie contemporanee e dei sistemi educanti e ad esse connessi. Sembrano pertanto emergere nuovi bisogni famigliari.

- 1) In primo luogo le famiglie chiedono di essere accompagnate/coadiuvate dai servizi e dalle istituzioni nell'esercizio delle loro funzioni. Le funzioni familiari hanno cioè sempre più bisogno di una rete allargata di rapporti sociali. All'interno di questo contesto, una riflessione a parte richiede il bisogno di cura: il termine rimanda alle prestazioni dei servizi sanitari e sociali, ma cura sono anche le azioni e le relazioni mosse da affetto, amicizia, solidarietà. Come coniugare, allora, l'attività della cura con quello dei diritti delle persone che curano (caregiver).
- 2) In secondo luogo, le famiglie chiedono di essere accompagnate nel far fronte a compiti di sviluppo nuovi e inusuali, nel trovare e costruire nuove strategie di coping funzionali. I compiti di sviluppo a cui le famiglie contemporanee devono assolvere sono momenti critici fisiologici del ciclo di vita delle famiglie e non possono essere scambiati per dinamiche psicopatologiche. Uno spazio di intervento complesso che, pur attivando percorsi evolutivi, non sia terapeutico in senso stretto; fornisca sostegno facendo leva sulle risorse delle famiglie; aiuti costruendo competenze; offra prestazioni professionali che mirano ad attivare processi sociali solidaristici.

Se il modello di analisi utile alla lettura delle dinamiche interne alle famiglie tradizionali era riconducibile ai concetti di confine/nucleo, bigenitorialità, genitorialità esclusiva e fondata sulla presenza, all'approccio universalistico e all'eterosessismo e alla mera caratterizzazione interpersonale delle dinamiche famigliari, oggi è necessario un cambiamento di tale modello che più si avvicini e colga le specificità famigliari. Risulta quindi necessaria l'adozione di un modello capace di sottolineare come l'interfaccia/plurinuclearità, la multi-genitorialità, la genitorialità diffusa fondata sulle funzioni famigliari, la dimensione culturale, i diversi orientamenti sessuali e l'intreccio tra fenomeni sociali e l'articolazione delle dinamiche famigliari, siano concetti/principi fondamentali per comprendere appieno la complessità delle dinamiche intrinseche alle specificità e ai bisogni delle famiglie contemporanee.

Anche il mondo scuola oltre a quello familiare, si è trovato all'interno di profonde trasformazioni: le scuole sono sempre più "roccaforti" di un sapere tecnico, volto all'apprendimento contenutistico e tecnico e sempre più isolate dalla comunità locale.

Diviene importante attivare il più possibile una comunicazione tra i diversi contesti di gruppi coinvolti (genitori, operatori, docenti, studenti e personale non docente, comunità) nella ricerca di azioni comuni che siano di supporto al lavoro della scuola. Quest'ultimo punto, inoltre, sembra essere una chiave essenziale per l'interruzione di quel circolo vizioso che vede la scuola sempre più confinata alla comunità locale e a sua volta autoconfinantesi.

In sintesi, emerge la necessità che la scuola ricostruisca il suo ruolo comunitario in maniera più partecipata in particolare nei confronti dei destinatari diretti e in generale all'interno del contesto

sociale. Una scuola aperta che riesca ad interpretare un mandato sociale e culturale partecipato e condiviso e che la porti ad affrontare in maniera più adeguata le complessità che la attraversano, senza necessariamente assumerle tutte in carico o, all'opposto, senza per forza delegarle ad altri.

Le risposte ai nuovi bisogni delle famiglie e delle istituzioni scolastiche contemporanee si iscrivono in uno spazio di confine tra i servizi esperti e la comunità sociale.

