

Sezione 2

Profilo Aziendale

PROFILO AZIENDALE

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

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

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

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

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità Economica

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

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

L'Azienda USL di Parma ha chiuso l'esercizio 2011 con un risultato pari a - 0,852 milioni di €; a fronte di incremento dei ricavi, rispetto all'esercizio precedente, pari a 7,606 milioni di euro, di cui finanziamenti regionali aggiuntivi pari a 1,383 milioni di € (+ 0,2 %), si sono registrati costi aggiuntivi pari a 6,315 milioni di € (+ 0,8%). Sull'incremento dei costi hanno inciso in modo particolarmente significativo la maggiore spesa per acquisto di beni.

TABELLA 1 COSTI, RICAVI E FINANZIAMENTO REGIONALE - 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Totale ricavi	759.370	794.000	813.276	820.883
Totale costi	750.594	788.018	805.180	811.495
Finanziamento regionale	683.537	712.744	727.377	728.760
Incremento finanziamento regionale	4,91	4,27	2,05	0,2

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

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

TABELLA 2 RISULTATO D'ESERCIZIO

2008	2009	2010	2011
- 1.988	- 3.698	- 1.750	- 852

Valori espressi in migliaia di euro - Fonte: bilanci aziendali

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

Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica

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

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

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

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

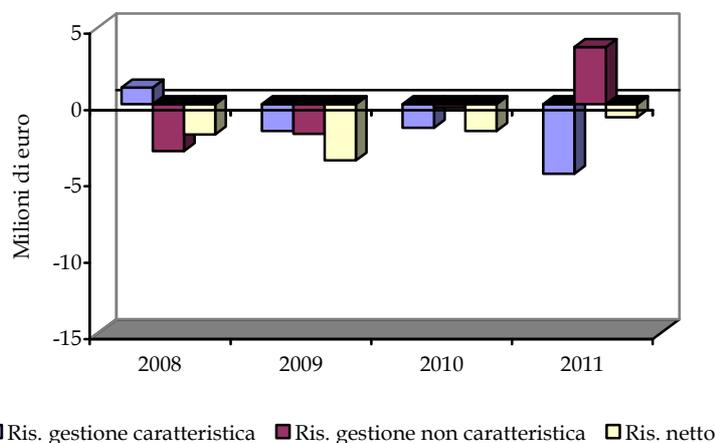
La Tabella riporta il risultato caratteristico per il periodo 2008-2011 mentre la Figura evidenzia la diversa incidenza dei due risultati sul risultato netto.

TABELLA 3 RISULTATO OPERATIVO CARATTERISTICO

2008	2009	2010	2011
1.085	- 1.751	- 1.542	- 4.578

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

FIGURA 1 INCIDENZA SULLA GESTIONE CARATTERISTICA SUL RISULTATO AZIENDALE



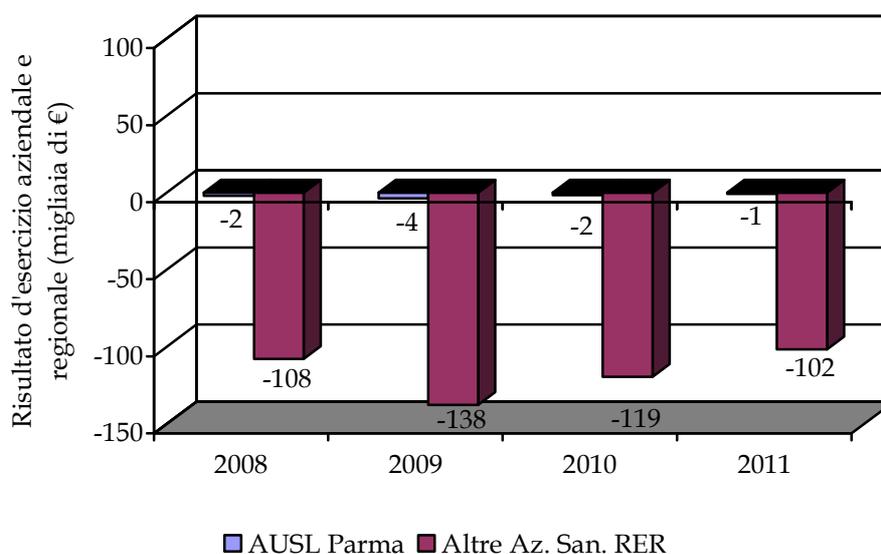
Fonte: Regione Emilia Romagna

Il valore positivo relativo alla gestione non caratteristica relativa all'anno 2011 deriva dal saldo fra sopravvenienze attive e passive.

Apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema

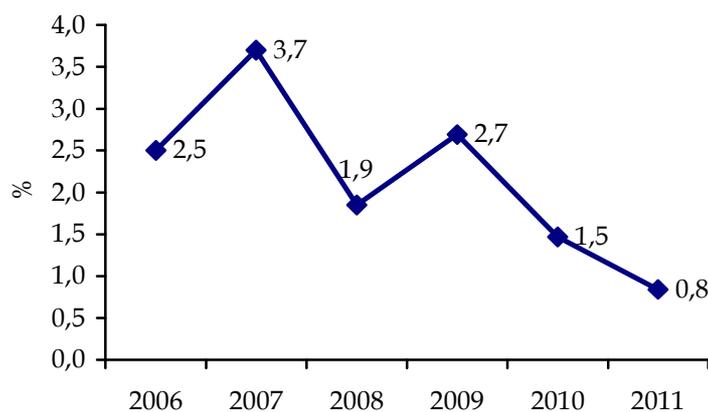
È possibile confrontare il risultato netto aziendale con quello complessivo regionale per avere una indicazione circa il peso del primo sulla performance regionale: per il 2011 il "peso" della performance aziendale su quella regionale è pari al 0,8% per il 2010 il "peso" era pari al 1,5%, per l'anno 2009 il "peso" era pari al 3%, mentre per il 2008 era pari al 2% circa.

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



Fonte: Regione Emilia Romagna

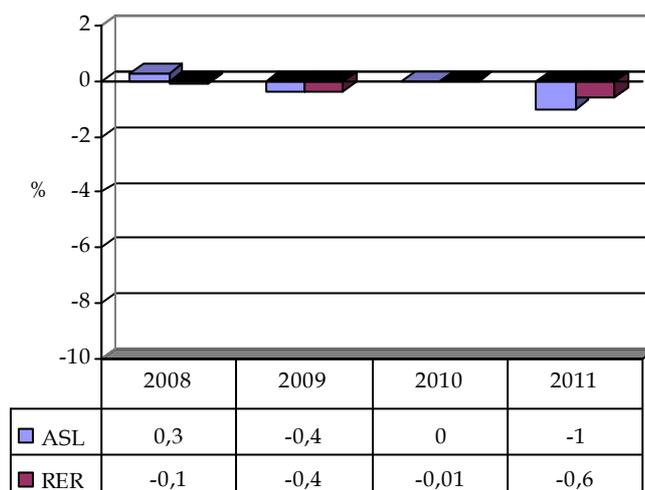
FIGURA 3 RISULTATO NETTO DI ESERCIZIO/RISULTATO COMPLESSIVO REGIONALE



Trend della performance e della gestione caratteristica

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

FIGURA 4 INCIDENZA DELLA GESTIONE CARATTERISTICA SUI RICAVI DISPONIBILI



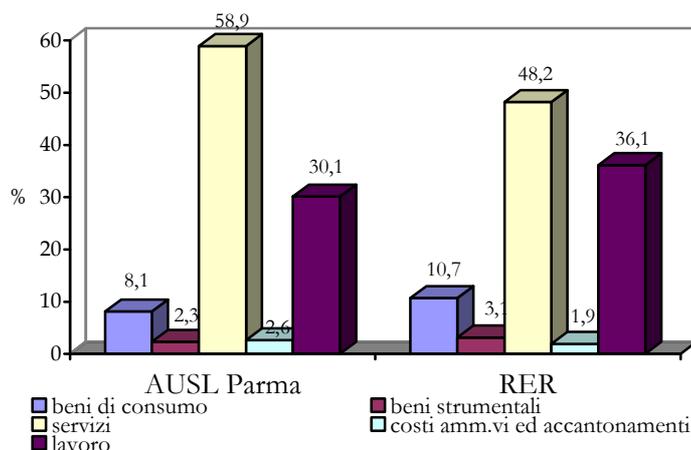
Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2011 i ricavi disponibili non coprono la gestione caratteristica, nel 2010 invece i ricavi disponibili coprono la gestione caratteristica, nel 2009 i ricavi disponibili non coprono la gestione caratteristica, mentre per l'esercizio 2008 l'indicatore evidenzia l'equilibrio della gestione caratteristica, grazie ad un aumento dei ricavi più che proporzionale rispetto all'aumento dei costi.

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 quadriennio disponibile forniti dalla Regione Emilia Romagna. Il confronto è stato effettuato con la media delle altre Aziende USL nel cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera. Anche se con valori diversi, per tutte le Aziende le voci a maggior incidenza sono rappresentate dal costo del lavoro, pari mediamente al 36% dei ricavi disponibili e dal costo dell'acquisizione di servizi sanitari con il 48%.

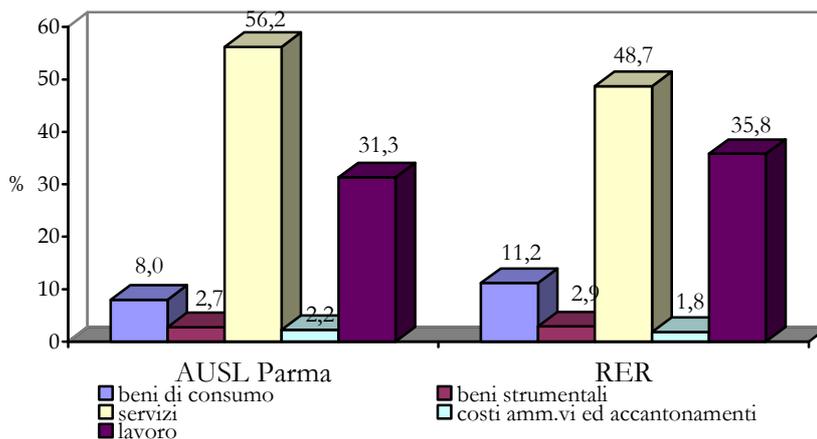
FIGURA 5 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2008



Fonte: Regione Emilia Romagna

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

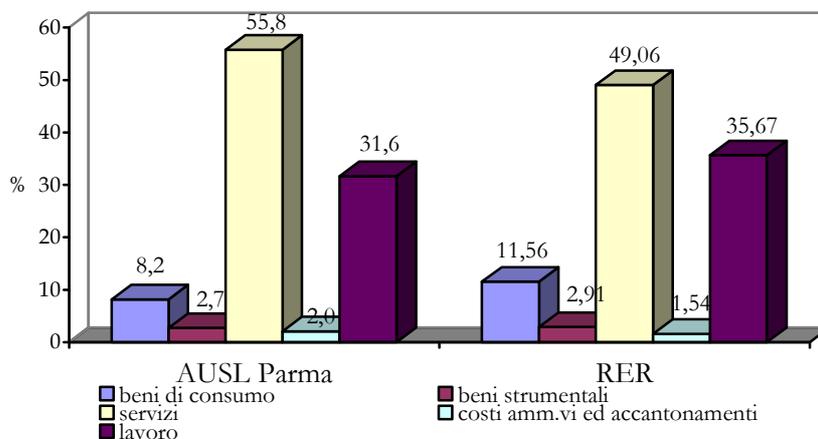
FIGURA 6 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2009



Fonte: Regione Emilia Romagna

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

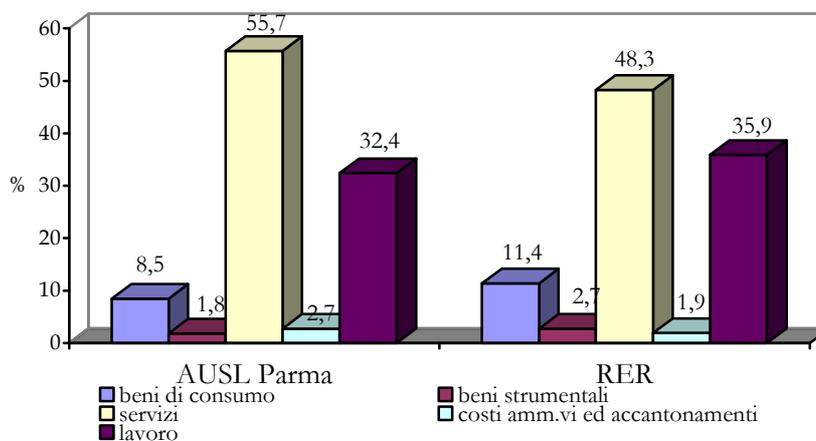
FIGURA 7 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2010



Fonte: Regione Emilia Romagna

Nel 2010 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (55,8 %) e per il totale Regionale (49,1 %), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 4,04 %) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

FIGURA 8 PRINCIPALI AGGREGATI DI FATTORI PRODUTTIVI/RICAVI DISPONIBILI ANNO 2011



Nel 2011 si mantiene un divario tra l'incidenza del costo dei servizi per l'azienda (56%) e per il totale Regionale (48%), e resta pure una minor incidenza a livello aziendale del costo del lavoro (- 3,5%) rispetto al dato regionale. L'utilizzo degli altri fattori produttivi è sostanzialmente paragonabile.

Struttura dei costi aziendali

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

TABELLA 4 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DEI COSTI D'ESERCIZIO AUSL PARMA

	2008	2009	2010	2011
Consumo beni	8,0%	8,0%	8,2%	8,4%
Servizi sanitari	49,8%	50,0%	49,4%	48,9%
Servizi non sanitari	5,0%	4,8%	5%	5,1%
Beni strumentali	2,8%	2,6%	2,7%	1,9%
Manutenzioni	1,1%	1,1%	1,2%	1,1%
Costi amministrativi	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%
Accantonamenti	1,1%	1,2%	0,9%	1,4%
Costo del lavoro	31,0%	31,2%	31,5%	32%

Fonte: Regione Emilia Romagna

Grado di attrazione delle strutture aziendali

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

TABELLA 5 MOBILITÀ ATTIVA E MOBILITÀ PASSIVA

	2008	2009	2010	2011
Mobilità attiva	33.176	35.023	36.454	37.137
Mobilità passiva	250.072	262.894	268.700	268.181
Mobilità attiva/ mobilità passiva x 100	13,3	13,3	13,6	13,8

Fonte: Regione Emilia Romagna

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

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

TABELLA 6 MOBILITÀ PASSIVA VERSO AOSP PARMA E VERSO ALTRI

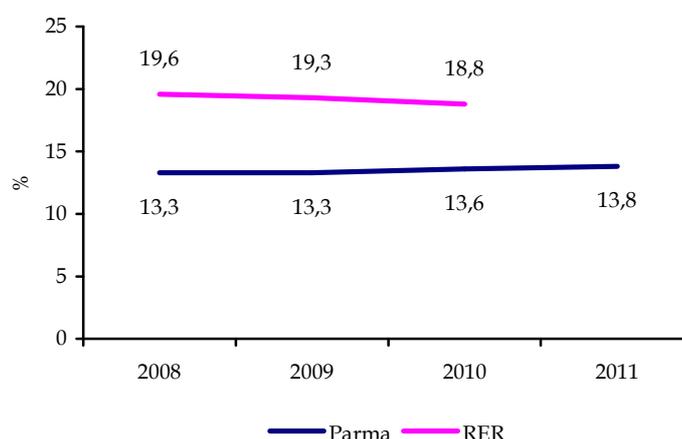
	2008	2009	2010	2011
Mobilità passiva totale	250.072	262.894	268.700	268.180
Mobilità passiva vs. AOSP Parma	206.210	217.514	222.294	221.789
Mobilità passiva AOSP Parma/ mobilità passiva totale x 100	82,5	82,7	82,7	82,7

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

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

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

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



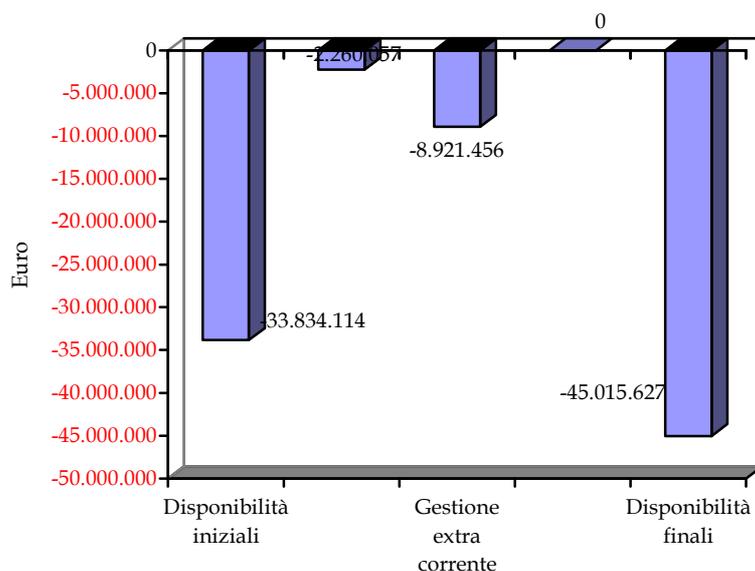
Sostenibilità finanziaria

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

Dinamica dei flussi monetari

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

FIGURA 10 RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITÀ (FONTI – IMPIEGHI CONDENSATO) – 2011



La gestione extracorrente ha ridotto il fabbisogno finanziario di circa 2,8 milioni di €.

Durata media dell'esposizione verso fornitori

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

Per l'Azienda USL di Parma la durata media di esposizione verso i fornitori per l'anno 2011 è stata di 156 giorni così determinato, al netto dei costi e dei debiti per mobilità passiva, peggiorativa rispetto allo stesso dato del 2010, pari a 145 giorni.

TABELLA 7 DURATA MEDIA DELL'ESPOSIZIONE VERSO I FORNITORI

Debiti iniziali	Debiti finali	Costi per beni e servizi
215.006.370	226.947.012	514.611.233

Fonte: Bilancio aziendale anno 2011

Sostenibilità patrimoniale

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

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

Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale anno 2011 può essere così rappresentato in chiave finanziaria:

TABELLA 8 STATO PATRIMONIALE ANNO 2011

	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	48 %	86 %	Finanziamenti a breve
Scorte	2 %	2 %	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	50 %	12 %	Patrimonio netto

Fonte: Bilancio aziendale anno 2009

La lettura dei grafici negli anni evidenzia come nell'ultimo esercizio siano aumentati gli investimenti a breve termine mentre si sono ridotti i crediti a lungo (dal 53% al 50%). Le passività invece sono costituite in maniera assolutamente maggioritaria da finanziamenti di terzi piuttosto che dal patrimonio netto aziendale. Si tratta di debiti verso la Regione, aziende sanitarie, istituto tesoriere ma soprattutto di debiti verso fornitori di beni e servizi, con scadenze a breve termine.

FIGURA 11 STATO PATRIMONIALE 2008-2011 ATTIVITÀ

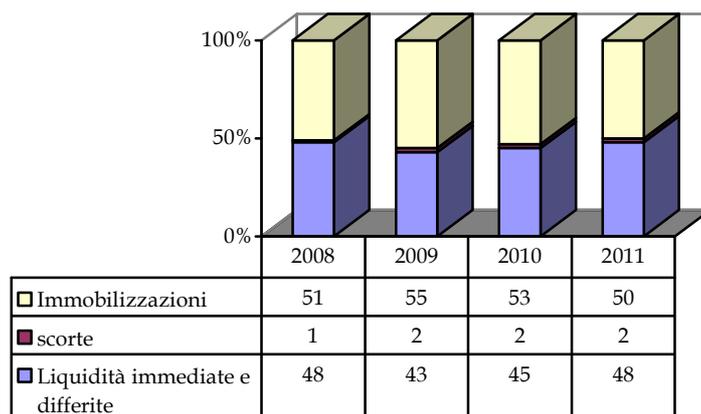
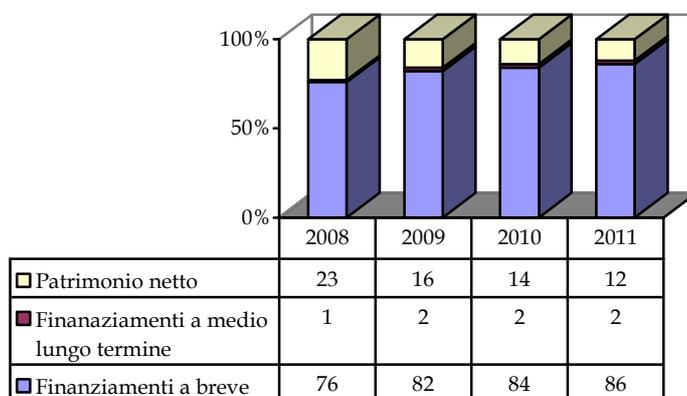


FIGURA 12 STATO PATRIMONIALE 2008-2011 PASSIVITÀ



Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Le tabelle seguenti evidenziano gli investimenti effettuati nel periodo 2008-2011 e la copertura degli stessi attraverso contributi in c/capitale.