- attività previste nel progetto

- 1) Ricerca-formazione sulle famiglie rivolta ai dirigenti e operatori dei servizi socio-sanitari AUSL e dei servizi sociali dei Comuni.
- 2) Ricerca sulle famiglie del territorio provinciale per esplorare i nuovi bisogni e la relazione percepita con servizi socio-sanitari
- 3) Sperimentazioni di ricerche-intervento psicosociali nell'ambito dei servizi e della scuola.
 - Le forme di "dialogo" che il progetto si propone di promuovere con le famiglie e i servizi socio-sanitari fanno riferimento a prototipi collocati nei diversi punti del continuum agio-disagio per i quali le famiglie si rivolgono ai servizi e mirano a creare:
 - Azioni di sostegno domiciliare in tutti quei casi in cui ci si trova di fronte ad un ritiro sociale della famiglia
 - Azioni di sostegno psicologico familiare nei servizi dedicati alla psicopatologia
 - Azioni di prevenzione del disagio familiare e di coppia
 - Azioni di consulenza nei casi di disagio non conclamato o/e di agio ma per le quali le famiglie richiedono un accompagnamento momentaneo

Le forme di "dialogo" che il progetto si propone di promuovere con la scuola fanno riferimento a prototipi progettuali che mirano a creare:

- azioni di supporto al ruolo educativo di genitori e insegnanti
 - azioni di miglioramento della relazionalità insegnanti/genitori/figli-studenti
 - azioni di miglioramento dell'interazione della scuola con l'esterno
 - sperimentazioni legati a temi di solidarietà sociale
- 4) Ricerca valutativa degli interventi psicosociali
 - 5) Formazione e aggiornamento.

ATTIVITÀ DEL COMITATO ETICO UNICO

Nel corso del 2007, sono state date vita all'unificazione dei tre Comitati Etici presenti nella provincia di Parma - AUSL, Azienda Ospedaliera, Università, come da indicazioni regionali, nel quadro di riorganizzazione dei Comitati Etici disposto dal DM 12.05.2006, interagendo con le altre due istituzioni interessate; si è così arrivati ad un Comitato Etico Unico, e per la particolare rilevanza istituzionale del tema, se ne forniscono ulteriori dettagli nella Sezione 3 "Obiettivi Specifici di particolare rilevanza istituzionale" del presente documento.

Nei primi mesi del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda USL di Parma hanno perfezionato l'accordo inerente l'istituzione del Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma.

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che è chiamato ad esprimere pareri sulle sperimentazioni cliniche per valutare interventi farmacologici o dispositivi medici, sull'opportunità di studi clinici osservazionali e su possibili sperimentazioni finalizzate al miglioramento della pratica clinica. Il Comitato Etico, che ha anche il compito di proporre iniziative di formazione nel campo della bioetica, può essere consultato inoltre in caso di questioni etiche connesse alle attività scientifiche o assistenziali.

Gli enti istitutivi hanno promosso la costituzione di un Comitato Etico Unico per la valutazione dei protocolli di ricerca clinica come occasione di sviluppo e di crescita dei professionisti, nonché di miglioramento della pratica clinica. A tale organismo viene demandata la regolamentazione di criteri omogenei per l'effettuazione delle sperimentazioni cliniche nell'ambito degli enti di riferimento.

I membri del Comitato Etico Unico della provincia di Parma, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sono stati scelti sulla base delle competenze e dell'esperienza e rimarranno in carica per tre anni.

Nel corso del 2007 è stato progettato e impostato il sito del Comitato, strumento essenziale per assolvere al dovere di trasparenza sui presupposti e sulle modalità dell'azione del Comitato, azione che tuttavia è sottoposta all'obbligo di riservatezza. Il sito è inoltre strumento fondamentale di rapporto con sperimentatori e sponsor attraverso informazioni chiare e univoche e si configura come importante strumento di riferimento per i componenti il Comitato, cui è dedicata un'area riservata.

A pochi mesi dall'insediamento (novembre 2007) è stata altresì istituita la segreteria scientifica del Comitato con personale di formazione scientifica a contratto. La segreteria scientifica ha iniziato il lavoro di analisi e verifica della sicurezza degli studi sottoposti al Comitato, attraverso la valutazione degli eventi avversi, nonché l'analisi dei protocolli sottoposti a valutazione per verificare la completezza dei dati. È in elaborazione il complesso sistema di monitoraggio degli studi, fra i cui obiettivi principali si pone l'attenzione alla corretta applicazione degli strumenti e delle modalità di comunicazione/informazione legate al consenso informato.

SEZIONE 7 - OBIETTIVI SPECIFICI DI PARTICOLARE RILEVANZA ISTITUZIONALE: LA COSTRUZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE

La programmazione negoziata in ambito provinciale ha avuto come asse portante, nel corso del 2008, la definizione delle linee per la costruzione del Piano Attuativo Locale 2009-2011.

In questa direzione la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha approvato due documenti fondamentali: l'Atto di indirizzo e coordinamento ed il Profilo di Comunità quali atti di fondazione del nuovo impegno programmatico triennale.

Tali documenti sono essenziali non solo per la programmazione del nuovo PAL 2009-2011 ma anche per la stesura del Piano di Zona 2009-2011, traduzione in ambito distrettuale dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Si tratta di due elementi significativi per riprogettare il welfare locale e per attivare gli strumenti operativi annuali con i quali realizzare i programmi: i Piani delle Azioni in capo alle Aziende Sanitarie ed i Piani Attuativi in capo agli Enti Locali.

In particolare la costruzione del PAL, che costituisce una profonda svolta nei processi di programmazione sanitaria e sociosanitaria sul territorio, ha visto, nel corso del secondo semestre 2008, un forte impegno dei professionisti delle Aziende Sanitarie Locali nella definizione delle metodologie e degli obiettivi da inserire nella nuova programmazione triennale.

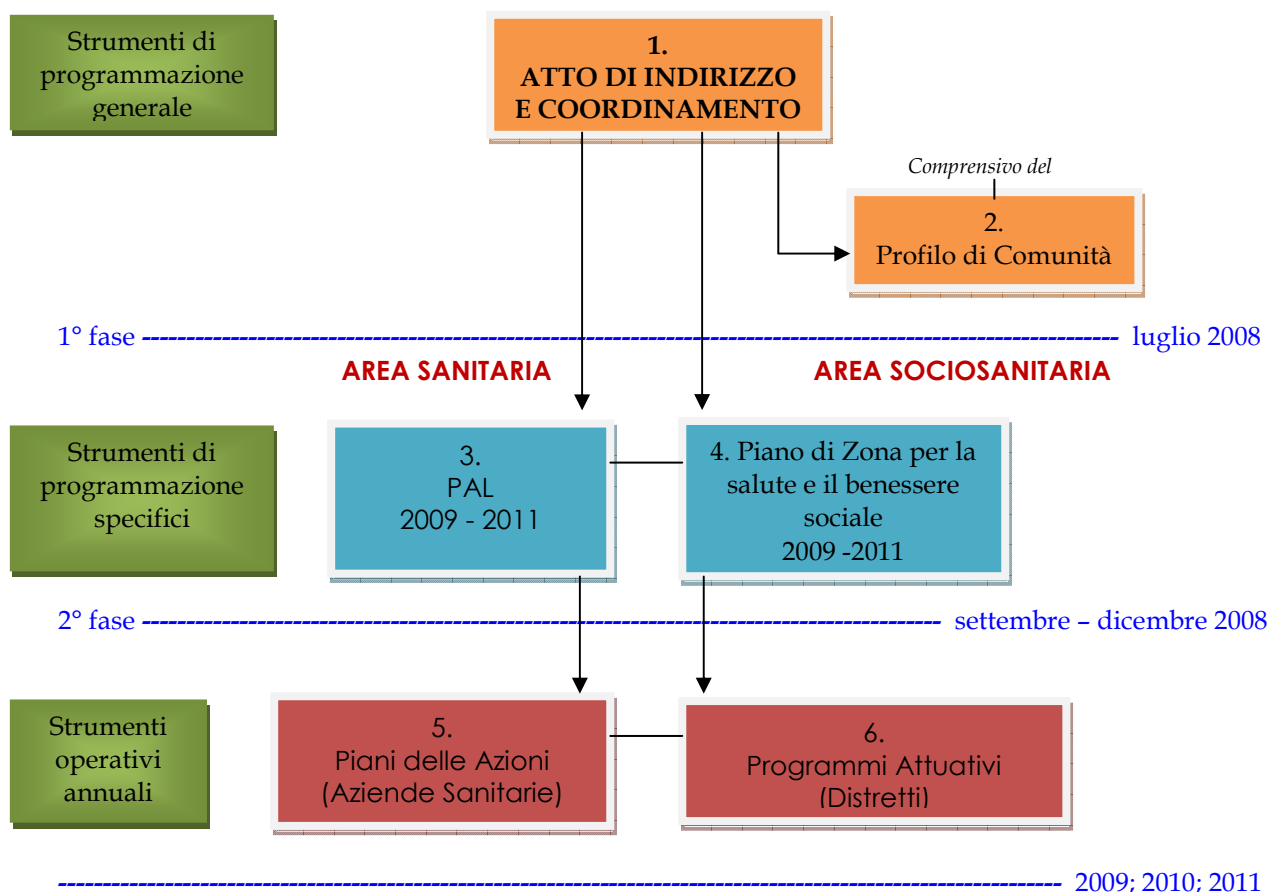
Tale processo rappresenta il tema di maggiore rilevanza istituzionale del 2008.