TABELLA 9 INVESTIMENTI

Investimenti	2008	2009	2010	2011
Terreni	0	0	0	4.400
Fabbricati	8.599.191	2.404.209	4.730.523	4.160.543
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741
Automezzi	90.460	368.205	127.853	98.237
Altri beni	493.182	895.762	810.397	615.266
Totale	11.960.740	5.488.111	11.011.309	8.246.367

Fonte: Bilanci aziendali

Nel 2008 gli interventi più significativi hanno riguardato la realizzazione della nuova sede del Sert per il Distretto di Parma, la riqualificazione dei Poliambulatori di Via Pintor, la realizzazione della nuova sede dei Poliambulatori di Fornovo e la realizzazione del Nido-Scuola Materna in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel 2009 è stato acquisito un immobile a Medesano da destinare ai poliambulatori. Nel 2010 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della residenza primo Maggio e del Centro Autismo, di adeguamento ex legge 626, i lavori di costruzione della centrale termica a cippato inoltre sono stati acquistati gli immobili destinati al Polo odontoiatrico di Medesano e al Poliambulatorio di Monchio delle Corti. L'Azienda ha inoltre acquistato grandi tecnologie per diverse sedi aziendali. Nel 2011 sono terminati i lavori di realizzazione della sede del Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed sono state completate le opere relative al parcheggio e all'elisuuperficie adiacente all'ospedale di Borgotaro.

TABELLA 10 CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE

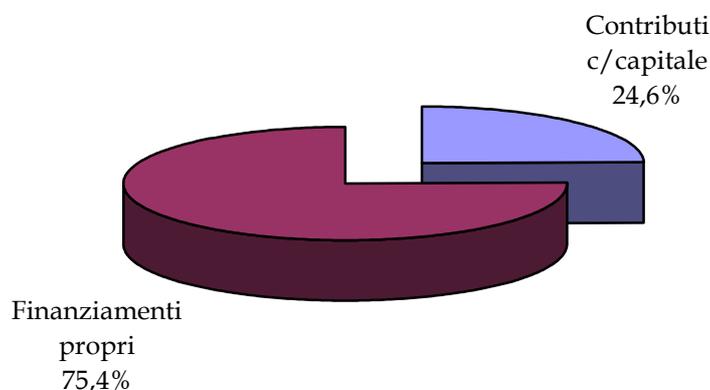
Contributi	2008	2009	2010	2011
Totale	6.844.034	72.866	1.613.408	499.399

Fonte: Bilanci aziendali

I contributi dell'anno 2008 sono relativi alla realizzazione d'elisuuperficie e del parcheggio dell'Ospedale di Borgotaro, all'acquisizione di apparecchiature radiologiche e alla realizzazione del Polo Pediatrico di Parma (6.438.911). I contributi dell'anno 2009 sono relativi a diversi progetti vincolati. I contributi anno 2010 sono relativi a donazioni vincolate ad investimenti, al contributo dalla Provincia di Parma per la realizzazione della caldaia a cippato e ai contributi per il trasferimento del patrimonio mobiliare degli Istituti Penitenziari. I contributi anno 2011 sono relativi a donazioni vincolate ad investimenti.

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

FIGURA 1 3 FINANZIAMENTO IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI COMPLESSIVI NEL QUADRIENNIO



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio

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

TABELLA 1 1 INVESTIMENTI AZIENDALI NETTI

Investimenti	2008	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	1.344.689	980.797	1.306.252	796.209
Fabbricati strumentali	8.006.551	2.290.241	4.532.870	3.447.757
Impianti e macchinari	37.274	0	36.000	0
Attrezzature sanitarie	2.211.219	1.450.873	4.954.822	2.876.180
Mobili e arredi	529.415	369.062	351.714	491.741
Altri beni	1.176.282	1.009.731	938.250	713.503
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	2.212.090	2.642.219	3.934.231	2.655.997
Totale	15.517.519	8.742.923	16.054.139	10.981.387

Fonte: Bilanci aziendali

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

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

TABELLA 12 INVESTIMENTI E PATRIMONIO

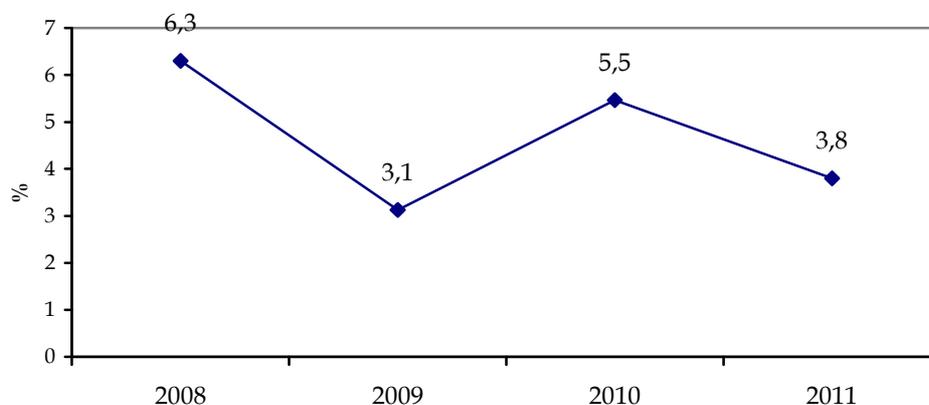
	2008	2009	2010	2011
Investimenti	12.489.176	6.333.440	12.119.908	8.324.391
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056
Investimenti/ totale immobilizzazioni X 100	6,3	3,3	5,7	3,8

Fonte: Bilanci aziendali

I valori precedenti non comprendono le immobilizzazioni in corso.

Graficamente questo trend è visibile nel grafico seguente:

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



Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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

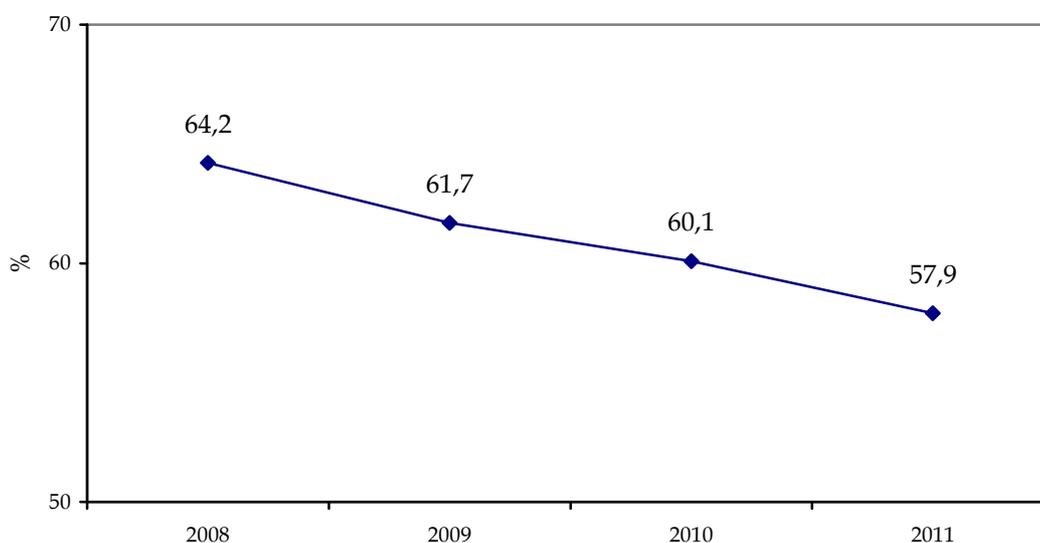
TABELLA 13 OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO

	2008	2009	2010	2011
Residuo da ammortizzare	127.493.287	124.747.221	127.257.835	126.288.776
Totale immobilizzazioni	198.472.615	202.110.444	211.770.640	217.950.056
Residuo da ammortizzare/ totale immobilizzazioni	64,2	61,7	60,1	57,9

Fonte: Bilanci aziendali

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

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



Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico

L'Azienda USL di Parma, anche grazie al numero rilevante di soggetti da essa direttamente occupati, produce un effetto economico significativo sul territorio della Provincia di Parma: con i suoi 2.638 dipendenti, pari all'1,4% 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 2.638 del 2011 (+14,4 %).

L'analisi delle tipologie di lavoratori evidenzia come la maggior parte dei dipendenti appartenga al ruolo sanitario (69,3%), mentre la restante quota si suddivide tra i ruoli tecnici ed amministrativi. Allo stesso tempo, nell'ambito del ruolo sanitario, il personale del comparto costituisce la maggior parte dei lavoratori (80,0%).

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

La somma dei dirigenti medici e sanitari dipendenti dall'Azienda e di quelli convenzionati con essa porta ad un totale di n. 1.170 pari a 2,5 medici per 1.000 residenti.

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

TABELLA 14 NUMERO DIPENDENTI TOTALE SUDDIVISI PER RUOLO

Ruolo	Contratto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sanitario	Medici e veterinari	397	406	416	430	430	430
Sanitario	Dirigenti sanitari	58	55	53	55	63	63
Professionale	Dirig. Professionale	7	8	8	8	8	8
Tecnico	Dirig. Tecnico	4	4	4	4	4	6
Amministrativo	Dirig. Amministrativo	18	19	20	22	19	20
DIRIGENTI		484	492	501	519	524	527
Sanitario	Comparto sanitario	1.241	1.243	1.262	1.293	1.307	1.333
Tecnico	Comparto tecnico	356	376	387	399	420	426
Amministrativo	Comparto amministrativo	330	339	339	339	345	352
COMPARTO		1.927	1.958	1.988	2.031	2.072	2.111
TOTALE		2.411	2.450	2.489	2.550	2.596	2.638

TABELLA 15 NUMERO MMG, PLS E MEDICI AMBULATORIALI

Anni	Specialisti Titolari Sostituti	Incarichi a tempo determinato	Medici di Medicina Generale	Pediatri Libera Scelta	Medici di Guardia Medica	Medicina dei Servizi *
2005	117	12	318	54	153	-
2006	120	5	310	56	137	-
2007	113	7	309	53	144	-
2008	114	3	298	55	111	-
2009	137	8	303	56	113	-
2010	124	7	300	59	121	13
2011	117	10	298	58	143	17

* Sono inseriti i medici operanti negli istituti penitenziari e i medici di medicina dei servizi territoriali.

TABELLA 16 EMOLUMENTI (MIGLIAIA DI €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Personale dipendente	102.076	109.621	110.695	116.642	121.507	125.632	126.287
Personale convenziona-	40.880	44.360	46.974	49.820	53.684	56.197	58.049
<i>MMG e pediatri</i>	33.260	36.701	39.085	41.945	45.439	48.126	49.117
<i>Specialisti interni</i>	4.503	4.436	4.699	4.619	4.801	4.847	5.013
<i>Guardia medica</i>	3.117	3.223	3.190	3.256	3.444	3.224	3.303
<i>Medicina dei Servizi</i>	-	-	-	-	-	570	616
Totale	142.956	153.981	157.669	166.642	175.191	181.829	242.385

Fonte: Bilanci aziendali

Impatto sociale

TABELLA 17 LASCITI E DONAZIONI DA CITTADINI E DA ALTRI

	2007	2008	2009	2010	2011
Da cittadini	11.602,00	90.500,00	34.071,97	584.063,89	37.468,00
Da fondazioni bancarie	-	2.390.000,00	-	0	100.000,00
Da altri	409.282,02	190.000,00	228.429,09	772.627,70	200.879,60
Totale	420.884,02	2.670.500,00	262.501,06	1.356.691,59	338.347,60

Impatto culturale

Il patrimonio storico artistico di questa Azienda è costituito principalmente da:

Ospedale Ugolino da Neviano: fondato da Ugolino da Neviano poco dopo la sua morte avvenuta intorno al 1335, svolse la propria funzione di ospedale dei poveri, degli infermi di qualunque malattia e degli incurabili 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. Il fabbricato ospita oggi la sede legale ed amministrativa dell'Azienda.

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. È di forma ottagonale con due cappelle, giunta posteriore dietro l'altare maggiore e cupola poligonale. All'interno sono presenti affreschi eseguiti da Giulio Orlandini nel 1628 (tribuna e coro). 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.

A fronte dei fenomeni di dissesto e ammaloramento della cupola, da cui sono derivate estese infiltrazioni di acqua piovana e conseguenti danni agli affreschi sottostanti, l'Azienda ha sottoscritto, con la Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e il Dipartimento di Ingegneria Civile, Ambiente, Territorio e Architettura dell'Università degli Studi di Parma, un Protocollo d'Intesa per svolgere attività di ricerca, rilievo architettonico e valutazione della situazione statica e di degrado della Chiesa, attività che ha consentito, nel corso del 2010, di redigere il progetto per gli interventi di consolidamento della cupola e di rifacimento della soprastante copertura. I lavori, affidati mediante procedura pubblica, sono iniziati il 19 gennaio 2011 e, in stretta collaborazione con i tecnici dell'Università di Parma e con i funzionari della Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici di Parma, sono proseguiti con regolarità e sono stati ultimati nel dicembre dello stesso anno; le opere sono state interamente finanziate con contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza. Nel corso del 2011, grazie ad un ulteriore contributo della medesima Fondazione, è stato possibile eseguire nuovi interventi tesi al recupero ed al risanamento conservativo delle facciate del monumento, interventi che, attraverso operazioni di pulizia, stilatura, sigillatura e consolidamento degli elementi architettonici esterni, hanno consentito di arrestare il degrado delle superfici esterne della Chiesa e di conservare le porzioni di stucchi e di coloriture originali.

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

FIGURA 16 CHIESA DI SANTA MARIA DEL QUARTIERE – LA FACCIATA DOPO I RESTAURI



Mobilità aziendale

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

Gli interventi del mobility manager sviluppati a livello aziendale nel corso del 2011 sono stati:

1. Aggiornamento annuale del Piano spostamenti casa lavoro approvato dal Comune di Parma che ha consentito di mantenere, per i dipendenti Ausl, gli abbonamenti al trasporto pubblico locale a tassi agevolati e 15 permessi di sosta per le righe blu con forti sconti.
2. L'ufficio del Mobility Manager ha collaborato e sviluppato con il Comune di Parma, Ufficio Scolastico Provinciale, Infomobility, 21 scuole, la TEP, i medici pediatri convenzionati e altri enti, uno specifico protocollo triennale sui percorsi casa-scuola. Il protocollo è stato adottato con deliberazione del DG n. 368 del 31.05.2010 ed è proseguito nel 2011. Il Protocollo d'Intesa per una mobilità sicura, sostenibile e autonoma, ha l'obiettivo di coinvolgere diversi soggetti su un piano comune in cui siano condivisi le linee di azione, gli impegni ed i progetti che si andranno ad implementare. Il protocollo si propone di responsabilizzare socialmente i soggetti istituzionali coinvolti, diffondere comportamenti sostenibili nei confronti dell'aria e dell'ambiente e della propria salute rafforzando, a partire dai più giovani, la consapevolezza che, anche iniziando da scelte e comportamenti individuali (stili di vita), è possibile migliorare l'ambiente e promuovere il benessere.
3. Il Mobility Manager e l'Ufficio Comunicazione Aziendale hanno sviluppato un apposito sito nell'Intranet Aziendale in cui vengono illustrati i principali progetti e le azioni svolte sul tema della mobilità sostenibile. Tale strumento viene utilizzato per garantire anche le informazioni sulla viabilità cittadina.
4. Alla fine dell'anno 2010 l'Azienda USL di Parma aveva aderito al progetto ZEC, acronimo di Zero Emission City, lanciato dal Comune di Parma con Infomobility e IREN Ambiente e con la partecipazione di aziende pubbliche e private che riguarda la mobilità elettrica e affianca le buone pratiche adottate sia a livello normativo che progettuale dalla Regione Emilia-Romagna.
In pratica il progetto è continuato nel 2011 con la definizione delle sedi e degli spazi da adibire a zone di ricarica per i veicoli elettrici.
Il progetto ZEC è stato sviluppato in una specifica iniziativa sulla mobilità elettrica aziendale che è stata presentata il 29.11.2011 dal Direttore Generale alla Direzione Generale Sanità e politiche sociali della regione e ai competenti Assessorati.
5. Nel corso del 2011 in collaborazione con il RIT aziendale è stato informatizzato il questionario degli spostamenti casa lavoro che ha consentito il completo superamento del modello cartaceo utilizzato fino al 2010 con notevole risparmio sui tempi di raccolta dei dati e di analisi. Il modello è stato sviluppato sulla base delle indicazioni fornite dal gruppo dei mobility manager regionali nel quale l'azienda è parte attiva e propositiva.
Secondo le previsioni della delibera regionale l'Azienda USL di Parma ha partecipato tramite il proprio mobility manager alle attività del gruppo di lavoro regionale ed ha fornito i flussi informativi richiesti nel 2011, risultando tra le 7 aziende sanitarie regionali che hanno raggiunto tutti gli obiettivi.

Sviluppo sostenibile

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

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

- USO RAZIONALE DELL'ENERGIA: Interventi a costo zero che consentono una riduzione dei consumi a favore di una migliore organizzazione e utilizzo degli spazi fruibili. Oltre alle azioni svolte negli anni scorsi, è stato previsto lo spegnimento degli impianti di alcuni reparti dell'ospedale di Vaio nei fine settimana e durante la notte (studi medici). Inoltre per la sala riunione dell'ospedale di Vaio, gli impianti sono normalmente spenti e vengono accesi solo quando la stessa risulta prenotata.
- RISPARMIO ENERGETICO: E' stato effettuato il monitoraggio dei consumi energetici delle strutture aziendali ed è stata effettuata l'analisi qualitativa dei consumi con conseguenti azioni mirate alla diminuzione degli stessi. Uno degli interventi è stato quello di sostituire i gruppi frigoriferi della struttura di via Pintor. Inoltre per l'Ospedale di Vaio sono stati effettuati degli interventi sulle Pompe di circolazione mediante adozione di Inverter e per limitare al minimo il consumo di energia elettrica.
- FONTI RINNOVABILI: Interventi di realizzazione di impianti fotovoltaici per la produzione di energia e di impianti termici alimentati da biomasse in alcune strutture dell'Azienda. In questo ambito, è stata progettata la centrale a Biomasse (cippato) presso la struttura residenziale psichiatrica protetta “la Fattoria” con potenzialità di 220 kW. Tale intervento, dal costo complessivo di € 430.000,00, ha beneficiato di un finanziamento a fondo perduto della Comunità Europea pari a € 298.000,00. A Parma e a Fidenza, per la realizzazione rispettivamente del Polo Pediatrico e dell'ampliamento dell'Ospedale di Vaio sono stati progettati contestualmente due impianti fotovoltaici di tipo integrato con una potenza di picco rispettivamente di 65 e 50 kW_p.
- DIAGNOSI ENERGETICHE: Al fine di riqualificare dal punto di vista energetico gli edifici di proprietà dell'Azienda USL, sono stati elaborati tutti gli A.C.E. per i fabbricati di proprietà in cui è prevista la fornitura di combustibile, redatti secondo le modalità previste dal Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 192, dal D. Lgs. n. 311/06 e dalla Delibera della Regione Emilia Romagna 156/2008 e s.m.i. "Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici".

Livelli essenziali di assistenza

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

Costi e finanziamento

Centrale nell'analisi delle risorse impiegate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione è l'indicatore *costo pro capite* calcolato come rapporto tra il costo per livello assistenza e la popolazione di riferimento. L'analisi del costo pro capite permette di quantificare l'entità delle risorse impiegate per il singolo residente, sia a livello complessivo che di singola funzione nell'ambito di una regione, di un'azienda USL e di un distretto sanitario.

Come riportato di seguito si conferma per tutti gli anni considerati, dall'anno 2006 all'anno 2010, una spesa procapite dell'Azienda di Parma leggermente al di sotto di quella regionale; osservando la serie storica si nota come nell'anno 2010 questo differenziale negativo si attesta al 4,48%. L'analisi dei dati riferiti all'Azienda USL di Parma evidenzia, per il periodo esaminato, un aumento dei costi pieni pari al 17,6% e del costo per assistito pari al 13,2%, in un contesto di aumento della popolazione del 3,9%. Le variazioni nel tempo delle variabili in oggetto sono in linea con quelle registrate a livello regionale per quanto concerne i costi nominali, mentre sono sensibilmente superiori nel costo pro capite anche a causa di una minore crescita della popolazione.