ATTO DI INDIRIZZO

Il Piano attuativo Locale 2009-2011 si rifà al Piano sociale e sanitario approvato con delibera dell'Assemblea Legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, attraverso una progettualità che si fonda sulla lettura integrata dei bisogni sociali e sanitari, con la partecipazione della comunità ai processi programmatici.

In una prima fase è stato sintetizzato un nuovo strumento di programmazione costituito dall'Atto di indirizzo e coordinamento, che costituisce il quadro di riferimento triennale per la programmazione relativa alla salute ed al benessere. L'atto di indirizzo e coordinamento quindi definisce gli obiettivi strategici generali concordati con gli Enti locali nonché i percorsi dei vari strumenti di programmazione fra cui il Piano Attuativo Locale (cfr. fig. 1).

FIGURA 131 – SINTESI DELLE FASI DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE



Il Piano Attuativo Locale è quindi attivato dall'Atto di indirizzo e coordinamento che ricomprende anche il Profilo di comunità e trova una sua esplicitazione nei Piani delle Azioni annuali dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

In parallelo l'area sociosanitaria viene definita nei Piani di Zona distrettuali per la salute ed il benessere sociale e trova applicazione nei Piani Attuativi Annuali dei Distretti.

FIGURA 132 –CONNESSIONI FUNZIONALI FRA GLI STRUMENTI



Si evidenzia un collegamento funzionale fra gli strumenti di programmazione (cfr. fig. 2) in cui:

- L'Atto di indirizzo si caratterizza per contenuti che devono collegare "storicamente" i processi, cercando di individuare i problemi prioritari, gli indirizzi e linee strategiche da attivare e anche i risultati verso cui orientare la programmazione.
- Il Profilo di Comunità, che sintetizza i dati del contesto attraverso indicatori e trend che evidenziano il senso del cambiamento
- Il PAL ed i Piani di Zona vengono ad assumere, per facilitare le necessarie interdipendenze, una connotazione comune per quanto attiene il processo di costruzione integrata della programmazione negoziata e si caratterizza per specifiche interdipendenze
- Il Piano delle Azioni (di competenza delle Aziende) e i Piani Attuativi (di competenza dei Comitati di Distretto) che devono recepire la programmazione annuale attraverso l'individuazione di azioni, priorità e risorse.

LA DEFINIZIONE DELLE LINEE STRATEGICHE DEL PAL

Il PAL 2009-2011 trova una sua congruenza con i criteri di programmazione definiti dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, ma anche una forte continuità nei contenuti, soprattutto nelle metodologie di costruzione del precedente PAL 2005-2007 che aveva visto nella programmazione un forte coinvolgimento dei professionisti delle varie aree disciplinari mediche, amministrative e tecniche, avvalorato dalla presenza di esterni.

In tale direzione si sono definite le priorità di programmazione rispetto ai bisogni di salute della popolazione, attraverso una lettura articolata del contesto e la modificazione della domanda in relazione ai percorsi e alle attività avviate. Al tempo stesso si è posto

l'accento sulla necessità di operare in un'ottica di miglioramento continuo con attenzione, oltre che ai bisogni, a criteri di efficacia, efficienza ed equità.

LE PRIORITÀ STRATEGICHE

In questo quadro le priorità strategiche per le scelte programmatiche del PAL sono: l'equità e la qualità.

L'equità che rappresenta il consolidamento di un diritto per la comunità rispetto alle opportunità di cura disponibili, attraverso la valorizzazione di due ambiti specifici:

1. **L'accessibilità ai servizi** (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, territoriali ed ospedalieri) che rappresenta un impegno comune a tutto il sistema sanitario e socio-sanitario provinciale.
2. La **continuità assistenziale** (ospedale-territorio e viceversa) che assume un carattere di trasversalità rispetto al sistema di cura in quanto coinvolge una pluralità di professionisti che devono operare in forma sempre più integrata.

La **qualità delle cure** che deve rappresentare un terreno di continuo miglioramento delle modalità di erogazione, di presa in carico e di sviluppo dei servizi e delle professioni, che trova riscontro nei seguenti ambiti:

1. Lo **sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale** che implica uno sforzo nuovo e profondo di rivisitazione dei diversi ruoli nell'organizzazione sanitaria, di formazione continua e aggiornamento, di rapporti più integrati con l'Università, di ricerca di professionisti ad elevato curriculum tecnico-professionale.
2. La **disponibilità di strutture tecnologiche** di avanguardia che deve valorizzare il contesto di ricerca e innovazione sia nell'ambito tecnologico che nei percorsi assistenziali. Tale aspetto deve coniugare lo sviluppo tecnologico con la valorizzazione delle competenze dei professionisti.

LA COSTRUZIONE DEL PAL ATTRAVERSO I GRUPPI DI LAVORO

Il processo di costruzione del PAL 2009-2011 ha visto una forte partecipazione da parte dei professionisti alla definizione del lavoro avviato nel 2008 (con conclusione prevista nel primo trimestre 2009). A tale percorso hanno preso parte 332 professionisti: 186 dell'Azienda Usl di Parma, 95 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e dell'Università degli Studi di Parma e 51 appartenenti a Comitati Consultivi Misti, Istituzioni, Organizzazioni e Associazioni.

Il processo di partecipazione ha visto un contributo attivo di questi attori in due fasi del lavoro di costruzione del PAL:

- Nella definizione di pareri e proposte rispetto all'Atto di indirizzo e coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria che ha visto partecipazione dei Comitati di Distretto, dell'Università di Parma, delle Organizzazioni Sindacali, dei Comitati Consultivi Misti dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Ordine dei Medici, delle organizzazioni sanitarie non mediche e del Terzo Settore.
- Nella fase di elaborazione delle linee di sviluppo del PAL all'interno dei singoli gruppi di lavoro che è stato avviato e troverà conclusione nel 1° trimestre 2009.

I Gruppi hanno approfondito specifiche tematiche in relazione ad obiettivi legati al tema dell'equità e della qualità delle cure.

In particolare, per ciò che concerne **l'equità**, i percorsi strutturati hanno privilegiato l'accessibilità ai servizi e la continuità assistenziale.

Equità: accessibilità

In relazione all'accessibilità sono stati avviati gruppi di lavoro tematici che fanno riferimento alle seguenti schede di sintesi:

Reti cliniche di area pediatrica

Ha visto il coinvolgimento di 24 professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Strutturare la Pediatria di Comunità nei Dipartimenti delle Cure Primarie
- Realizzare delle Unità Pediatriche di Distretto, sviluppare l'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del Governo Clinico volti a favorire l'utilizzo appropriato dei servizi nonché delle Strutture Ospedaliere di Primo Soccorso
- Incentivare lo sviluppo di un piano di formazione integrata, miglioramento dell'integrazione tra strutture ospedaliere pediatriche e territorio
- Qualificazione della Rete Clinica Integrata Provinciale
- Sviluppo di attività di supporto al bambino cronico e al bambino maltrattato/abusato