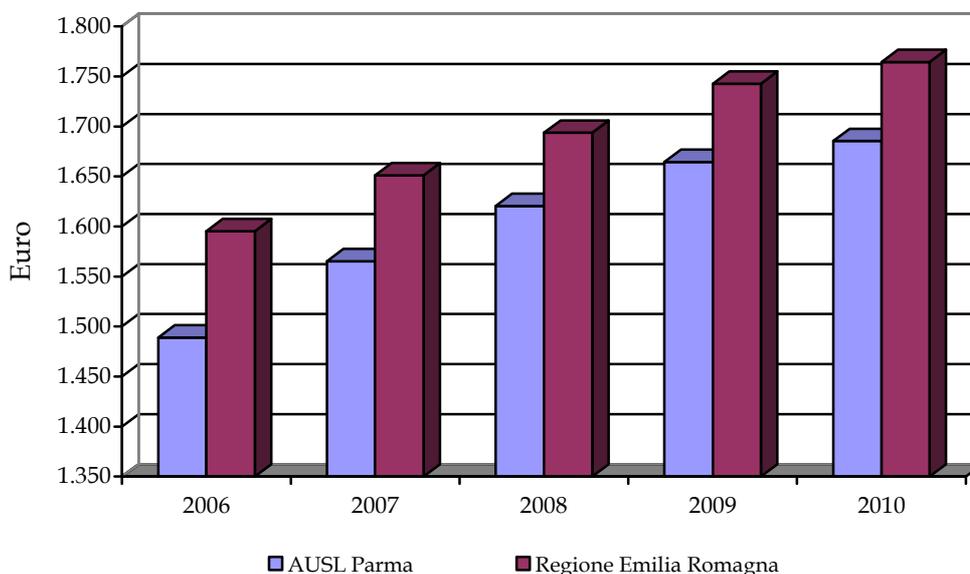
TABELLA 18 COSTI PER ASSISTITO - ANNI 2006-2010

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione ^o	Procapite	Costi	Popolazione	Procapite		
2006	634.444	426.140	1.488,82	6.680.245	4.187.544	1.595,27	-6,67	-106,45
2007	671.918	429.256	1.565,31	6.972.808	4.223.585	1.650,92	-5,19	-85,62
2008	702.766	433.687	1.620,44	7.242.534	4.275.843	1.693,83	-4,33	-73,38
2009	732.403	440.033	1.664,43	7.559.915	4.337.966	1.742,73	-4,49	-78,31
2010	746.108	442.666	1.685,49	7.755.923	4.395.606	1.764,47	-4,48	-78,98
Scostamento%								
A. 2006-2010	17,60%	3,88%	13,21%	16,10%	4,97%	10,61%		

^o Si rimarca come sia in questa che nelle seguenti tabelle la popolazione sia stata pesata per tenere conto della struttura per età e sesso ai fini di un calcolo corretto degli indicatori di interesse.

Il grafico seguente mette in evidenza i differenziali nel costo pro capite aziendale e regionale.

FIGURA 17 COSTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALI – ANNI 2006–2010



Declinando l'analisi dei costi pro capite nelle Aree dei livelli di assistenza si rileva l'aumento nell'assistenza distrettuale, che è cresciuta del 15,2%, e nell'assistenza ospedaliera, che aumenta del 12,9%, mentre la Sanità Pubblica conosce una diminuzione dell'8,4%, salto interamente ascrivibile alla diminuzione del costo pro capite tra l'anno 2009 e l'anno 2010.

TABELLA 19 COSTI PER LIVELLO DI ASSISTENZA – ANNI 2006–2010

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2006	57,38	57,35	807,54	884,57	625,27	653,45
2007	56,72	58,54	866,62	920,76	643,98	671,62
2008	55,45	61,19	888,26	958,52	679,40	674,12
2009	56,36	58,55	914,81	997,03	696,08	687,15
2010	52,53	57,87	930,46	1.019,03	706,24	687,58
Scostamento % 2006-2010	-8,45%	0,90%	15,22%	15,20%	12,95%	5,22%

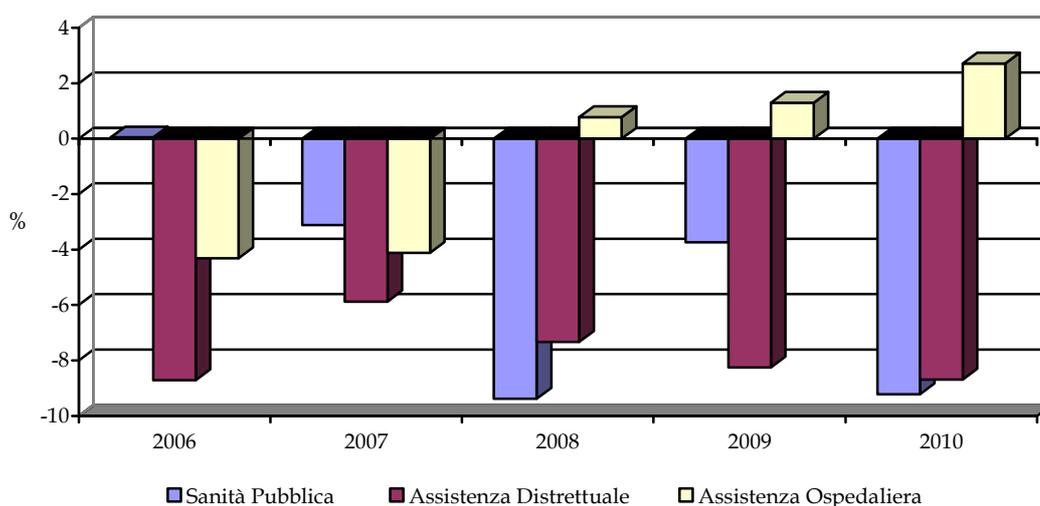
I differenziali, assoluti e relativi, tra i costi pro capite aziendale e regionale fanno risaltare come, anche disarticolando la variabile *costo pro capite* per livello di assistenza, i costi pro capite aziendali si mantengono al di sotto della media regionale, con l'eccezione dell'Assistenza Ospedaliera per gli anni 2008, 2009 e 2010.

TABELLA 20 DIFFERENZE, ASSOLUTE E RELATIVE, TRA COSTO PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA RER AUSL, ANNI 2006-2010

ANNO	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica	Δ %	Δ Economica
2006	0,05%	0,03	-8,71%	-77,03	-4,31%	-28,18
2007	-3,11%	-1,82	-5,88%	-54,14	-4,12%	-27,64
2008	-9,38%	-5,74	-7,33%	-70,26	0,78%	5,28
2009	-3,74%	-2,19	-8,25%	-82,22	1,30%	8,93
2010	-9,22%	-5,34	-8,69%	-88,57	2,71%	18,66

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

FIGURA 18 – SCARTO PERCENTUALE COSTI LIVELLI DI ASSISTENZA – AUSL – RER – ANNI 2006-2010



Se si passa ad analizzare la composizione percentuale della spesa pro capite per singola Area di livello di assistenza si nota come questa si mantenga piuttosto stabile nel periodo considerato, con la Sanità Pubblica a diminuire leggermente (dal 3,85% nell'anno 2006 al 3,11% nell'anno 2010) e l'Assistenza Distrettuale ad aumentare dal 54,19% e il 55,08%; il peso dell'Assistenza Ospedaliera rimane pressoché inalterato. A livello regionale, invece, si assiste ad un movimento più marcato, sia come livello che come *trend*, di perdita di peso dell'Assistenza Ospedaliera a vantaggio di quella Distrettuale.

TABELLA 21 COMPOSIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA PRO CAPITE PER LIVELLO DI ASSISTENZA, AUSL RER, ANNI 2006-2010

	Sanità Pubblica		Assistenza Distrettuale		Assistenza Ospedaliera	
	AUSL	RER	AUSL	RER	AUSL	RER
2006	3,85	3,59	54,19	55,45	41,96	40,96
2007	3,62	3,55	55,29	55,77	41,09	40,68
2008	3,42	3,61	54,73	56,59	41,86	39,80
2009	3,38	3,36	54,87	57,21	41,75	39,43
2010	3,11	3,28	55,08	57,75	41,81	38,97

Sul versante del finanziamento dei livelli di assistenza, si rileva come nel periodo di riferimento (per quanto concerne i finanziamenti, a differenza dei costi, si è già in possesso dei dati relativi all'anno 2011) per l'Azienda USL di Parma esso sia aumentato del 23,1%, crescita leggermente inferiore a quella regionale, pari al 25,7%. Il finanziamento per assistito (indicatore ottenuto dal rapporto tra la quota di Fondo Sanitario Regionale attribuita dalla Regione all'Azienda USL di Parma e la popolazione aziendale di riferimento) è aumentato negli anni considerati del 16,1%, misura sensibilmente minore a quanto registrato a livello regionale (18,8%).

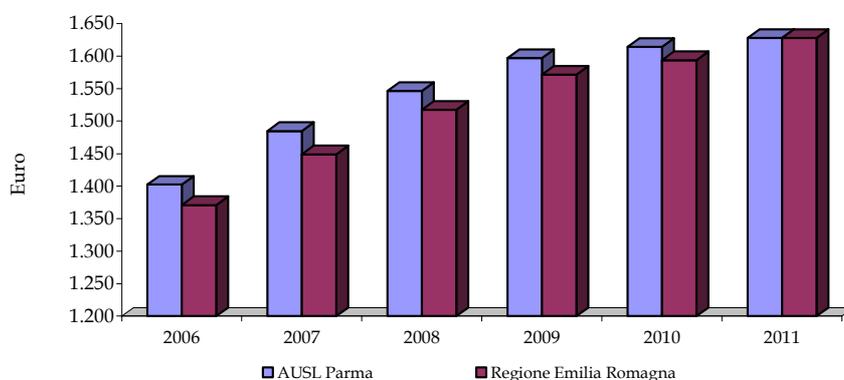
TABELLA 22 FINANZIAMENTO PER ASSISTITO, ANNI 2006-2011

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Finanz.	Popolazione	Procapite	Finanz.	Popolazione	Procapite		
2006	584.532.663	416.832	1.402,32	5.740.000.000	4.187.544	1.370,73	2,30%	31,59
2007	623.731.672	420.056	1.484,88	6.120.820.000	4.223.585	1.449,20	2,46%	35,68
2008	658.347.119	425.690	1.546,54	6.489.089.856	4.275.843	1.517,62	1,91%	28,92
2009	691.717.416	433.096	1.597,15	6.816.420.639	4.337.966	1.571,34	1,64%	25,81
2010	705.866.508	437.308	1.614,12	7.005.511.324	4.395.606	1.593,75	1,28%	20,36
2011	719.654.836	44.2070	1.627,92	7.215.61.1066	4.432.439	1.627,91	0,00%	0,01
Scostamento % 2006-2011	23,12%	6,05%	16,09%	25,71%	5,85%	18,76%		

Sempre attraverso la lettura della tabella si rimarca come, su base annua, il confronto tra il livello pro capite di finanziamento Aziendale e quello della media regionale mostri una differenza positiva che tende a decrescere nel corso del tempo, andandosi ad annullare nell'anno 2011

La figura successiva pone l'enfasi sulle differenze in termini assoluti nei livelli di finanziamento pro capite aziendale e regionale nel corso del periodo oggetto di analisi.

FIGURA 19 FINANZIAMENTO PROCAPITE AZIENDALE E REGIONALE – ANNI 2006–2011



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.

Con l'ampliamento dell'offerta, annuale alle donne tra 45 e 49 anni e biennale per la fascia di età 70/74 dello screening della mammella, i tre programmi coinvolgono più del 45% della popolazione provinciale, sia residente che domiciliata, pari a oltre 200.000 persone: oltre 50.000 donne ricevono tutti e tre gli inviti.

TABELLA 23 CARATTERISTICHE SCREENING

Caratteristiche screening				
	<i>Popolazione interessata</i>	<i>Cadenza</i>	<i>Tipo di test</i>	<i>Popolazione interessata</i>
Mammella	Donne 45/49 anni	Annuale	Mammografia a doppia proiezione	17.520
Utero	Donne 50/74 anni	Biennale	Pap -test	67.450
Colon retto	Donne e Uomini 50/69 anni	Triennale	Ricerca sangue occulto nelle feci (FOBT)	124.076
		Biennale		105.984

Si riportano di seguito i dati di adesione relativi all'anno 2011.

TABELLA 24 SCREENING MAMMOGRAFICO ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne 45/49 anni	50,9	61,9
Donne 50/69 anni	64,0	67,4
Donne 70/74 anni	60,9	64,2

TABELLA 25 SCREENING COLLO UTERO – ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne 25/64 anni	65,2	58,9

TABELLA 26 SCREENING DEL COLON- RETTO – ADESIONE ANNO 2011

	Parma	RER
Donne e Uomini 50/69 anni	55,2	55,0

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 2010 è del 96,8% a 12 mesi di età e del 96,5% a 24 mesi.

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

TABELLA 27 COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI – ADESIONE ANNO 2010

Distretto	Parma	RER
VACC OBBL 24° mese	98,4	96,5
HiB 24° mese	98,1	96,0
Morbillo 24° mese	93,8	92,9
Rosolia 13 anni (M+F)	96,6	95,4

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 costantemente superiori alla media regionale.

Morbillo

TABELLA 28 COPERTURA VACCINALE MORBILLO A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1891	92,9
Fidenza	978	931	95,2
Valli Taro e Ceno	394	372	94,4
Sud Est	729	688	94,4
AUSL PR	4137	3882	93,9

Continua l'azione di recupero dei suscettibili, come previsto dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, anche se nel corso del 2008 si è assistito ad una lieve flessione delle percentuali. Sia a 7 anni che a 13 anni le percentuali sono buone, superiori alle medie regionali: nella provincia di Parma i vaccinati con 2 dosi a 7 anni sono l'88,9% e a 13 anni il 81,4%.

Pertosse

TABELLA 29 COPERTURA VACCINALE PERTOSSE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1986	97,5
Fidenza	978	967	98,9
Valli Taro e Ceno	394	389	98,7
Sud Est	729	716	98,2
AUSL PR	4137	4058	98,1

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 poca differenza tra i Distretti.

HIB

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 30 COPERTURA VACCINALE HIB A 24 MESI PER DISTRETTO – ANNO 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1992	97,8
Fidenza	978	963	98,5
Valli Taro e Ceno	394	388	98,5
Sud Est	729	716	98,2
AUSL PR	4137	4059	98,1

Poliomielite

Per tutte le vaccinazioni obbligatorie, si confermano i tassi superiori al 95% per tutta la Regione. A Parma si raggiunge il 98,4% per la vaccinazione anti poliomielite a 24 mesi, contro una media regionale di 96,7%. Anche la copertura a 7 anni è costantemente superiore alla media regionale, 97,9% vs 96,8%.

TABELLA 31 COPERTURA VACCINALE POLIOMIELITE A 24 MESI PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2036	1996	98,0
Fidenza	978	971	99,3
Valli Taro e Ceno	394	389	98,7
Sud Est	729	716	98,2
TOTALE	4137	4072	98,4

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 32 COPERTURA VACCINALE ROSOLIA A 13 ANNI, MASCHI E FEMMINE PER DISTRETTO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	1.797	1.687	93,9
Fidenza	895	878	98,1
Valli Taro e Ceno	355	351	98,9
Sud Est	615	592	96,3
AUSL PR	3.662	3.508	95,8

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

Pneumococco

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

Le coperture raggiunte nel 2010 fanno riferimento alla coorte di bambini nati nel 2008 e vaccinati con tre dosi.

TABELLA 33 COPERTURA VACCINALE PNEUMOCOCCO – 2010

Distretto	Residenti	Vaccinati	%
Parma	2.036	1961	96,3
Fidenza	978	959	98,1
Valli Taro e Ceno	394	387	98,2
Sud Est	729	708	97,1
Totale	4.137	4.015	97,1

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

HPV

Questa vaccinazione presenta alcune importanti differenze rispetto alle altre vaccinazioni previste dal calendario. Infatti, l'obiettivo non è tanto prevenire l'infezione in sé, quanto piuttosto evitare le possibili conseguenze a lungo termine, ossia la trasformazione delle cellule epiteliali del collo dell'utero in cellule neoplastiche. Si tratta quindi di un risultato che andrà verificato nel tempo.

TABELLA 34 COPERTURA VACCINALE HPV COORTE DI NASCITA ANNO 1999 (RISULTATI AL 30 GIUGNO 2011)

Parma	%
%vaccinati con almeno una dose	67,6
%vaccinati con tre dosi	48,5

Si tratta di risultati costantemente più bassi della media regionale, di 72% e 52,4%, denotando ampi margini di miglioramento.

Obiezione alla vaccinazione

Il fenomeno a livello regionale è aumentato in maniera costante ma modesta dal 1996 ad oggi (da 0,2% a 1,7%), con particolare interessamento per l'Azienda USL di Rimini, che risente della presenza di un movimento antivaccinale molto attivo, dove si arriva a superare anche il 7%. A Parma nel 2010 i residenti non vaccinati o con vaccinazione incompleta (per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie) erano 59 per la coorte di nascita 2009, 40 dei quali (67,8%) residenti nel Distretto di Parma.

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Il confronto dei dati dal 2000 fino al 2010 permette di evidenziare una quota di soggetti vaccinati più che raddoppiata: si passa infatti dai 43.703 della campagna 2000/01 ai 91.117 del 2008/2009, per una variazione del 108,5%, aumento tra i più alti a livello regionale. Nell'ultimo anno si è però assistito ad una diminuzione di almeno 10 punti percentuali in tutta la regione ed anche a Parma.

TABELLA 35 TASSO DI COPERTURA VACCINALE PER INFLUENZA NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI

Anni	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Parma	66,5	66,0	68,3	52,7
Regione	73,1	73,1	73,0	63,3

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.

Nel 2011 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro della provincia di Parma hanno controllato il 6,5% delle Aziende del territorio, collocandosi abbondantemente al di sopra della media regionale (5,7%).

Nelle aziende oggetto di controllo nel 2011 sono stati emanati 307 provvedimenti prescrittivi su 2.541 aziende controllate che hanno portato ad un indice di violazione pari al 12,1.

Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

TABELLA 36 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

Anno	Parma	RER
2007	31,9	31,3
2008	32,9	29,5
2009	33,4	30,4
2010	32,6	32,0
2011	27,9	31,0

TABELLA 37 AZIENDE TRASFORMAZIONE LAVORAZIONE CONFEZIONAMENTO: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	46,6	28,0
2008	52,3	31,8
2009	63,2	31,9
2010	68,5	39,4
2011	58,8	37,6

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

TABELLA 38 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CONTROLLATE SU ESISTENTI

Anno	Parma	RER
2007	25,6	32,0
2008	20,2	30,8
2009	15,6	27,7
2010	14,0	24,5
2011	18,7	26,4

TABELLA 39 RISTORAZIONE: PERCENTUALE AZIENDE CON INFRAZIONI SU CONTROLLATE

Anno	Parma	RER
2007	47,8	28,6
2008	56,4	32,8
2009	64,1	27,5
2010	72,9	30,4
2011	53,1	34,3

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 40 NUMERO MEDIO DI SOPRALLUOGHI PER ALLEVAMENTO. ANNI 2006–2010

Anno	Parma	RER
2006	6,29	4,86
2007	6,34	4,70
2008	6,09	4,33
2009	6,08	4,36
2010	6,05	4,41

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 presente un polo significativo per Distretto, affiancato da altre sedi importanti a Fornovo (Bassa Valtaro) e Colorno (Zona rivierasca del Po). Le attività del Dipartimento di Salute Mentale sono invece garantite da una significativa presenza in tutti i Distretti e comprende strutture residenziali, semiresidenziali, appartamenti protetti, strutture ambulatoriali.

In provincia sono infine presenti 136 punti di accesso alla prenotazione distribuiti capillarmente in tutti i comuni del territorio: si tratta di strutture dell'Azienda Usl, punti di Accoglienza dell'Azienda Ospedaliera e punti esterni istituiti presso Farmacie, Comuni, Associazioni e Medici di Medicina Generale. I punti di accesso comprendono anche 16 punti di Sportello Unico Distrettuale che consentono all'utenza di poter accedere alla principali funzioni delle Cure Primarie (Iscrizione al SSN, Scelta e revoca del medico, Esenzioni, Assistenza all'estero, Prenotazioni, Ticket e gestione del percorso per l'accesso all'assistenza protesica e integrativa).

FIGURA 20 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI PARMA

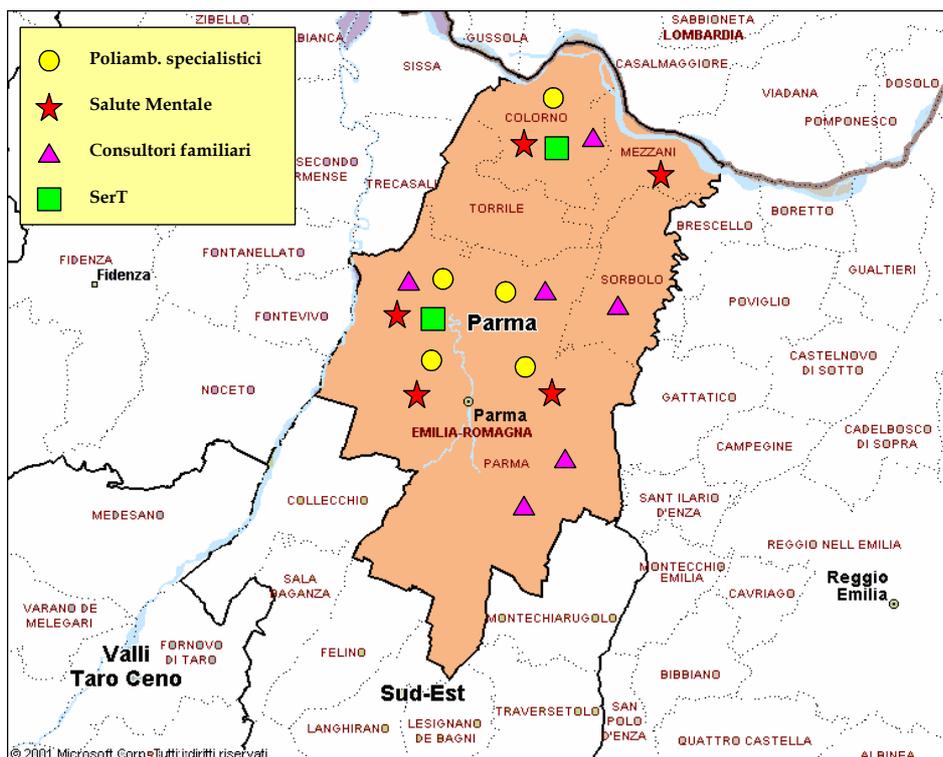


FIGURA 21 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO DI FIDENZA

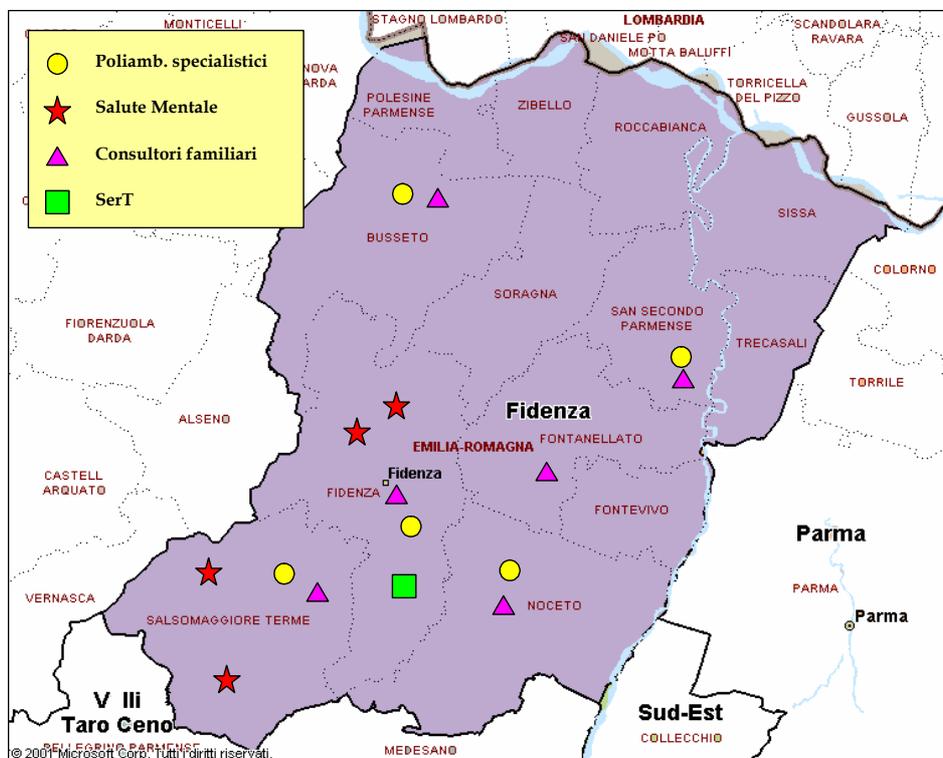


FIGURA 22 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO SUD-EST

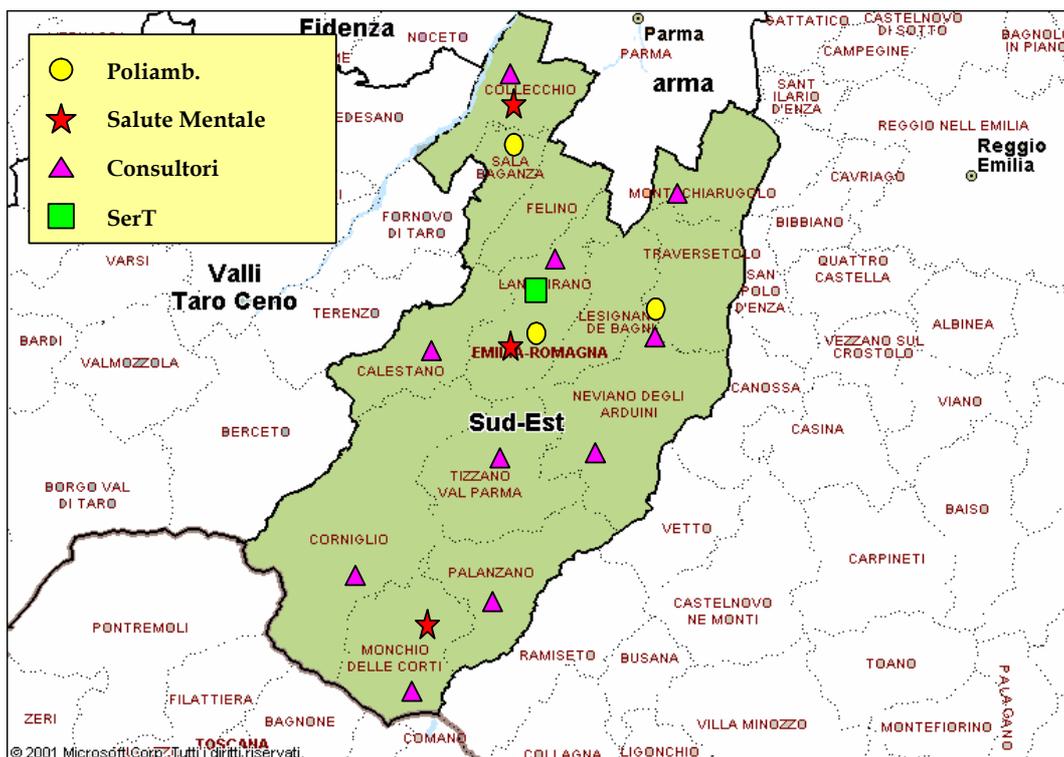
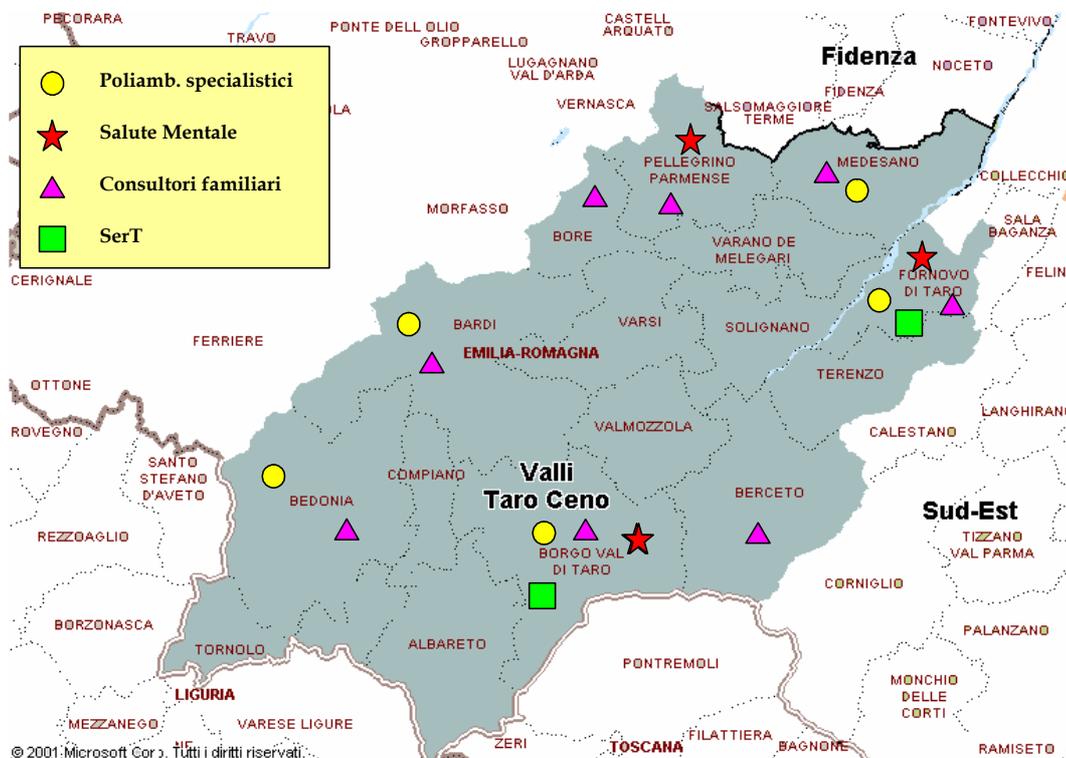


FIGURA 23 RETE ASSISTENZIALE – DISTRETTO VALLI TARO E CENO



Lo sviluppo del modello assistenziale “Casa della Salute” nell’Azienda USL di Parma

Da alcuni anni la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso di ridefinizione dei servizi territoriali mirato a garantire la presa in carico delle persone, la prossimità delle cure, la continuità assistenziale e risposte globali al bisogno di salute espresso.

A tal fine sono stati costituiti, in tutte le Aziende USL, i Dipartimenti delle Cure Primarie articolati in Nuclei di Cure Primarie, reti cliniche territoriali che rappresentano le unità operative fondamentali per l'erogazione delle cure primarie. L'erogazione delle cure si realizza attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali.

Per portare a compimento il sistema delle cure primarie, la RER intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture sanitarie e sociosanitarie, definite “Case della Salute” (DGR 291/10) che siano punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure primarie, in cui si concretizza sia l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, ma anche la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Sulla base di tali indicazioni l'Azienda USL di Parma ha avviato una programmazione specifica, formalizzata alla RER con nota protocollo n. 71220 del 27/08/10 (ricognizione aziendale relativa alle progettualità avviate nei distretti relative alle Case della Salute) che vede in previsione complessivamente 26 Case della Salute individuate e classificate secondo le tipologie previste dalla DGR 291/10.

Le caratteristiche orogeografiche del territorio dell'Azienda USL di Parma sono tali per cui, nelle zone montane e della pianura, a bassa densità abitativa, è difficile trovare le condizioni per poter percorrere soluzioni che si configurino come “Case della Salute” secondo i requisiti della DGR 291/10. La necessità di dover comunque garantire anche in queste zone la continuità assistenziale senza dover costringere gli assistiti a inutili spostamenti, vede l'Azienda USL di Parma impegnata a strutturare sedi che si potranno configurare come sede secondaria del Nucleo di Cure Primarie a cui afferiscono, contribuendo a garantire la continuità assistenziale H12 (anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali tra i MMG, i PLS ed i MCA che li costituiscono).

Lo sviluppo del sistema Case della Salute in provincia di Parma pone alla sua base il concetto di “*patient centred primary care*”, fondamentale linea di indirizzo per l'innovazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Su tale concetto, in ciascuna delle realtà progettate, verranno perseguiti i seguenti principi:

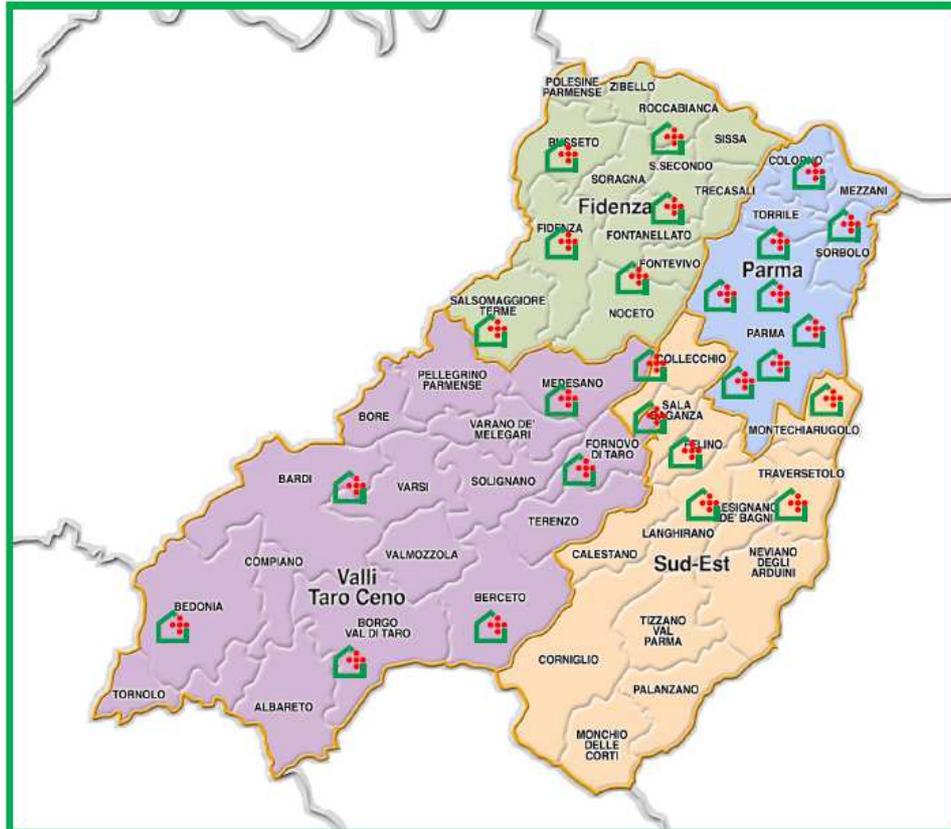
- *facilità di accesso alle cure* (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, ecc.);
- *coinvolgimento del paziente* nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, counseling, ecc.);
- *pro-attività degli interventi* (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di alerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);
- il *coordinamento delle cure* (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali;

In ognuna delle Case della Salute opererà un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

Nelle Case della Salute la continuità delle cure verrà garantita attraverso “percorsi di cura ed assistenza”, in cui sarà definita la successione delle attività necessarie a rispondere ai bisogni di pazienti complessi sotto diversi aspetti (complessità sanitaria, complessità socio-assistenziale, complessità familiare) e che saranno erogati da professionisti che, pur appartenendo ad aree differenti (sanitaria, sociale, servizi educativi, ecc.), si troveranno ad operare nel medesimo contesto di Casa della Salute.

Al fine di favorire il cambiamento culturale necessario per realizzare il complesso sistema di integrazione, aspetto cruciale del sistema “Casa della Salute”, è stato progettato ed avviato nel 2011 uno specifico percorso formativo rivolto ai professionisti dei diversi contesti.

FIGURA 24 LA MAPPA DELLE CASE DELLA SALUTE NEL TERRITORIO PROVINCIALE



La Programmazione ed i tempi di realizzazione nei Distretti

Distretto di Parma

Comprende i Comuni di Parma, Colorno, Mezzani, Sorbolo e Torrile, con una popolazione complessiva pari a 214.054 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 168,14, un indice di invecchiamento ≥ 65 pari a 21,65, ed un indice di invecchiamento = 75 pari a 11,02. E' suddiviso in 8 NCP; i 6 NCP della città hanno come ambito di riferimento 1 o 2 quartieri.

Nel Distretto di Parma sono attivi 3 punti di continuità assistenziale: Parma Città, Sorbolo e Colorno; i MCA che operano nei punti aziendali sono 17.

E' prevista la realizzazione di 8 "Case della Salute", che coincidono con l'articolazione territoriale delle Cure Primarie nei suoi 8 Nuclei di Cure Primarie.

TABELLA 41 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO DI PARMA

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Lubiana-San Lazzaro	Parma	Casa della Salute "Lubiana-San Lazzaro"	Media	Struttura da realizzare	In relazione ai tempi per la realizzazione del progetto concordato con il comune di Parma
Cittadella-Montanara	Parma	Casa della Salute "Cittadella-Montanara"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	In relazione ai tempi per la realizzazione del Polo Pediatrico Dicembre 2014
Molinetto	Parma	Casa della Salute "Pintor"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013
Pablo	Parma	Casa della Salute "Pablo"	Piccola	Struttura da realizzare	In relazione ai tempi per la realizzazione del Polo Pediatrico Dicembre 2014
Centro	Parma	Casa della Salute "Parma Centro"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2012
San Leonardo	Parma	Casa della Salute "San Leonardo"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013
Colorno-Torrile	Colorno	Casa della Salute "Colorno-Torrile"	Grande	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Sorbolo-Mezzani	Sorbolo	Casa della Salute "Sorbolo-Mezzani"	Piccola	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale

Distretto di Fidenza

Comprende i Comuni di Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Polesine, Roccabianca, Salsomaggiore, San Secondo, Sissa, Soragna, Trecasali, Zibello, con una popolazione complessiva pari a 102.667 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 172,91, un indice di invecchiamento ≥ 65 pari a 22,62, ed un indice di invecchiamento ≥ 75 pari a 11,83. Nel Distretto sono presenti 6 NCP; 3 NCP hanno come ambito di riferimento 1 comune e 3 hanno come ambito di riferimento 3 o 4 comuni.

E' prevista la realizzazione di 6 "Case della Salute", che coincidono con l'articolazione territoriale delle Cure Primarie nei suoi 6 Nuclei di Cure Primarie.

TABELLA 42 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO DI FIDENZA

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Fidenza	Fidenza	Casa della Salute "Fidenza"	Piccola	Struttura da realizzare	Dicembre 2013
Salsomaggiore	Salsomaggiore	Casa della Salute "Salsomaggiore"	Grande	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
San Secondo P.se	San Secondo P.se	Casa della Salute "San Secondo"	Grande	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Busseto	Busseto	Casa della Salute "Busseto"	Media	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Fontanellato	Fontanellato	Casa della Salute "Fontanellato"	Piccola	Struttura da realizzare	Giugno 2013
Noceto	Noceto	Casa della Salute "Noceto"	Progetto da definire	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2013

Distretto Sud-Est

Comprende i Comuni di Calestano, Collecchio, Corniglio, Felino, Langhirano, Lesignano, Monchio, Montechiarugolo, Neviano, Palanzano, Sala Baganza, Traversetolo, con una popolazione complessiva pari a 73.935 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 166, un indice di invecchiamento ≥ 65 pari a 22,4 ed un indice di invecchiamento ≥ 75 pari a 11,39.

I 3 NCP in cui è articolato il Distretto hanno come ambito di riferimento 3 o più comuni e, in considerazione della vastità del territorio, i NCP sono stati suddivisi in sub-aree, complessivamente 6.

Sono state programmate 6 Case della Salute, 3 coincidono con le sedi dei 3 NCP (Collecchio, Langhirano, Traversetolo) e 3 coincidono con le sedi secondarie individuate per i NCP di Collecchio (Sala Baganza e Felino) e Traversetolo (Monticelli).

TABELLA 43 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO SUD-EST

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Collecchio	Collecchio	Casa della Salute "Collecchio"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Entro il 2012
Collecchio,	Sala Baganza	Casa della Salute "Sala Baganza"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Collecchio,	Felino	Casa della Salute "Felino"	Piccola	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Langhirano	Langhirano	Casa della Salute "Langhirano"	Grande	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Traversetolo	Traversetolo	Casa della Salute "Traversetolo"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Marzo 2012
Traversetolo	Monticelli	Casa della Salute "Monticelli"	Piccola	Struttura realizzata	Attivata

Distretto Valli Taro e Ceno

Comprende i Comuni di Albareto, Bardi, Bedonia, Berceto, Bore, Borgo Val di Taro, Compiano, Fornovo, Medesano, Pellegrino P.se, Solignano, Terenzo, Tornolo, Valmozzola, Varano Melegari, Varsi con una popolazione complessiva pari a 46.652 abitanti, un indice di vecchiaia pari a 229,54, un indice di invecchiamento ≥ 65 pari a 27,20, ed un indice di invecchiamento ≥ 75 pari a 14,53. E' suddiviso in 4 NCP che hanno come ambito di riferimento più comuni e, in considerazione della vastità del territorio, sono state individuate anche 2 sub-aree.

Sono state programmate 6 Case della Salute, 4 coincidono con le sedi dei 4 NCP (Borgotaro, Fornovo, Medesano, Varsi) e 2 coincidono con le sedi secondarie individuate per i NCP Alta Val Taro (Bedonia) e Bassa Val Taro (Berceto).

TABELLA 44 LA PROGRAMMAZIONE NEL DETTAGLIO – DISTRETTO VALLI TARO E CENO

NCP	Sede	Denominazione	Tipologia	Stato di Attuazione	Tempi di realizzazione
Medesano	Medesano	Casa della Salute "Medesano"	Media	Struttura esistente e funzionante, adeguata ex DGR 291/10	Attivata
Alta Val Taro	Borgo Val di Taro	Casa della Salute "Borgo Val di Taro"	Grande	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Dicembre 2013
Alta Val Taro	Bedonia	Casa della Salute "Bedonia"	Media	Struttura esistente da adeguare ex DGR 291/10	Giugno 2012
Bassa Val Taro	Fornovo	Casa della Salute "Fornovo"	Grande	Struttura da realizzare	In corso valutazioni con l'Amministrazione Comunale
Bassa Val Taro	Berceto	Casa della Salute "Berceto"	Media	Struttura da realizzare	Dicembre 2012
Val Ceno	Varsi	Casa della Salute "Varsi"	Piccola	Struttura da realizzare	Giugno 2014

Le strutture attivate nel corso del 2011

Sono complessivamente 6 le strutture attivate nel corso del 2011: una nel Distretto di Parma (Colorno-Torrile), due nel Distretto di Fidenza (San Secondo, Busseto), due nel Distretto Sud Est (Langhirano e Monticelli), una nel Distretto Valli Taro e Ceno (Medesano). Di seguito verranno specificati i servizi presenti in ognuna di queste sei Case della Salute

Distretto di Parma

Casa della Salute Colorno-Torrile (Grande)

In fase di progettazione, era stata individuata come sede il Polo Sanitario di Colorno, di proprietà dell'Azienda: questa, che deriva dalla riconversione di un ex ospedale, funzionava già come luogo di integrazione professionale (incontri e riunioni) ed era anche sede di attività distrettuali (ambulatorio prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, postazioni di sportello unico, Presidio di Medicina Riabilitativa, Centro Dialisi ad Assistenza Limitata, poliambulatorio specialistico, attività di day service, ambulatori del consultorio familiare, ambulatori della pediatria di comunità, ambulatori del SIP, sede del CSM, ambulatori SERT, ambulatori NPIA).