Emergenza Urgenza

Ha visto il coinvolgimento di **14** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Consolidare l'integrazione tra gli ospedali dell'AUSL ed il sistema di emergenza-urgenza
- Definire protocolli per la gestione dei trasporti secondari tra i centri Hub & Spoke
- Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'offerta
- Organizzare il soccorso sanitario nel caso di maxiemergenze
- Consolidare la collaborazione tra il Sistema dell'emergenza-urgenza e le reti cliniche territoriali di assistenza primaria
- Garantire un adeguato percorso formativo al personale volontario che svolge attività di soccorso e trasporto in emergenza, attraverso l'integrazione tra volontariato, associazioni e aziende sanitarie titolari del sistema di emergenza-urgenza territoriale della provincia di Parma

Percorso di accesso ai servizi di sportello unico

Ha visto il coinvolgimento di **15** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Realizzare l'integrazione tra la rete degli sportelli unici sanitari e rete degli sportelli sociali secondo quanto previsto dalla DRG 432/2008
- Consolidare ed ampliare l'accesso ai servizi di sportello unico distrettuale
- Rafforzare le modalità interazione con il cittadino (es. consultazione dei referti via Web tramite la rete di SOLE)

Reti specialistica, liste d'attesa, governo clinico

Ha visto il coinvolgimento di **25** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Adeguamento dell'offerta attraverso valutazioni coordinate sulla domanda e sull'offerta ed azioni di potenziamento strutturale e rimodulazioni delle attività
- Razionalizzazione della struttura erogatrice esistente attraverso azioni di integrazione organizzativa e sviluppo di percorsi assistenziali di Day Service Ambulatoriale
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'adozione di linee guida e processi di audit
- Miglioramento dell'accesso attraverso i percorsi di accesso alla prenotazione e l'informatizzazione integrata dei percorsi ambulatoriali

Equità: continuità assistenziale

In relazione alla continuità assistenziale sono stati avviati gruppi di lavoro tematici che fanno riferimento alle seguenti schede di sintesi:

Commissione diabete

Ha visto il coinvolgimento di **26** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Implementare il registro di patologia
- Consolidare la gestione integrata applicando nuove modalità di follow-up
- Sperimentare l'applicazione del progetto Sole
- Applicare protocolli condivisi per la fornitura del materiale di autocontrollo della glicemia
- Creare una rete fra le strutture diabetologiche provinciali ambulatoriali e ospedaliere e i rapporti con i MMG

Commissione Insufficienza Respiratoria

Ha visto il coinvolgimento di **15** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Monitorare e consolidare procedure condivise
- Attivare una rete ambulatoriale provinciale
- Controllare l'applicazione delle linee guida

Nutrizione artificiale domiciliare

Ha visto il coinvolgimento di **22** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Valorizzare le professioni sanitarie nel percorso di cura del paziente in congruità ai bisogni emergenti
- Ridefinire le linee guida interaziendali per il monitoraggio dell'attività
- Gestione informatizzata dei pazienti trattati
- Nuove indicazioni in ambito pediatrico

Commissione Rete Cardiologica

Ha visto il coinvolgimento di **29** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Ridefinire la strategia terapeutica della rete IMA
- Costruire una rete per la gestione dello scompenso cardiaco cronico
- Migliorare ed innovare le attività ambulatoriali
- Rafforzare progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari

Terapia Anticoagulante Orale

Ha visto il coinvolgimento di **18** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Migliorare la partecipazione dei medici di medicina generale convenzionati alla gestione del paziente in terapia anticoagulante orale, con particolare riferimento alle zone disagiate della provincia
- Potenziare l'integrazione tra centri di sorveglianza e MMG in specifiche situazioni
- Migliorare la tempestività della consegna del referto/prescrizione ai pazienti afferenti ai punti di prelievo decentrati