Nella sede esisteva inoltre una medicina di gruppo di 6 MMG (60% dei medici del NCP) coinvolti in percorsi assistenziali quali TAO e diabete; inoltre i medici della medicina di gruppo esercitavano attività assistenziale nei confronti dei posti letto ad alta valenza sanitaria ubicati presso l'ASP Bassa Est "San Mauro Abate", contigua alla struttura, e degli ospiti della Casa Protetta (76 posti convenzionati).

In questo contesto il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" è stato sviluppato come di seguito specificato:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
 - a. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA HI2, Ambulatorio Osservazione/Terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
 - b. Servizi Sanitari : Punto Prelievi (+ Screening Colon), Poliambulatorio, Diagnostica per immagini, Ambulatori Specialistici, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Palestra, CSM, Neuropsichiatria, Consultorio Familiare , Pediatria di Comunità (nel Polo Pediatrico),
 - c. Servizi Socio-Sanitari : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni
 - e. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua).
3. **Area di Staff**: Uffici, Distribuzione Ausili Protetici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente.

Distretto di Fidenza

Casa della Salute San Secondo (Grande)

La sede individuata in fase di progettazione era inserita in un contesto che derivava dalla riconversione di un ospedale per acuti, funzionava come luogo di integrazione professionale (incontri e riunioni) ed era anche sede di attività distrettuali (centro prelievi, assistenza domiciliare, cup, poliambulatorio specialistico, consultorio, day service, sportello unico, DSM, SIP, Servizio Veterinario, NPI, Centro Riabilitazione Infanzia e Adulti, Servizio Sociale Delegato).

Nella sede esisteva inoltre una medicina di gruppo di 5 MMG (50% dei medici del NCP) ed erano presenti anche 2 PLS.

In questa situazione il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute", è stato sviluppato coinvolgendo nella continuità assistenziale e nei percorsi specialistici gli altri medici del nucleo. Sono stati implementati o sono in via di implementazione percorsi di integrazione, strutturati oltre che solo funzionali, per la presa in carico di tutta la popolazione assistita che ha come riferimento il nucleo di San Secondo e di realizzare i collegamenti informatici anche con il punto di continuità assistenziale.

Di seguito sono descritti i servizi e le attività che trovano collocazione nella Casa della Salute:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
 - a. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA HI2, Ambulatorio Osservazione/Terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
 - b. Servizi Sanitari : Punto Prelievi (+ Screening Colon), Ambulatori Specialistici, CSM, Ambulatori SIP, Consultorio Familiare , Pediatria di Comunità ,
 - c. Servizi Socio-Sanitari : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test
 - e. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua).
3. **Area di Staff**: Uffici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente.

Casa della Salute Busseto (Media)

Nella sede individuata in fase di progettazione esisteva già una medicina di gruppo formata da 5 MMG (62,5% dei medici del NCP) ed era presente 1 PLS.

In questa situazione il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute", è stato sviluppato coinvolgendo nella continuità assistenziale e nei percorsi specialistici gli altri 3 medici del nucleo, che operavano già in rete. E' stata inoltre messa in atto una riorganizzazione logistica della struttura e sono stati implementati o sono in fase di implementazione percorsi di integrazione, strutturati oltre che solo funzionali, per la presa in carico di tutta la popolazione assistita che ha come riferimento il nucleo di Busseto, oltre che è stato realizzato un collegamento informatico con la medicina di rete presente nel Nucleo delle Cure Primarie e con la sede della C.A.

Di seguito sono descritti i servizi e le attività collocati nella Casa della Salute:

1. **Area Pubblica** : Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
 - a. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
 - b. Servizi Sanitari : Punto Prelievi, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici
 - c. Servizi Socio-Sanitari : Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani-Disabili.
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test
 - e. Servizi Sociali: Uffici
3. **Area di Staff**: Sala Riunioni

Distretto Sud-Est

Casa della Salute Langhirano (Grande)

In fase di progettazione, era stata individuata come sede Il Polo Socio Sanitario di Via Roma 42/1 di Langhirano, di proprietà dell'Azienda USL, la quale, oltre a rappresentare la sede principale del Distretto era anche la sede del NCP. Erano compresenti le articolazioni distrettuali di tutti i servizi alla persona, la Direzione del Distretto, la Direzione del Dipartimento Cure Primarie e tutti gli uffici amministrativi di staff.

Il Polo Socio Sanitario era sede di tutte le attività distrettuali (ambulatori prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, postazioni di Sportello Unico, ambulatori della pediatria di comunità, ambulatori del consultorio familiare, ambulatori specialistici, punto prelievi, Servizi di Prevenzione e Pediatria di Comunità) ed ospita anche una Medicina di Gruppo con 5 medici e, di recente, la Pediatria di Gruppo con 3 pediatri.

In questo contesto è stato possibile sviluppare il modello assistenziale previsto per le “Case della Salute” di tipologia grande, con i servizi e le attività di seguito descritti:

1. **Area Pubblica**: Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica**:
 - a. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)
 - b. Servizi Sanitari: Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP e SPSAL per le attività di Medicina del Lavoro, ambulatori CSM, Palestra, Ambulatori NPIA, SERT, Screening Mammografico,
 - c. Servizi Socio-Sanitari: Coordinamento Assistenza Domiciliare, UVM Anziani e Disabili, RSA-Struttura Protetta in sede adiacente, Struttura Residenziale in sede contigua con 10 p.l. Hospice e 10 p.l. per GRACER/GRADA
 - d. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test, Commissione Invalidità Civile, Certificazioni Monocratiche
 - e. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)
3. **Area di Staff**: Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente

Casa della Salute Monticelli (Piccola)

In coerenza con quanto previsto dal Preliminare di Intesa siglato nel 2005 tra AUSL, Amministrazione Comunale e medici di medicina generale, si è completata la realizzazione di una nuova sede. Nella struttura, identificata anche quale sede secondaria del NCP "Traversetolo" si sono insediati i medici di medicina generale, che hanno costituito una medicina di gruppo distribuita su 2 sedi di attività (la sede di Monticelli per n. 3 mmg, la sede di Basilicanova per n. 2 mmg), e il pediatra di libera scelta convenzionato.

Oltre alla medicina di gruppo ed al pediatra di libera scelta, nella nuova struttura sono confluiti l'ambulatorio prelievi, l'assistenza infermieristica domiciliare e le funzioni di PUA, l'ambulatorio infermieristico, l'ambulatorio della pediatria di comunità, ambulatori del consultorio familiare, Servizi di Prevenzione, sala riunioni.

In tale contesto si è configurato il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" di tipologia piccola, con presenza di servizi e attività che erano già presenti nel territorio comunale ma dislocati in sedi diverse:

1. **Area Pubblica:** Accoglienza Accettazione, Sala Attesa
2. **Area Clinica:**
 - f. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico – PUA, CA H12, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale
 - g. Servizi Sanitari: Punto Prelievi, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori SIP
 - h. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test, certificazioni monocratiche
 - i. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)

Area di Staff: Funzioni di coordinamento e referenza di struttura

Distretto Valli Taro e Ceno

Casa della Salute Medesano (Media)

La sede individuata in fase di progettazione, Il Polo Sanitario di Medesano, in Piazza Rastelli n.2, di proprietà dell'AUSL, rappresentava il luogo di erogazione delle cure e dell'assistenza del Nucleo Cure Primarie "Medesano" che comprende tutti i MMG del nucleo stesso associati nella Medicina di Gruppo "Pettenati" di Medesano (n. 6 MMG) e 1 PLS.

La sede era stata recentemente ampliata con un intervento di ristrutturazione di locali adiacenti raggiungendo una superficie di 482 mq. Funzionava come luogo di attività dei MMG e del PLS, di integrazione professionale (incontri e riunioni) e come sede di attività distrettuali quali centro prelievi, assistenza infermieristica domiciliare, ambulatorio infermieristico, sportello unico, distribuzione assistenza integrativa, pediatria di comunità, consultorio familiare, specialistica ambulatoriale (chirurgia, urologia), attività DSM, attività igiene pubblica, veterinaria.

In tale contesto è stato sviluppato il modello assistenziale previsto per le "Case della Salute" di tipologia media, con i servizi e le attività di seguito descritti:

1. **Area Pubblica:** Accoglienza Accettazione, Sala Attesa, CUP, Sportello Unico
2. **Area Clinica:**
 - j. Assistenza Primaria NCP: Medicina di Gruppo, Ambulatorio Pediatrico, Ambulatorio Infermieristico-PUA, CA H12, Ambulatorio Osservazione/terapia, Ambulatorio Ostetrico (+ PAP Test), Ambulatorio Specialistico, Guardia Medica (in sede contigua con collegamento in rete informatica), Assistente Sociale (in sede contigua)

- k. Servizi Sanitari: Punto Prelievi (+ Screening colon), Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, Ambulatori Specialistici, Ambulatori SIP, ambulatori CSM;
 - l. Servizi Socio-Sanitari: Coordinamento Assistenza Domiciliare;
 - m. Prevenzione: Vaccinazioni, Screening PAP-test;
 - n. Servizi Sociali: Uffici (in sede contigua)
3. **Area di Staff**: Uffici, Distribuzione Ausili Protesici, Uffici di Staff, Sala Riunioni, Sala Polivalente (in sede contigua)

Percorso Formativo

Lo sviluppo del modello assistenziale “Casa della Salute”, per la sua piena realizzazione, presuppone un cambiamento culturale nei professionisti che in esse si troveranno ad operare.

Questo cambiamento culturale è necessario per un efficace sviluppo delle reti organizzative attraverso:

- l'integrazione sia professionale (lavoro di equipe, sviluppo dei percorsi, ecc.) che gestionale (lavoro per obiettivi);
- la valorizzazione delle autonomie e delle competenze,
- gli strumenti del governo clinico

Per favorire questo processo è stato avviato un percorso formativo che ha coinvolto progressivamente il personale di tutte le Case della Salute programmate, a partire dalle 6 che sono state attivate nel corso del 2011.

La formazione è mirata alla definizione di un background comune per i diversi team distrettuali che consentirà di implementare e consolidare i processi di integrazione, nelle specifiche realtà locali, utilizzando un omogeneo linguaggio interpretativo

Il percorso è stato avviato a giugno 2011 e si è concluso a dicembre 2011 (complessivamente previsti 13 eventi di 4 ore ciascuno).

A giugno 2012 è prevista una riedizione del corso rivolta ai facilitatori delle Case della Salute che si andranno ad attivare nel 2012 ma sono anche previsti momenti di approfondimento specifici (es. modulo integrazione sociosanitaria) da effettuare congiuntamente ai facilitatori già formati.

Di seguito la scheda del percorso formativo.

TABELLA 45 LA PROGRAMMAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

Titolo:	Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute
Problema sotteso	Accompagnare lo sviluppo strutturale ed organizzativo delle Case della Salute attraverso un percorso formativo in grado di qualificare le competenze per la concreta realizzazione dei percorsi
Obiettivo generale	Sviluppare competenze manageriali e relazionali per la gestione dei percorsi integrati all'interno delle Case della Salute
Obiettivi specifici	Sviluppare competenze specifiche per la gestione dei percorsi integrati
	Migliorare la qualità della programmazione integrata
	Migliorare le competenze relazionali nell'ambito dell'integrazione professionale
	Sviluppare capacità di gestione di gruppi di miglioramento e audit
Destinatari dell'intervento: tipologia di attori coinvolti	1. Individuazione di 3-5 facilitatori per Casa della Salute (start-up)
	2. Rappresentanti di tutte le Aree coinvolte (NCP, MMG, Specialistica, Sportello Unico, DAISM-DP, DSP) – (Fase di avvio)
	3. Coinvolgimento degli altri professionisti (Diffusione)
Sviluppo del progetto	In relazione alla complessità e alla necessità di omogeneizzazione il progetto verrà articolato in 2 macrofasi:
Start-up - Formazione facilitatori	1. Formazione rivolta ad un gruppo di facilitatori delle 5 Case della Salute mirata alla definizione di un background comune e delle priorità di integrazione (specifiche dei vari contesti)
	In questa fase si ritiene prioritario lo sviluppo di un linguaggio comune e la costituzione di un team distrettuale in grado di implementare e consolidare in forma omogenea i processi di integrazione.
Avvio operativo	2. Avvio della formazione operativa nelle Case della Salute coinvolgendo prioritariamente rappresentanti dei professionisti coinvolti nei processi prioritari di integrazione
	Questa seconda fase prevede che all'interno di ogni Casa della Salute vengano sviluppate azioni formative ad alto contenuto operativo (Formazione sul Campo, Formazione interattiva) mirate alla costruzione dei percorsi integrati e alla loro verifica
Aspettative rispetto alle competenze dei professionisti	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di competenze organizzative e manageriali per lo sviluppo dei percorsi integrati <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Management</i>: Analisi organizzativa, Gestione per processi, Utilizzo di strumenti di problem solving. b. <i>Progettazione</i>: Progettazione organizzativa (gestione di progetti), Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari c. <i>Valutazione</i>: Analisi della domanda, Analisi dell'attività, Utilizzo di strumenti di assessment
	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di competenze relazionali per la valorizzazione dei processi relazionali <ol style="list-style-type: none"> a. Integrazione professionale, Relazione con rete non professionale, Gestione conflitti b. Lavorare in gruppo, Coordinare gruppi
	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di competenze di miglioramento continuo <ol style="list-style-type: none"> a. Gruppi di miglioramento b. Audit
Impatto atteso sui processi organizzativi	1. Condivisione e costruzione di percorsi organizzativi
	2. Definizione di protocolli e procedure (Accreditamento)
	3. Programmazione integrata delle attività fra gli attori della Casa della Salute
	4. Valutazione: Strutturazione di audit clinici e organizzativi, valutazione dei processi e delle attività
	5. Miglioramento della cultura organizzativa e delle relazioni
Metodologie formative	La prima fase di condivisione dei linguaggi e delle metodologie in forma interattiva (coordinata dal Gruppo di progetto aziendale) prevede
Prima fase	1. Formazione residenziale interattiva sui temi specifici
	2. Confronto su problemi organizzativi (case study, problem solving, PBL)
	3. Lavori di gruppo (gestioni relazioni / compiti)
	4. Autoformazione
Seconda fase	La seconda fase è mirata alla costruzione operativa dei percorsi sia sotto il profilo organizzativo sia sotto l'aspetto relazionale attraverso
	1. Una ripresa dei contenuti formativi sviluppati nella prima fase
	2. L'avvio operativo dei lavori di gruppo
	3. La valorizzazione dei facilitatori e degli altri attori nel processo di verifica
Team docenti / facilitatori	Docenti interni ed esterni

Titolo:	Percorso di formazione integrata per la costruzione delle Case della Salute
Tutoring	Da individuare all'interno delle specifiche Case della Salute con riferimento ai Dipartimenti coinvolti
Referente del progetto	Direzione Aziendale
Referenti distrettuali	Direttori di Distretto (Committenti)
Tempogramma	Condivisione del progetto con Direzione strategica e Collegio di Direzione Costituzione del gruppo di progetto Individuazione dei facilitatori con condivisione di contenuti e metodologie (processo di sperimentazione) Avvio percorso sperimentale Valutazione in itinere Valutazione di apprendimento e gradimento Verifica e definizione delle priorità per ogni Casa della Salute Avvio del progetto con coinvolgimento altri professionisti Avvio su gruppo di facilitatori Diffusione omogenea agli altri professionisti
Sperimentazione e avvio	

E' stata adottata una metodologia didattica costruttivista fatta sia di momenti d'aula (lezioni frontali integrata con analisi dei casi) ma anche attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica.

Sviluppare il percorso formativo in ottica costruttivista significa porre l'attenzione sulla capacità dei professionisti di descrivere la realtà attraverso l'esperienza e di partecipare alla costruzione ed interpretazione della stessa.

Il progetto FORAVEN-Portale e-learning rappresenta un valore aggiunto nell'innovazione dei processi formativi, consente un elevato rendimento organizzativo ottimizzando le risorse, offrendo tutte le possibilità rappresentate dalla documentazione multimediale, ed inoltre permette di registrare o trasmettere in diretta eventi formativi, oltre che a mettere a disposizione un forum per impostare discussioni e scambi informativi.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anziani

Dopo il consistente incremento dei posti residenziali convenzionati, realizzato con l'avvio del FRNA nel Distretto di Parma e in misura minore nel Distretto Sud-Est, nell'anno 2011 il numero di posti residenziali accreditati/convenzionati si è mantenuto immutato in tutto il territorio provinciale.

Il rapporto dei posti letto sulla popolazione ultrasettantacinquenne subisce una diminuzione rispetto al parametro minimo definito dalla programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria negli anni precedenti e si attesta sul valore di 32,7 per 1.000 abitanti presenti al 01.01.11. Permane la disomogeneità nella distribuzione dei posti, con una percentuale minima nel Distretto Sud-Est ed una massima nel Distretto Valli Taro e Ceno.

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

TABELLA 46 POSTI LETTO RESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2009			2010			2011		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	761	23.296	32,6	773	23.581	32,8	773	23.952	32,3
Fidenza	397	12.074	32,9	397	12.141	32,7	397	12.290	32,3
Sud-Est	268	8.346	32,1	268	8.421	31,8	268	8.495	31,5
Valli T.e C.	251	6.792	37,0	251	6.778	37,0	251	6.874	36,5
AUSL	1.677	50.508	33,2	1.689	50.921	33,2	1.689	51.611	32,7

Progetti assistenziali individualizzati c/o Appartamenti Protetti e Comunità Alloggio

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

In tale ambito si è mantenuto l'obiettivo programmatico della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di sostenere nel territorio i progetti individualizzati presso gli Appartamenti Protetti dei Distretti di Fidenza, Sud-Est e Valli Taro e Ceno e presso le Comunità Alloggio nelle zone montane, prive di strutture residenziali protette, al fine di consentire agli anziani non autosufficienti la permanenza nel proprio ambiente di vita, favorendo loro anche la possibilità di trascorrere in ambiente protetto solo i mesi invernali. Nel 2011, sono stati finanziati 51 progetti con una diminuzione, rispetto all'anno precedente, di 4 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno.

TABELLA 47 PROGETTI RIMBORSATI NELL'ANNO 2011

Distretti	Popolazione => 75 anni 01/01/2011	Progetti al 31.12.2011 con rimborso FRNA
Parma	23.952	
Fidenza	12.290	11
Sud-Est	8.495	34
Valli Taro e Ceno	6.874	6
TOTALE	51.611	51

L'assistenza semiresidenziale

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 con un aumento del 25% ed un parametro raggiunto decisamente superiore a quello medio regionale.

Nel corso dell'anno 2011 sono stati potenziati i posti accreditati di Centro Diurno nel Distretto di Parma per un totale di 3 posti mentre si registra una diminuzione di 3 posti nel Distretto di Fidenza e di 10 posti nel Distretto Valli Taro e Ceno, con un decremento complessivo a livello provinciale pari a 10 posti. La diminuzione dell'offerta nel Distretto Valli Taro e Ceno, che ha interessato due strutture del territorio, trova la sua ragione nella scarsa o nulla occupazione dei posti nelle due strutture interessate.

Nella realtà provinciale sono presenti 38 Centri Diurni, distribuiti in 28 Comuni, con un indice di diffusione del 59%.

TABELLA 48 POSTI SEMIRESIDENZIALI (POPOLAZIONE DI ETÀ SUPERIORE AI 74 ANNI)

Distretti	2009			2010			2011		
	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.	N° Posti	Pop.	P.L. per 1000 ab.
Parma	232	23.296	10,0	233	23.581	9,9	236	23.952	9,9
Fidenza	140	12.074	11,6	140	12.141	11,5	137	12.290	11,1
Sud-Est	83	8.346	9,9	85	8.421	10,1	85	8.495	10
Valli T.e C.	62	6.792	9,1	62	6.778	9,1	52	6.874	7,5
AUSL	517	50.508	10,2	520	50.921	10,1	510	51.611	9,9

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.