Lungodegenza, Riabilitazione, Gracer, Grada

Ha visto il coinvolgimento di **23** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Completamento nonché razionalizzazione della dotazione provinciale di posti letto per Lungodegenze post-acuzie e Riabilitazione Estensiva
- Miglioramento dell'integrazione funzionale e messa in rete delle strutture

Hospice, ADI e Terapia del dolore

Ha visto il coinvolgimento di **26** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Sviluppo della "palliazione domiciliare"
- Coordinamento provinciale cure palliative
- Revisione dei fabbisogni territoriali dei posti letto in hospice

Demenze

Ha visto il coinvolgimento di **29** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Favorire i rapporti con le strutture ospedaliere presenti a livello provinciale
- Dare continuità all'attività formativa rivolta ai MMG organizzati per Nuclei di Cure Primarie
- Migliorare i processi di comunicazione fra consultori e MMG
- Sviluppare il sostegno alle famiglie da parte delle competenze psicologiche e cliniche del consultorio stesso
- Qualificare le strutture residenziali

Per quanto riguarda altri Progetti, si possono citare:

Dialisi

Ha visto il coinvolgimento di **8** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Incentivare la dialisi peritoneale domiciliare
- Favorire l'integrazione sociale e professionale del paziente dializzato
- Rafforzare l'attività di assistenza psicologica al paziente
- Creare sistemi di integrazione professionale tra personale infermieristico dei CAL dell'Azienda USL e personale infermieristico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Diagnosi precoce delle malattie tumorali

Ha visto il coinvolgimento di **20** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Miglioramento trasversale della prevenzione oncologica
- Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening del collo dell'utero, della mammella, del colon-retto

Integrazione socio-sanitaria

Ha visto il coinvolgimento di **18** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Omogeneizzare i criteri di valutazione integrata della disabilità e della non autosufficienza
- Qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire da situazioni gravi
- Sviluppo di programmi di sostegno alle reti socio sanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili e fasce sociali deboli

Reti cliniche territoriali delle Cure Primarie

Ha visto il coinvolgimento di **14** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Strutturazione dei nuclei delle cure primarie
- Sviluppo del chronic care model nella presa in cura di pazienti affetti da patologie croniche
- Valorizzazione delle professioni sanitarie nel sistema delle cure primarie
- Realizzazione di un sistema di verifica della qualità dell'assistenza erogata nelle cure primarie attraverso la definizione dei profili di salute
- Utilizzo di pratiche e strumenti del governo clinico e assistenziale per un uso appropriato dei servizi e l'erogazione di prodotti orientati ai bisogni
- Piena realizzazione del Progetto Sole

Percorso Nascita

Ha visto il coinvolgimento di **20** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Definizione del rischio e aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale
- Migliore determinazione della prognosi e offerta di un adeguato counselling alla donna
- Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la figura dell'ostetrica e sua integrazione con le altre figure professionali nel percorso nascita
- Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e definizione dei ruoli professionali con criteri di pratica clinica basati su prove di efficacia
- Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali delle donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino
- Promozione e sostegno all'allattamento al seno
- Garanzia di corsi prenatali in quanto interventi educativi a tutela della maternità

Politica del Farmaco

Ha visto il coinvolgimento di **12** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Miglioramento dell'integrazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Ausl finalizzata alla continuità assistenziale HT
- Consolidamento dei percorsi di erogazione diretta e/o distribuzione per conto
- Prosecuzione attività informativo-formativa verso medici, farmacisti, operatori sanitari e cittadini
- Sviluppo di farmacosorveglianza attiva
- Attuazione di azioni per il governo clinico dei farmaci nel complesso delle attività scientifiche di cura e delle attività gestionali riferite all'applicazione dei sistemi di sovrapposibilità clinica e di conduzione delle gare

Presa in carico Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e relative fragilità specifiche