Assistenza domiciliare

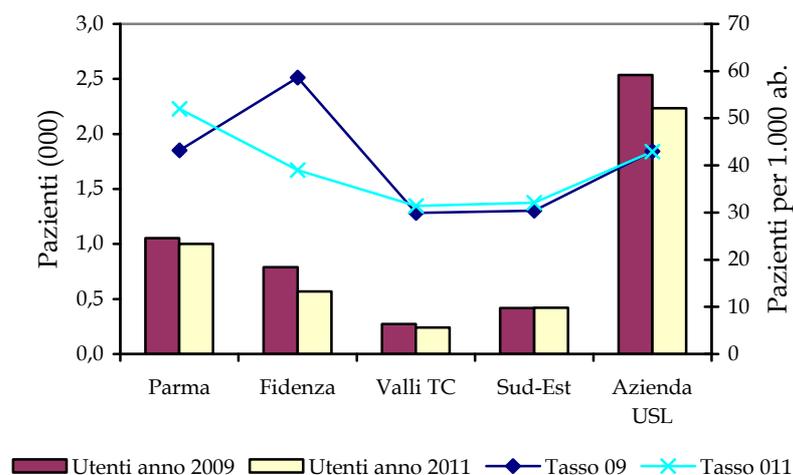
Dal 2008, primo anno di reale sperimentazione delle innovazioni introdotte dalla Direttiva regionale attuativa del FRNA, si è avviato in tutti i territori un processo di cambiamento nella rete socio sanitaria in termini di consolidamento, articolazione e flessibilizzazione dei servizi e degli interventi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

In tutti i Distretti è stata introdotta 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.

Nel corso dell'anno 2011, nel territorio provinciale, sono stati assistiti a domicilio, con riconoscimento degli oneri a rilievo sanitario, 2.234 anziani per un rapporto di 43 utenti ogni 1.000 abitanti con età >75 anni. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un decremento dei destinatari del servizio nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno ed una sostanziale continuità negli altri due territori.

Il servizio opera in 46 Comuni sul totale di 47 presenti nel territorio.

FIGURA 25 UTENTI SERVIZI DOMICILIARI COMUNALI - 2009-2011



Accoglienza temporanea di sollievo

Nell'anno 2011 si registra una diminuzione in tutti i Distretti, ad eccezione del Distretto Sud-Est, degli interventi di accoglienza temporanea di sollievo, innovazione introdotta dalla D.G.R. 1206/07 quale sostegno indiretto alla domiciliarità. Il decremento è stato determinato non tanto dalla diminuzione della domanda ma dalla riduzione delle risorse assegnate a tale progettualità.

E' infatti un intervento che risponde alle esigenze di supporto alle 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.

TABELLA 49 INTERVENTI DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO 2009-2011

Distretto	2009	2010	2011	Variaz. % 2011-2010
Parma	170	195	118	-39,5
Fidenza	67	57	43	-24,5
Sud Est	104	127	144	13,4
Valli Taro e Ceno	60	71	58	-18,3
TOTALE	401	450	363	-19,3

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, è un sostegno economico mirato a valorizzare il lavoro di cura delle famiglie, ma può essere erogato anche alle persone non autosufficienti, sole, in grado di organizzare autonomamente la propria assistenza. Nell'ambito della progettualità esplicitata e condivisa con i *caregiver* per la cura dell'anziano, il contributo economico rappresenta di fatto una concreta presa in carico all'interno della rete dei servizi oltre a costituire un sostegno economico alla famiglia che spesso deve fronteggiare spese assistenziali onerose.

Nell'anno 2011, in tutti i Distretti, si è registrata una diminuzione dei destinatari di assegno di cura determinata dal decremento delle risorse assegnate a tale intervento.

L' aumento delle risorse complessive del FRNA assegnate nel 2011 rispetto all'anno 2010, non ha consentito di mantenere lo stesso trend d'offerta degli interventi più flessibili, dovendo sostenere i costi incrementati dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. E' stata comunque garantita l'erogazione dell'assegno nelle situazioni di maggior gravità e complessità assistenziale definite prioritarie attraverso indicatori sanitari e sociali.

TABELLA 50 DESTINATARI DI ASSEGNO DI CURA 2009-2011

Distretto	2009	2010	2011	Variatz. % '2011-2010
Parma	1.276	1.179	1.036	-12,1
Fidenza	494	441	396	-10,2
Sud Est	370	411	320	-22,1
Valli Taro e Ceno	576	264	145	-45,0
TOTALE	2.716	2.295	1.897	-17,3

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

Contributo integrativo per assistenti familiari

Con l'avvio del FRNA, nell'anno 2007 sono stati attivati i contributi integrativi (€ 160 mensili) previsti dalla DGR 1206/07, a favore degli anziani titolari di assegno di cura, che si avvalgono di assistenti domiciliari con regolare contratto di lavoro e con un ISEE non superiore a 20.000 €. L'intervento ha l'obiettivo di supportare le famiglie rispetto alle spese assistenziali affrontate e di favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari.

TABELLA 51 DESTINATARI DI CONTRIBUTO INTEGRATIVO NEGLI ANNI 2009 - 2011

Distretti	Persone 2009	Persone 2010	Persone 2011	Var. % 2011-2010
Parma	367	435	382	-12,2
Fidenza	47	65	74	13,8
Sud-Est	111	165	139	-15,7
Valli T. e C.	42	33	50	51,5
Azienda	567	698	654	-6,3

Nell'anno 2011, rispetto all'anno precedente, si è registrato un decremento di tale intervento nei Distretti di Parma e Sud-Est, mentre nei Distretti di Fidenza e Valli Taro e Ceno si assiste ad un aumento dei destinatari. In tutti i Distretti si è scelto, comunque, di sostenere l'impegno delle famiglie nelle situazioni di cura più gravose ed onerose anche dal punto di vista economico. Il contributo economico complessivo, infatti, (assegno di cura e contributo integrativo) rappresenta una effettiva integrazione alle spese sostenute e quindi un reale supporto al mantenimento a domicilio della persona gravemente non autosufficiente.

Gravissime disabilità acquisite in età adulta

Con l'approvazione delle delibere 2068/2004 e 840/2008 la Regione Emilia-Romagna ha identificato, tra gli obiettivi da perseguire, la continuità assistenziale e l'adeguatezza degli interventi sia in ambito domiciliare che residenziale a favore dei pazienti con diagnosi di gravissima disabilità acquisita (Gra.D.A.).

In quest'ottica, l'Azienda U.S.L. ha ulteriormente rafforzato l'integrazione tra le quattro Commissioni distrettuali Gra.D.A. e, per sostenere tale processo, sono stati organizzati momenti mirati di confronto tra la Commissione aziendale e quelle distrettuali (costituite da personale dell'Azienda U.S.L. e dei Comuni) con la finalità di perseguire, su tutto il territorio aziendale, l'omogeneità nei criteri di accesso e nelle modalità di gestione dei casi.

Tra le diverse attività svolte nel corso del 2011 in questo ambito, merita di essere citata l'approvazione a livello aziendale del "Regolamento per la formulazione della graduatoria per l'inserimento in strutture residenziali di pazienti affetti da grave disabilità acquisita (Gra.D.A.)".

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Per quanto concerne l'area delle gravissime disabilità acquisite in età adulta, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) ha trovato piena attuazione da un punto di vista normativo con l'approvazione della delibera di Giunta Regionale 1206/2007, Allegato 6 che, tra l'altro, prevede l'attivazione di interventi di carattere residenziale, domiciliare ed il riconoscimento di un assegno di cura per i pazienti seguiti a domicilio.

La Regione, inoltre, con la delibera 840/2008 ha definito che gli interventi di carattere domiciliare ed il riconoscimento dell'assegno di cura possono essere erogati anche ai minori di anni 18 in presenza di deficit e situazioni funzionali del tutto assimilabili a quelli già individuati con la D.G.R. 2068/2004.

Come nei precedenti anni, anche nel 2011 l'Azienda U.S.L. ha contribuito ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del F.R.N.A., con particolare riguardo al monitoraggio delle attività, delle risorse ed alla ripartizione del finanziamento regionale tra i Distretti.

Per l'anno 2011 la Regione ha riconosciuto alla Provincia di Parma per l'area delle gravissime disabilità acquisite la somma complessiva di Euro 1.735.567,00, somma determinata sulla base del numero dei casi censiti, che ha visto un incremento rispetto al 2010 di Euro 320.000,00.

Nonostante l'incremento del Fondo Regionale per Non Autosufficienza, la quota assegnata dalla Regione non è stata sufficiente a coprire il 45% della spesa complessiva per l'assistenza residenziale per le gravissime disabilità acquisite (percentuale a carico del F.R.N.A. prevista dalla delibera regionale 1206/2007, Allegato 6). La differenza, pari a Euro 1.712.264,84, è stata sostenuta dal Servizio Sanitario Regionale all'interno della propria programmazione il che ha portato la percentuale del Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.) non al 55% bensì al 60,28%.

Pazienti in carico

Nel corso del 2011 i pazienti con diagnosi di gravissima disabilità acquisita inseriti nel programma sono stati complessivamente 145, con una contrazione di 4 pazienti rispetto al 2010.

TABELLA 52 PAZIENTI IN CARICO PER TIPOLOGIA DI DEFICIT E PER DISTRETTO. ANNI 2010- 2011

Distretto di presa in carico	Tipologia di Deficit						Totale Pazienti		Di cui DECEDUTI durante l'anno	
	GRAVISSIMA CEREBROLESIONE		GRAVISSIMA MIELOLESIONE		PATOLOGIA NEUROLOGICA					
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti		N. Pazienti	
Tot. AUSL	74	71	14	16	61	58	149	145	24	20
Tot. RER	643	657	96	115	499	540	1.238	1.312	162	163

Fonte: Regione Emilia Romagna. Banca Dati Grad.

La gravissima cerebrolesione rimane la tipologia di *deficit* predominante, seguita dalle patologie neurologiche e dalla gravissima mielolesione.

A livello regionale è stato registrato un considerevole aumento del numero di pazienti affetti da patologie neurologiche, tendenza che al contrario non è stata registrata a livello aziendale.

In ambito aziendale la classe di età più rappresentata è quella "45-64 anni" (63 utenti), con lo stesso numero di utenti seguono le fasce "18-44" e "65-74" (30 utenti), a seguire la fascia di età superiore ai 75 anni (19 casi) ed infine i minori di anni 18 (3 casi).

Assistenza residenziale

A livello aziendale, nel corso del 2011, il numero di pazienti ricoverati in strutture residenziali si riduce di 5 unità.

La tipologia di struttura che ha visto il maggior numero di pazienti ricoverati è la "struttura residenziale dedicata" (23 pazienti), seguita dal "nucleo dedicato presso casa protetta o RSA" (12 pazienti).

E' importante sottolineare che il flusso GRAD nel 2011 ha aggiunto la "voce" "Posto dedicato presso centro socio-riabilitativo residenziale" (non compresa nel flusso del 2010): per omogeneizzare i dati alla voce "Altro" sono stati ricompresi anche 6 pazienti ricoverati in posto dedicato.

Tabella 53 Pazienti Gra.D.A. ricoverati in strutture residenziali. Anni 2010-2011

Distretto di presa in carico	Tipologia di Struttura Residenziale										Totale Pazienti Assistiti	
	STRUTTURA RESIDENZIALE DEDICATA		NUCLEO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		NUCLEO DEDICATO c/o CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE		POSTO DEDICATO c/o CASA PROTETTA/RSA		ALTRO			
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Totale Azienda U.S.L.	30	23	12	12	4	2	1	1	35	32	62	57
Totale Regione	98	86	144	153	65	33	104	121	119	121	466	470

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD.

A livello provinciale, la tipologia più frequente di ricoveri è stato del tipo "residenziale a lungo termine" (59 ricoveri), nettamente inferiore è invece il numero di ricoveri di sollievo e/o con finalità educative di addestramento (11 di cui 7 nel Distretto di Parma).

Assegni di Cura

L'assegno di cura è finalizzato a facilitare la permanenza al proprio domicilio delle persone con gravissime disabilità acquisite.

L'importo giornaliero dell'assegno di cura è di Euro 23,00 e per poterne usufruire è necessario che il valore I.S.E.E. del nucleo familiare del soggetto beneficiario non sia superiore a Euro 34.000,00.

Tabella 54 Assegni di cura Gra.D.A. Anni 2010-2011

Distretto di presa in carico	Pazienti		Contratti attivi	
	2010	2011	2010	2011
Parma	29	23	30	26
Fidenza	15	15	15	15
Valli Taro e Ceno	8	9	8	9
Sud-Est	11	8	11	8
Totale Azienda U.S.L.	63	55	64	58
Totale Regione	560	587	606	612

Fonte: Regione Emilia Romagna, Banca Dati GRAD

Nel corso del 2011 complessivamente 55 pazienti hanno beneficiato dell'assegno di cura: rispetto al 2010 si è verificata una contrazione del numero di beneficiari pari a 8 persone. In particolare, i Distretti in cui si è registrata dal 2010 al 2011 una contrazione del numero di pazienti e di contratti attivi sono stati Parma e Valli Taro e Ceno.

Tra le motivazioni di tale contrazione vi è il decesso di alcuni pazienti che beneficiavano del contributo.

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

Assistenza Domiciliare

Gli atti regionali hanno più volte sottolineato l'importanza di favorire il rientro presso il proprio domicilio dei pazienti con gravissima disabilità acquisita.

Gli interventi di assistenza domiciliare, svolti cioè al domicilio del paziente, si differenziano in base al progetto di vita e di cure che viene elaborato dal responsabile del caso.

TABELLA 55 PAZIENTI IN CARICO CON ASSISTENZA DOMICILIARE. ANNI 2010- 2011

AUSL di presa in carico	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Sociale/Volontariato		TOTALE PAZIENTI		TOTALE EPISODI DI CURA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Totale Azienda U.S.L.	30	42	28	32	0	0	58	74	81	96
Totale Regione	383	521	162	177	7	1	552	712	831	926

Nota regionale: Ricerca effettuata nella Banca dati regionale ADI.

Fonte: Banche dati GRAD e ADI, Regione Emilia Romagna.

La tabella indica, sia a livello aziendale che regionale, un significativo aumento del numero totale di pazienti assistiti a livello domiciliare (+ 16) e, conseguentemente, un maggiore numero di episodi di cura (+15).

Le motivazioni, di varia natura, potrebbero includere l'elaborazione di progetti di vita e di cure calibrati sulle reali necessità del paziente e del nucleo familiare, tali per cui il paziente, anche se con esiti di disabilità veramente importanti, riesce comunque a rimanere al proprio domicilio e rimandare o addirittura non attivare la richiesta di inserimenti in strutture residenziali.

Area Disabili

Nel corso del 2011 l'Azienda U.S.L., in merito all'area della disabilità, ha mantenuto in essere quanto già avviato nelle precedenti annualità, in particolare:

- mantenimento di un ruolo di supporto nella fase di elaborazione dei piani attuativi e dei piani per la non autosufficienza, partecipando attraverso i propri professionisti sia al tavolo dell'Ufficio di Piano sia al tavolo tematico dell'area della disabilità, per favorire la realizzazione di percorsi comuni nell'accesso ai servizi per disabili;
- partecipazione alla realizzazione del processo di accreditamento dei servizi socio-assistenziali per disabili (centri socio-riabilitativi residenziali e diurni), nel rispetto delle indicazioni e dei termini temporali indicati dalla Regione;
- prosecuzione del progetto di Area Vasta AVEN "La presa in carico sociosanitaria nell'arco della disabilità. Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord" finalizzato a rilevare ed analizzare il percorso di accesso, valutazione e presa in carico, nella rete integrata socio sanitaria, degli utenti disabili della fascia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2011 la Regione ha riconosciuto all'Azienda U.S.L. di Parma quale quota di Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) per l'area della disabilità (15-64 anni) la quota di Euro 9.539.294,00, quota incrementata rispetto al 2010 di Euro 140.975,00.

Come per l'area delle gravissime disabilità acquisite, anche per il settore della disabilità nel corso del 2011 l'Azienda U.S.L. ha contribuito ad assicurare indirizzi omogenei nella programmazione e gestione del F.R.N.A., puntando in particolare al monitoraggio delle attività, delle risorse ed alla ripartizione del finanziamento regionale tra i Distretti.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'Azienda U.S.L., unitamente ai soggetti gestori, ha presentato domanda di accreditamento per le tipologie di servizio per le quali la Regione ha previsto questo percorso, in particolare: centri socio-riabilitativi residenziali, semiresidenziali ed assistenza domiciliare.

Gli ultimi dati attualmente disponibili in merito ai posti residenziali e semiresidenziali si riferiscono al 2010.

TABELLA 56 POSTI RESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.
2009	153	437.308	0,35	1.915	4.377.473	0,44
2010	153	442.070	0,35	2.090	4.432.439	0,47

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

TABELLA 57 POSTI SEMIRESIDENZIALI COPERTI PER PORTATORI DI HANDICAP PER 1.000 ABITANTI

Anno	Azienda U.S.L. Parma			Regione Emilia Romagna		
	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.	Posti	Pop. Tot	PL per 1.000 ab.
2009	314	437.308	0,72	3.885	4.377.473	0,89
2010	314	442.070	0,71	3.991	4.432.439	0,90

Fonte: Anagrafe regionale Strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Dalla rilevazione dei dati effettuata dalla Regione, nel biennio 2009-2010 a fronte di un aumento dei posti residenziali e semiresidenziali per disabili a livello regionale, a livello aziendale non si è registrata alcuna variazione.

Assegno di cura

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

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

La tabella seguente evidenzia a livello aziendale un aumento del numero di beneficiari nel biennio 2010-2011 (+10), con una prevalenza del livello assistenziale "medio" rispetto a quello "alto", a differenza dell'ambito regionale che ha registrato il fenomeno contrario.

I Distretti che hanno registrato complessivamente un aumento del numero di assegni di cura sono stati Valli Taro e Ceno e Sud-Est, mentre i Distretti di Parma e Fidenza hanno registrato una variazione negativa, in parte collegata anche all'elevato numero di potenziali fruitori in rapporto a risorse economiche limitate.

TABELLA 58 ASSEGNI DI CURA. BENEFICIARI PER LIVELLO ASSISTENZIALE. ANNI 2010 – 2011

	Livello assistenziale			Livello assistenziale		
	Alto	Medio	Totale	Alto	Medio	Totale
	2010			2011		
Parma	46	36	82	45	31	76
Fidenza	0	63	63	0	57	57
Valli Taro e Ceno	5	38	43	0	50	50
Sud-Est	9	11	20	17	18	35
TOTALE A.U.S.L.	60	148	208	62	156	218
TOTALE REGIONE	916	847	1.763	785	771	1.556

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia Romagna.

Assistenza domiciliare

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

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

Psichiatria

L'offerta residenziale del DAISM DP si compone di un'ampia tipologia, prevedendo Strutture a gestione diretta e realtà convenzionate.

Da segnalare l'attivazione di posti dedicati a Disturbi del comportamento alimentare, alla Doppia diagnosi e alla Psicogeriatría.

Alle residenze psichiatriche tradizionali si aggiungono diverse tipologie di risposte residenziali (come i 48 posti disponibili nei 34 appartamenti assistiti) allo scopo di fornire all'utenza una vastissima gamma di possibilità in base ai bisogni espressi e alle esigenze di cura.

TABELLA 59 DETTAGLIO OFFERTA RESIDENZIALE

	Gestione diretta	In convenzione	Totale
Posti in Residenze sanitarie a trattamento intensivo	40	27	67
Posti in Residenze Sanitarie a Trattamento Protratto	13	8	21
Posti in Residenze sanitarie a trattamento Socio Riabilitativo	16	20	36
Posti in Comunità e Gruppi Appartamento	12	126	138
Totale	81	181	262

Nella precedente tabella non vengono riportati i complessivi 39 posti dell'offerta residenziale di tipo ospedaliero (SPDC, Clinica Psichiatrica e SPOI convenzionato).

Per ciò che riguarda l'offerta semiresidenziale, attualmente i posti accreditati sono 25 presso il Centro diurno Santi, ai quali si aggiungono n° 6 posti di frequenza diurna presso la Residenza a Trattamento Intensivo "PRP" di Fidenza e 2 posti presso lo SPOI a direzione universitaria.

Si è conclusa la trasformazione del Centro Diurno "Le Viole" in un programma a più ampio respiro teso a sviluppare percorsi riabilitativi individualizzati forti, realizzati prevalentemente nel territorio, mirati al mantenimento/recupero delle abilità degli utenti nelle fasi iniziali della malattia.

La rete delle cure palliative ADI e Hospice

Assistenza Domiciliare

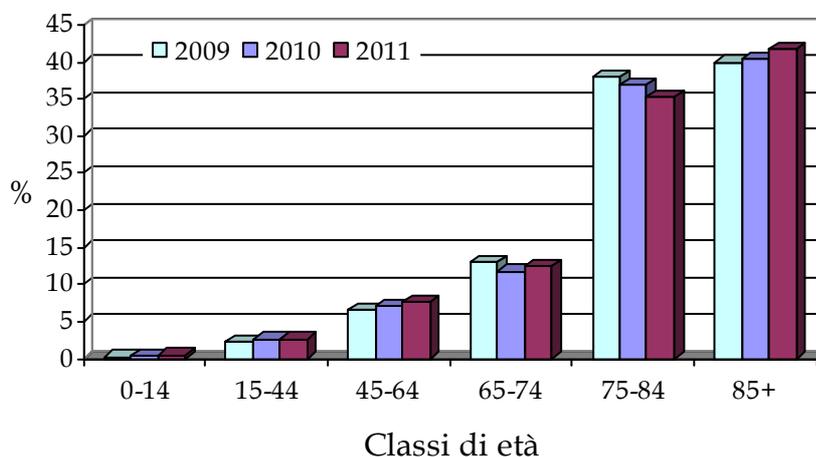
L'assistenza a domicilio è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. E' rivolta prevalentemente ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto 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 socio-assistenziali che sono principalmente erogati dalle équipes infermieristiche e dagli assistenti sociali con un ruolo di verifica e controllo da parte del MMG che rimane, anche negli altri livelli di intensità, il responsabile terapeutico del caso;
- **assistenza domiciliare a media intensità sanitaria (II livello)** in questo caso i bisogni degli utenti hanno una caratterizzazione 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.

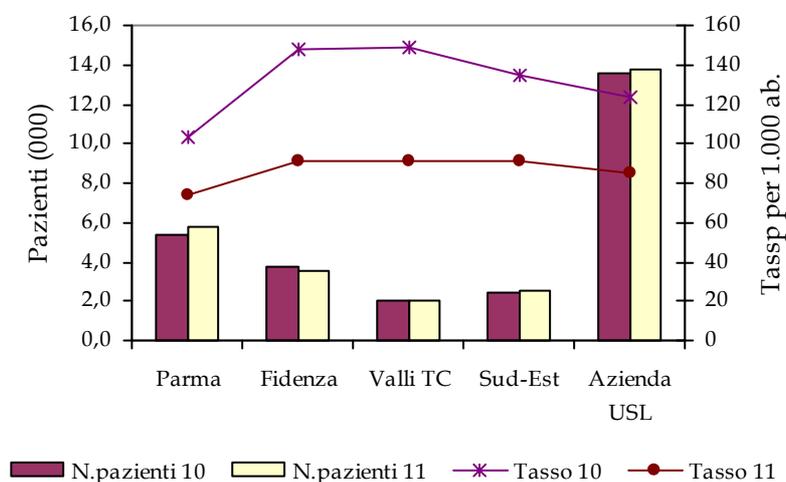
L'analisi dei dati estratti per l'anno 2011 evidenzia che sono ormai stabili nella distribuzione per età i numeri di pazienti seguiti e che le variazioni registrate non sono significative di modifiche nelle strategie aziendali di gestione del servizio di assistenza domiciliare. Gli aumenti in valori assoluti sono imputabili al costante incremento della qualità e capillarità della rilevazione. Il numero dei casi incrementa rispetto all'anno precedente proprio per questa ragione: si conferma, dunque, la capillarità del servizio che mantiene livelli estremamente soddisfacenti (anche in confronto al dato regionale).

FIGURA 26 PERCENTUALE DI PAZIENTI SEGUITI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER CLASSI DI ETÀ – AZIENDA USL DI PARMA A. 2009-2011



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

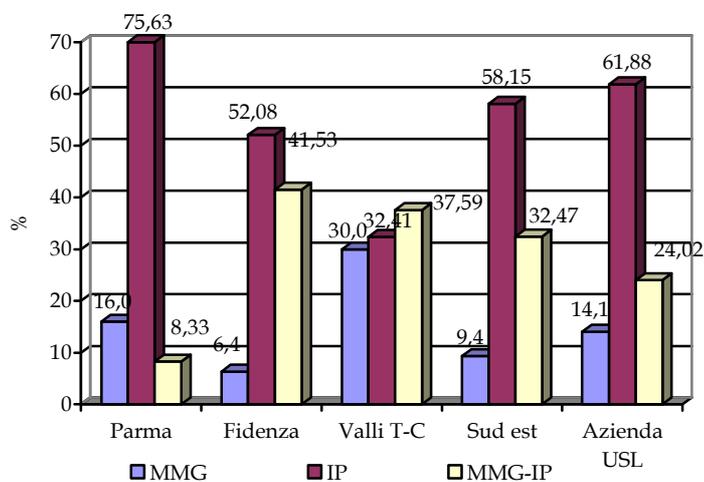
FIGURA 27 ASSISTENZA DOMICILIARE (NUMERO DI PAZIENTI E TASSO PER 1.000 ABITANTI DI ETÀ SUPERIORE A 65 ANNI)



Il grafico precedente mette a confronto, per ogni Distretto, il numero di pazienti assistiti a domicilio negli anni 2010-2011 ed i relativi tassi per 1.000 residenti di età superiore ai 65 anni. Risulta evidente come l'assistenza domiciliare rappresenti una modalità di presa in carico capillarmente diffusa sul territorio: il tasso provinciale è pari a 85 per 1.000 residenti. Per quanto riguarda l'anno 2011 non sono stati conteggiati ai fini della determinazione del tasso per 1000 ultrasessantacinquenni residenti i pazienti che sono stati assistiti dalle equipe territoriali degli enti locali: i cosiddetti pazienti in "carico con onere sanitario" per i quali i comuni ed i servizi SAA non hanno provveduto alla puntuale comunicazione numerica per problemi di carattere tecnico.

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

FIGURA 28 ASSISTENZA DOMICILIARE: DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E DISTRETTO - ANNO 2011



La Figura precedente conferma la distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre modalità assistenziali mettendo in luce, in questo caso, un consolidamento delle metodologie che, come negli anni scorsi, differenziano lievemente le modalità assistenziali nei vari territori provinciali e che spesso dipendono dalle caratteristiche geografiche del territorio stesso. Da sottolineare, ad esempio, il diverso assetto organizzativo per il Distretto Valli Taro e Ceno dove la distribuzione si mantiene uniforme tra le tre modalità di presa in carico ma per la prima volta la modalità della assistenza integrata con presenza di entrambe le figure di riferimento (MMG ed Infermiere) diventa maggioritaria rispetto alle altre tipologie. Questo shift operativo potrebbe essere dovuto al continuo richiamo del DCP alla necessità di fare ricorso ad una diversa attribuzione delle responsabilità professionali in prospettiva della apertura delle case della salute e dell'attribuzione di ruoli professionali specifici alle varie figure in esse rappresentate. In pratica un segnale di un mancato adattamento alle difficoltà oro geografiche ed una scelta di qualità assistenziale.

Hospice

La rete delle cure palliative in provincia di Parma ha, nel 2011, continuato il proprio sviluppo nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali mirate a rimodulare l'articolazione dei servizi per rispondere alle mutate esigenze dei pazienti, in particolare sul versante del controllo del dolore e della qualità dell'assistenza residenziale.

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

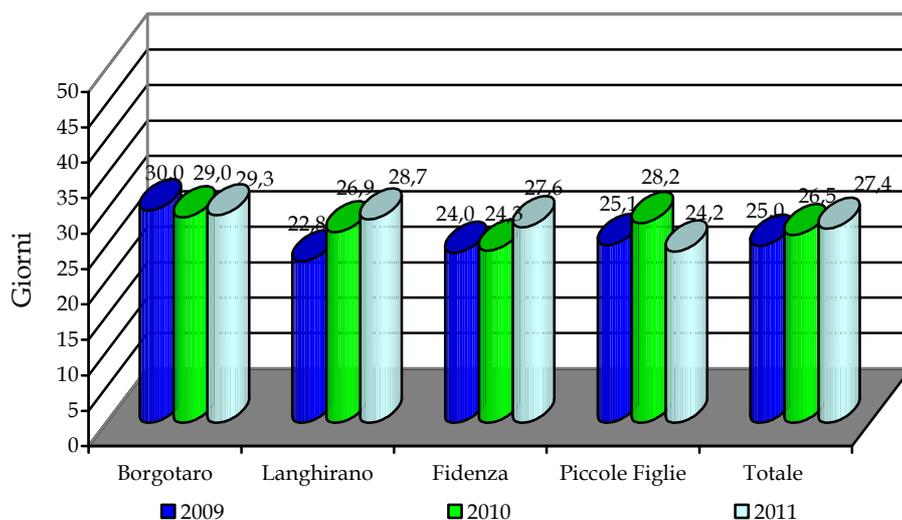
Come noto, gli interventi sanitari erogati si caratterizzano per il limitato contenuto tecnologico e la scarsa invasività, in quanto la componente clinica è di minore intensità rispetto a quella assistenziale, caratterizzata da un'assistenza infermieristica di base continuativa. Questa ha reso possibile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

TABELLA60 HOSPICE AZIENDALI

	Fidenza			Borgotaro			Langhirano		
	09	10	11	09	10	11	09	10	11
Posti letto	15	15	15	8	8	8	10	10	10
Pazienti	171	191	185	84	83	85	110	112	119
Giornate di degenza	4.104	4.650	5.111	2.516	2.408	2.488	2.512	3.011	3.418
	Parma			Totale					
	09	10	11	09	10	11			
Posti letto	8	8	8	41	41	41			
Pazienti	112	108	118	477	494	507			
Giornate di degenza	2.816	3.045	2.855	11.948	13.114	13.872			

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

FIGURA 29 HOSPICE AZIENDALI: DEGENZA MEDIA - A. 2009-2010-2011



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 (84.6%) rappresentate soprattutto dalle neoplasie polmonari (24.9%), neoplasie di pancreas, fegato e vie biliari (16,3%), dalle neoplasie del colon-retto (11,2%), a seguire poi 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, nel tempo, il miglioramento delle performance delle strutture per quanto riguarda il tasso di occupazione e la durata media della degenza, a testimonianza di un consolidamento della gestione operativa e di un buon livello di funzionamento della rete dei servizi.

FIGURA 30 HOSPICE AZIENDALI: PRESENZA MEDIA GIORNALIERA - A. 2009-2010-2011

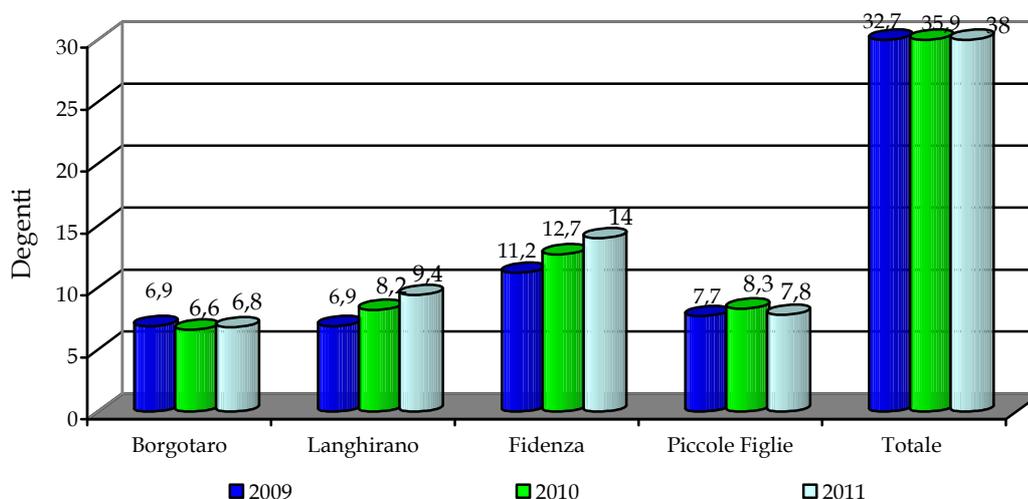
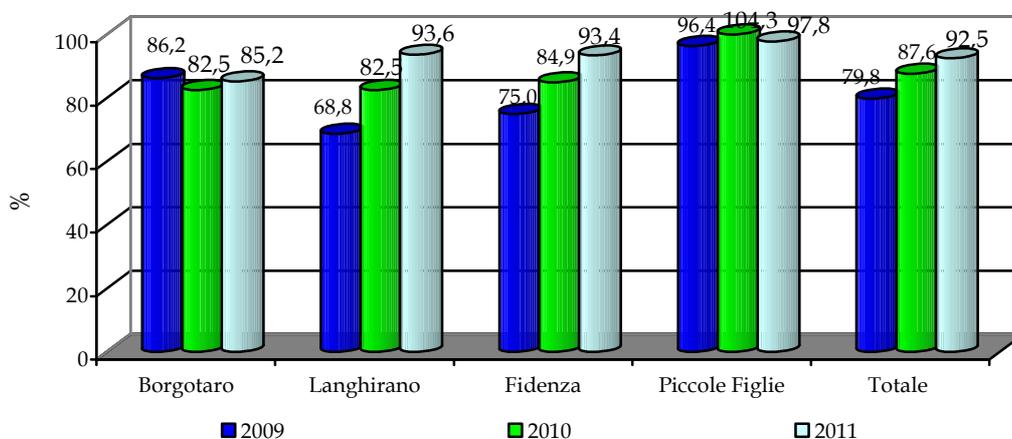


FIGURA 31 HOSPICE AZIENDALI: INDICE DI OCCUPAZIONE – A. 2009–2010–2011



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 stati definiti progetti integrati anche con le istituzioni locali, gli enti e le associazioni di volontariato in ottemperanza alle indicazioni del Piano sociale e sanitario, con particolare attenzione al sostegno della genitorialità e alla promozione del benessere giovanile.

Per quanto riguarda l'area giovanile è proseguita l'attività dello Spazio Giovani nelle aree tematiche che le sono proprie: nel 2011 i ragazzi che si sono rivolti al consultorio per adolescenti sono stati 1.168 tra cui 227 stranieri per consulenze sui temi dell'affettività, rapporti con i genitori/gruppi dei pari, consulenze sui problemi dell'alimentazione e consulenze psicologiche(8%); per contraccezione (51,9%), visite ginecologiche (32,2%), gravidanza(1,4%), IVG (4,7%), disturbi alimentazione(1,6%), ma anche interventi di promozione alla salute.

Lo Spazio Giovani ha attivo un punto di accesso/accoglienza per tutti i Servizi Aziendali rivolti a questa fascia d'età: operatori, opportunamente formati, fatta una prima valutazione forniscono informazioni, orientano e, quando necessario, inviano/accompagnano l'utente al professionista o al Servizio Aziendale competente. Questo agevola, semplificandolo, l'accesso dell'utenza giovanile ai servizi dedicati. Gli accessi all'accoglienza per nuovi utenti sono stati di 534 utenti, di cui 410 femmine e 66 maschi; di questi circa l'80% degli accessi ha proseguito il rapporto con il Servizio nei percorsi interni (ginecologo, psicologo, andrologo, nutrizionista, ecc.), mentre i restanti sono stati inviati ad altre strutture. Nei consultori aziendali le presenze di utenti provenienti da paesi al di fuori della Comunità Europea è stata nel 2010 pari a 4.242 (25,12%). L'utenza straniera è negli ultimi anni progressivamente aumentata in tutte le sedi consultoriali.

Gli interventi di promozione al benessere, in collaborazione con le istituzioni scolastiche o in ambito extrascolastico, hanno avuto particolare attenzione ai temi dell'interculturalità; hanno coinvolto circa 6.000 ragazzi.

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

Più specificatamente si dettagliano alcune attività.

Percorso nascita

Nell'anno 2011 è proseguita la linea d'intervento adottata negli anni precedenti, anche in adempimento al DGR 533/08, tesa a favorire un'omogenea assistenza alla gravidanza, con interventi di preparazione alla nascita, di assistenza al parto, al puerperio e sostegno all'allattamento al seno.

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

Nel 2010 le gravide prese in carico dai consultori familiari sono state 1.494, di cui 913 donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (61,1% del totale), confermando l'impegno nella promozione di una genitorialità consapevole.

E' proseguito il progetto interaziendale "Parto a domicilio", primo ad essere attivato nella Regione Emilia Romagna e il progetto Dimissione Appropriata della madre e del neonato in tutti i Distretti.

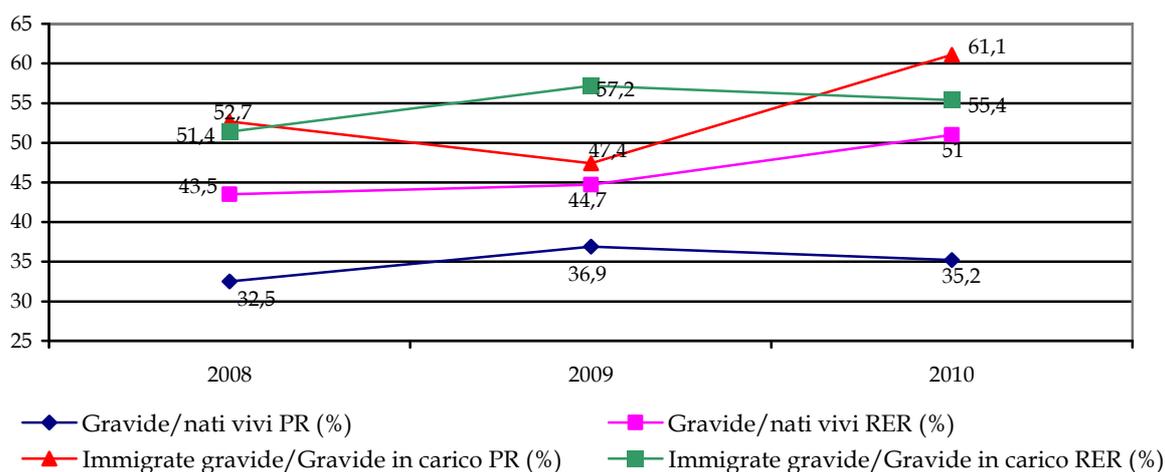
Con il progetto "Assistenza alla gravidanza fisiologica" si sono valorizzate le donne in quanto madri e le coppie nella dimensione della genitorialità; si sono dettagliate le competenze professionali dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza e nel counseling; si è personalizzata l'assistenza alla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

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

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

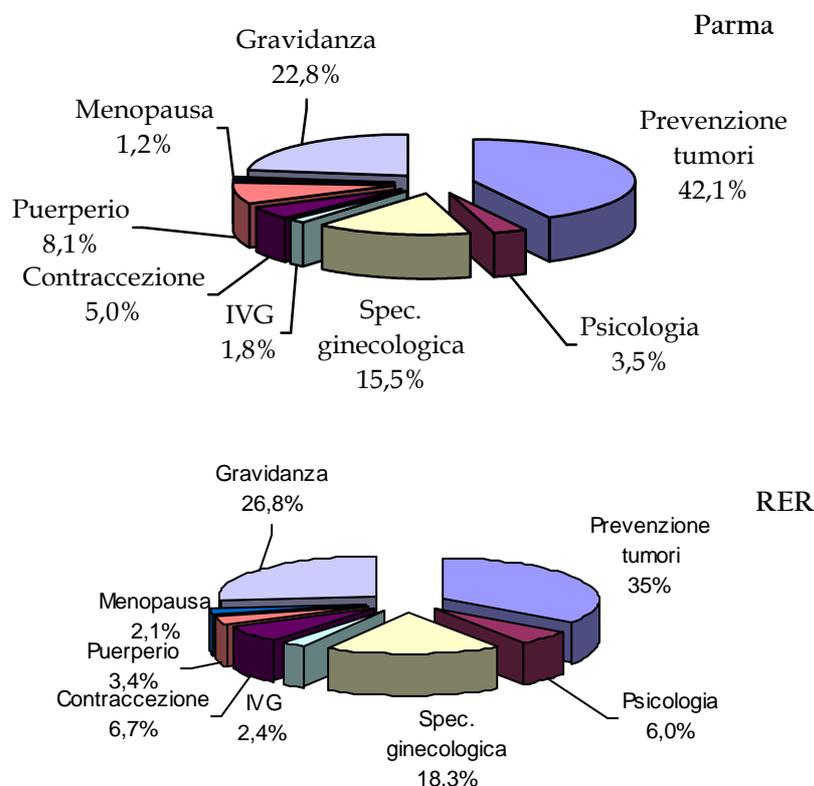
Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza alla gravidanza, nel 2010, la percentuale di gravide in carico su nati vivi è pari a 35,2, mentre la percentuale di donne gravide provenienti da paesi sottosviluppati è il 61,1% del totale. La percentuale di donne in gravidanza appartenenti ad altre culture oscilla a livello distrettuale dai 52,83% della Val di Taro ai 67,44 di Fidenza.