Ha visto il coinvolgimento di **39** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Sviluppo di Programmi in merito all'implementazione dell'Area dipartimentale della Psicologia clinica
- Sviluppo di progetti integrati di promozione alla salute e agli stili di vita sani
- Sviluppo del percorso del governo clinico e dell'appropriatezza prescrittiva a livello provinciale (sensibilizzazione dei MMG e specialisti sul corretto utilizzo dei farmaci psicoattivi)
- Facilitare gli accessi e la conoscenza dei percorsi assistenziali all'interno dei servizi dipartimentali
- Riqualificare l'offerta residenziale e diversificare la rete delle strutture residenziali
- Perseguire la individualizzazione dei bisogni e la personalizzazione dei percorsi di cura attraverso relazioni negoziali condivise
- Potenziare il sostegno alla domiciliarità con supporto alla famiglia
- Elaborare percorsi integrati fra MMG e il DSMDP, definire percorsi di ricovero in caso di minori
- Promozione di comportamenti corretti sul luogo di lavoro
- Miglioramento delle relazioni sistematiche tra soggetti in Pronto Soccorso e DSM ai fini della presa in carico e/o continuità assistenziale

Rete HUB & SPOKE. Rimodulazione della rete e nuovi modelli organizzativi

Ha visto il coinvolgimento di **13** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Migliorare indicatori e strumenti di monitoraggio della rete Hub and Spoke esistente per presidiarne i processi valutativi
- Evidenziare nodi della rete ospedaliera
- Arricchire la rete ospedaliera provinciale di ulteriori percorsi strutturati tra Ospedali basati sulla differenziazione per intensità delle cure e relativi livelli di competenze richiesti
- Rivalutare il fabbisogno di posti letto nella rete ospedaliera provinciale per privilegiare un orientamento all'organizzazione in dipartimenti ed aree assistenziali comuni
- Delineare nuovi modelli organizzativi esaminando le relative ricadute sui percorsi formativi dei professionisti

Qualità delle cure: Valorizzazione del capitale intellettuale

Per ciò che attiene alla qualità delle cure, sono state approfondite le tematiche della valorizzazione del capitale intellettuale e la disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia. In relazione alla valorizzazione del capitale intellettuale è stato formato un gruppo:

Valorizzazione del capitale intellettuale

Ha visto il coinvolgimento di **21** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Sensibilizzare direzioni e professionisti attorno al capitale intellettuale
- Promuovere lo sviluppo e l'utilizzo della ricerca
- Favorire il processo del prendersi cura del cittadino utente e della sua famiglia
- Favorire una leadership in grado di motivare scelte, di comunicarle, di sostenerle
- Sviluppare le potenzialità degli strumenti tecnologici come strumenti di scambio tra i professionisti
- Formulare proposte di integrazione/miglioramento dei percorsi di formazione di base, post base e continua
- Sviluppare professionalità più rispondenti ai bisogni dell'organizzazione e dei cittadini
- Sviluppare senso di responsabilità del professionista con competenze trasversali
- Costruire un rapporto con il cittadino di comunicazione efficace, presupposto per un confronto onesto ed aperto attorno a problemi specifici di salute

Qualità delle cure: Strutture tecnologiche di avanguardia

In merito alla disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia sono stati formati gruppi su:

Medicina Nucleare

Ha visto il coinvolgimento di **15** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Favorire lo sviluppo della diagnostica convenzionale in particolare nel settore terapeutico
- Applicazioni PET e realizzazione di un centro PET-Ciclotrone

Radiologia interventistica neuroradiologia pediatrica

Ha visto il coinvolgimento di **12** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Diffondere l'informazione sulle metodiche e sulle potenzialità della Radiologia Interventistica, sulla condivisione delle Linee guida con specifici percorsi diagnostico-terapeutici

Telecardiologia-teleradiologia

Ha visto il coinvolgimento di **23** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Completamento della Rete di teleradiologia e telecardiologia
- Realizzazione della Cartella clinica informatizzata e del supporto metodologico, formativo ed informativo di telemedicina

Radioterapia

Ha visto il coinvolgimento di **8** professionisti

Prospettive di sviluppo e obiettivi specifici per la programmazione di settore:

- Installazione del nuovo acceleratore lineare del percorso assistenziale
- Partecipazione al Progetto Regionale per la valutazione dell'IGRT