FIGURA 32 PERCENTUALE DI DONNE GRAVIDE SU NATI VIVI



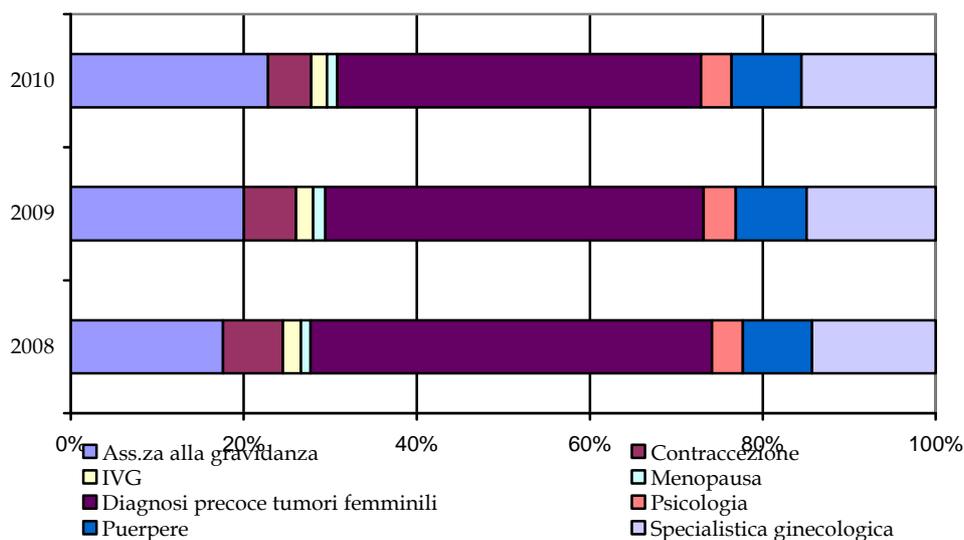
L'attività consultoriale si presenta in molteplici settori. Nel 2010, a Parma, il 42,1% delle attività consultoriali riguardano l'ambito della prevenzione dei tumori femminili, il 15,5% ad attività ginecologica, il 22,8% alla gravidanza, l'8,1% al puerperio, il 5,0% alla contraccezione, il 3,5% all'attività psicologica, l'1,2% alla menopausa e all'interruzione volontaria di gravidanza l'1,8%.

FIGURA 33 ATTIVITÀ CONSULTORIALE – AUSL PARMA E RER – ANNO 2010



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

FIGURA 34 DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI – A. 2007-2010



Infanzia e Adolescenza

TABELLA 61 ISTRUTTORIE PER LE ADOZIONI – 2010

Istruttorie	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Adozioni nazionali	5	5	3	1	14
Adozioni internazionali	1	1	2	0	4
Entrambe le adozioni	29	5	7	4	45
Ex art. 44 adozione nominale	2	0	1	0	3
TOTALE	37	11	13	5	66

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Negli ultimi cinque anni (2005 – 2010) circa 470 coppie si sono rivolte ai Servizi Adozioni della provincia di Parma per richiedere informazioni, con un calo riscontratosi negli ultimi 3 anni.

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

I dati riferiti alle istruttorie avviate evidenziano un calo progressivo dal 2006 al 2009, per un improvviso aumento nel corso del 2010.

Per quanto riguarda la tipologia di richieste adottive nel corso del 2010, rispecchiando il trend degli anni precedenti, la maggior parte delle coppie sceglie di avviare l'istruttoria sia per l'adozione nazionale che internazionale, seguita dalle richieste di sola adozione nazionale, mentre l'istruttoria per la sola adozione internazionale risulta sempre molto marginale.

Viste le disponibilità di bambini per l'adozione, i dati delle effettive adozioni realizzate nel 2010 risultano non rispondenti alle tipologie di istruttorie perseguite e le adozioni internazionali rappresentano ben l'86% del totale delle adozioni realizzate, delineando un deciso aumento rispetto agli anni precedenti.

TABELLA 62 – ADOZIONI – 2010

ADOZIONI	Parma	Fidenza	Sud Est	Valli Taro Ceno	Totale
Abbinamenti adozione nazionale iniziati	2	1	0	1	4
Abbinamenti adozione internazionale iniziati	15	5	3	1	24
Abbinamenti complessivi	17	6	3	2	28

Fonte: Assessorato Politiche Sociali della Provincia di Parma

Nel 2010 le adozioni effettuate in provincia sono state 28, il 60% delle quali realizzate nel Distretto di Parma, seguito da Fidenza, quindi all'incirca in ugual misura dai Distretti Valli Taro e Ceno e Sud Est.

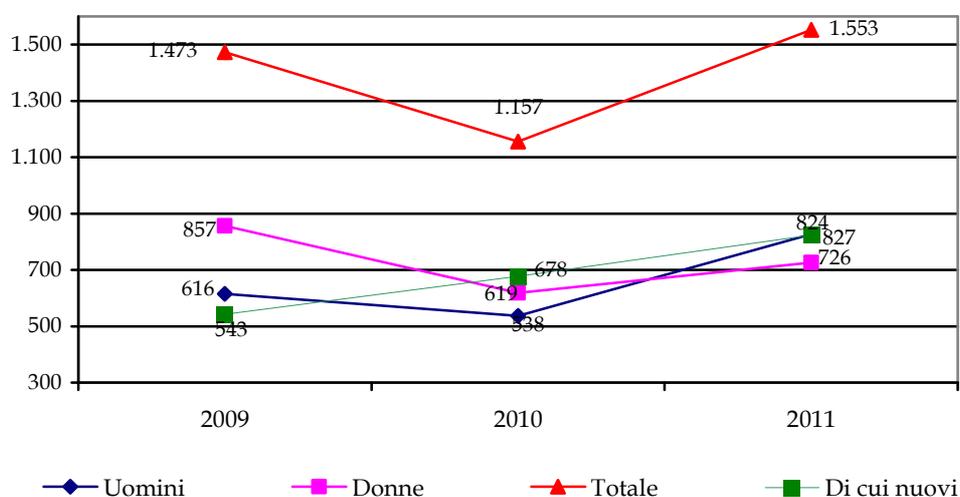
In linea con gli anni precedenti nel 2010 si riscontra una bassa fascia di età dei bambini adottati nel territorio: nell'adozione nazionale tornano ad essere compresi esclusivamente nella fascia di età 0-2 anni, mentre nell'adozione internazionale la prevalenza si attesta nella fascia 6-10 anni, seguita dalla fascia 0-5 anni.

I Paesi di provenienza risultano afferenti in prevalenza all'area dell'Est Europa (circa la metà del totale), quindi dal Sud America (37,5%) ed infine dall'Asia (12,5%).

Spazio immigrati

Come si evince dal grafico sottostante, l'utenza del 2011 è in netto aumento rispetto all'anno precedente; questo aumento ha interessato sia la componente femminile (dai 619 soggetti ai 726) ma soprattutto quella maschile (dai 538 del 2010 ai 827 del 2011); crescono anche i nuovi utenti (dai 678 dell'anno scorso ai 824 di questo anno); il trend in aumento dell'utenza è da ricondurre, da un lato ai recenti avvenimenti del Nord-Africa e dall'altro lato alla perdita di lavoro e del Permesso di Soggiorno, quindi dell'Iscrizione al SSN, che ha interessato prevalentemente l'immigrazione maschile impiegata nelle fabbriche che risente maggiormente della crisi. Il minore incremento dell'utenza femminile rispetto a quello maschile è da attribuire inoltre, al miglioramento dell'orientamento dell'utenza nei vari servizi aziendali (Area Salute Donna).

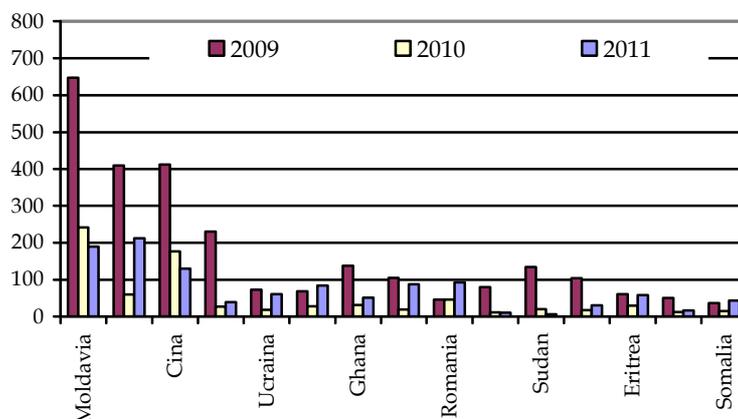
FIGURA 35 SOGGETTI ADULTI IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA - 2009-2011



I soggetti in carico per nazionalità

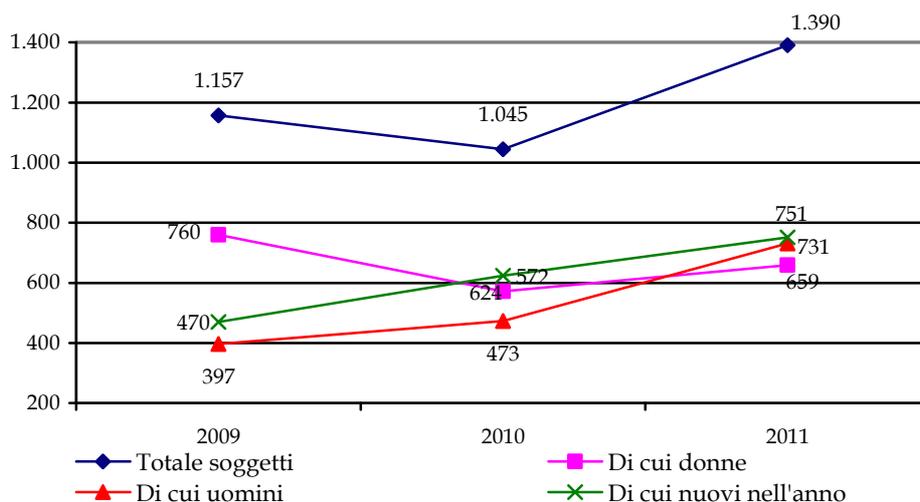
Considerando i dieci gruppi nazionali maggiormente rappresentati, pur osservando un importante incremento dell'utenza dai paesi africani (Tunisia, Nigeria, Ghana, Eritrea, Somalia), rispetto all'anno precedente, continuano ad essere numericamente rappresentativi i cittadini moldavi, albanesi, rumeni, ucraini e cinesi.

FIGURA 36 SOGGETTI ADULTI IN CARICO PER NAZIONALITÀ – 2009–2011



I soggetti in carico e le prestazioni nelle Aree di attività

FIGURA 37 SOGGETTI ADULTI NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE – A. 2009–2011



L'area di Medicina generale evidenzia anche essa un incremento di utenza rispetto agli anni precedenti (1.390 nel 2011 rispetto ai 1.045 del 2010); questo aumento è più evidente nell'utenza maschile e sembra essere dovuto in parte all'emergenza Nord-Africa.

Continua l'aumento degli accessi che richiedono prestazioni solo infermieristiche (orientamento ad altri servizi, educazione sanitaria, somministrazione della terapia, ecc...) o psicologiche.

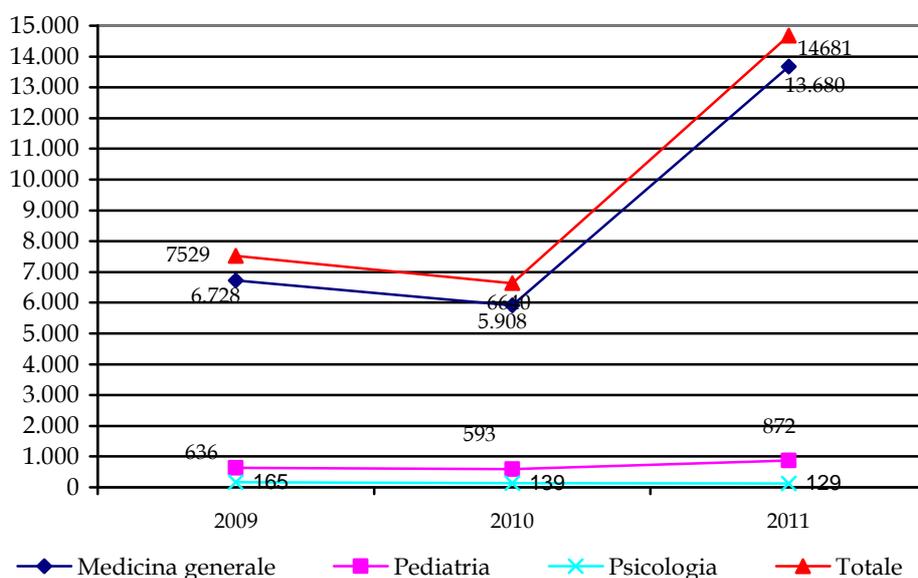
Il servizio spazio immigrati viene utilizzato sempre più per attività di sostegno psicologico (counselling, psicoterapia breve, colloqui motivazionali ecc...): rispetto al 2010 si evidenzia un incremento di utenza del 4,8% per complessivi 43 utenti in carico. Sempre più spesso lo specialista psicologo viene coinvolto nella presa in carico di soggetti rifugiati vittime di tortura (22 dei 31 nuovi soggetti presi in carico dal servizio di psicologia erano vittime di tortura).

Pediatria

La pediatria ha evidenziato un incremento dell'utenza del 20,2%, per complessivi 244 utenti in carico nel corso del 2011; aumenti significativi si ravvisano anche tra i nuovi utenti (+40 utenti; +31%) probabilmente dovuti ai ricongiungimenti familiari.

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

FIGURA 38 PRESTAZIONI PER AREA DI ATTIVITÀ - A. 2009-2011

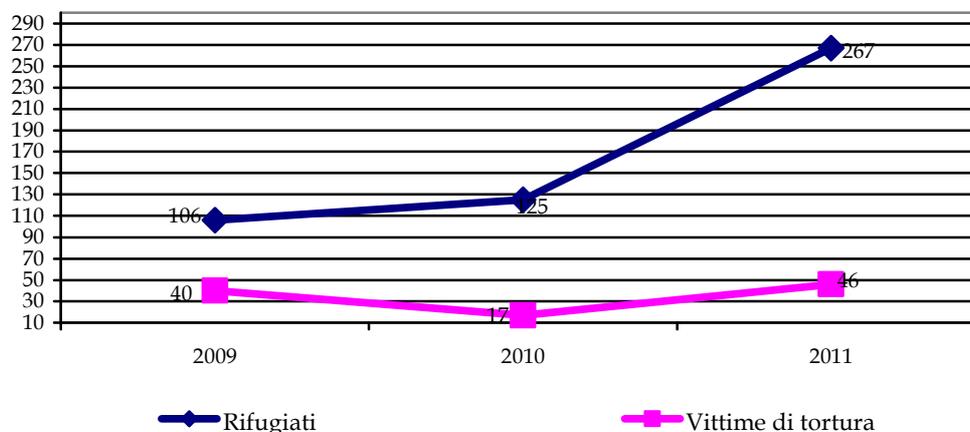


Rispetto all'anno precedente l'evidente aumento delle prestazioni, in linea con l'incremento dell'utenza totale, è in parte ascrivibile, almeno nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza infermieristica, alla messa in atto del protocollo per la sorveglianza sindromica attuata nei confronti di soggetti giunti in Italia in seguito agli avvenimenti del Nord-Africa.

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

Nell'ambito della sorveglianza sindromica, sono stati seguiti 181 soggetti.

FIGURA 39 SOGGETTI ADULTI RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA IN CARICO AL SERVIZIO DEL DISTRETTO DI PARMA 2009-2011



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

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

Nel 2011, presso lo spazio salute immigrati, sono stati osservati 267 rifugiati (229 di sesso maschile e 38 di sesso femminile) di cui 46 vittime di violenza estrema (41 di sesso maschile e 5 di sesso femminile); 18 dei soggetti vittime di tortura osservati nel nostro ambulatorio dedicato, ci giungevano da altre province della regione. Nel 2010, i rifugiati erano 125 di cui 17 vittime di tortura.

Inoltre, in collaborazione con varie strutture di accoglienza e per accesso spontaneo, è in aumento la presa in carico di soggetti vittime di tratta e/o sex workers; dai 16 del 2009 sono passati ai 22 del 2011 (di cui 10 inviati dalle strutture territoriali di accoglienza).

Da Dicembre 2010, presso lo Spazio salute Immigrati, si effettuano visite e certificazioni (in accordo con la Commissione di accertamento e valutazione degli stati di disabilità del Distretto di Parma) per esenzione di test linguistici al fine del rilascio del permesso di soggiorno Ce per soggiornanti di lungo periodo (DM 4 giugno 2010); a tale fine, nel 2011 sono stati rilasciati 48 Certificazioni per esenzione di test linguistici (per patologie o per età).

Anche nel 2011, è proseguita, presso lo Spazio Salute Immigrati, la presa in carico di soggetti stranieri in condizione di detenzione domiciliare o beneficiari di misure alternative al carcere, segno di una integrazione tra l'Unità operativa medicina penitenziaria e territorio. Nell'anno sono stati seguiti 14 soggetti, tutti di sesso maschile, per una continuità terapeutica intrapresa in carcere.

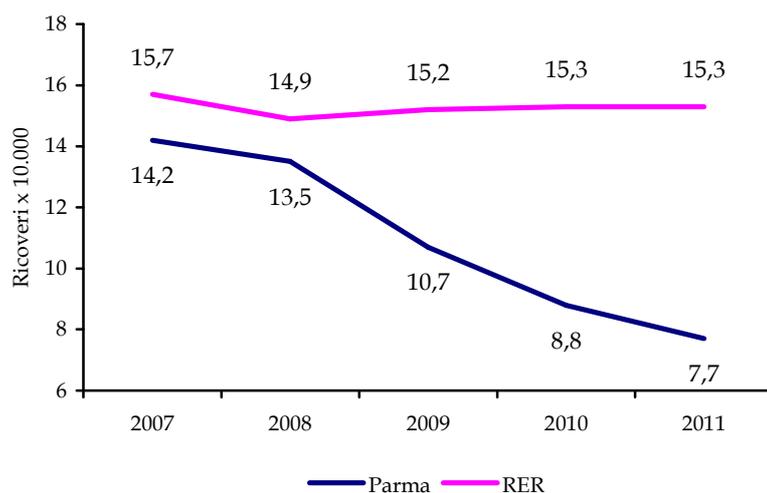
Salute Mentale

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

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

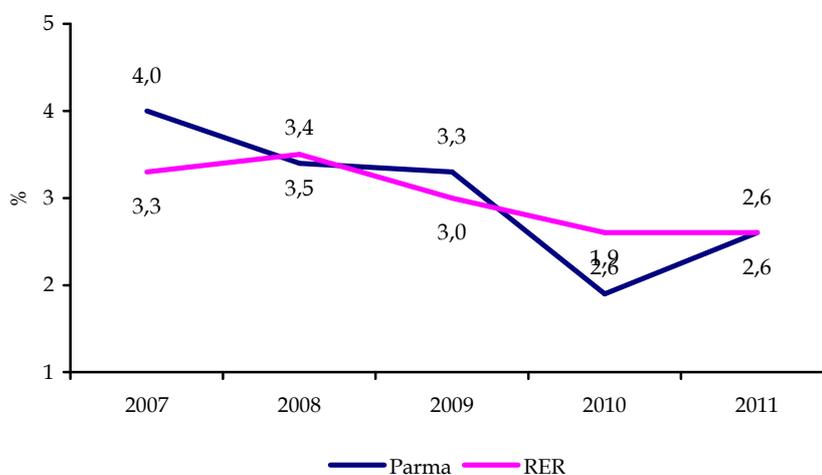
L'offerta sanitaria del Dipartimento si esplica, in un'ottica orientata alla sinergia delle parti, tra le aree di Psichiatria Adulti, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, nonché attraverso il Programma per le Dipendenze Patologiche e la Psichiatria Universitaria, assicurando quell'integrazione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

FIGURA 40 SPDC: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 10.000 AB. - ANNI 2007-2011



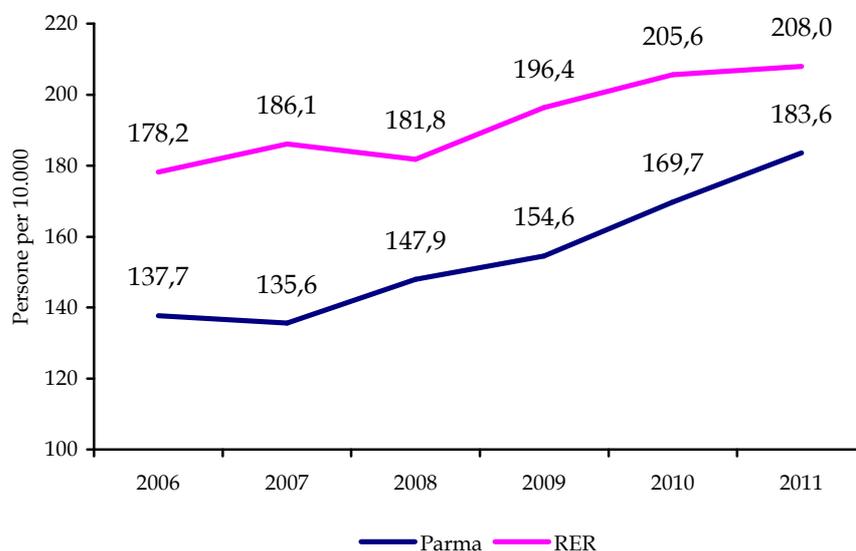
Il trend relativo alle dimissioni dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura conferma un tasso di ospedalizzazione che evidenzia uno spostamento verso il basso, discostandosi dal dato medio regionale. La riduzione significativa rilevata in questi anni, deve però essere contestualizzata con il contemporaneo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

FIGURA 41 TSO PER RESIDENTI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ANNI 2007–2011



In rapporto alla popolazione residente (parametrizzata ai 10.000 abitanti), il numero di TSO effettuati nel periodo 2007/2011 si mostra in aderenza con le medie regionali.

FIGURA 42 CENTRI SALUTE MENTALE: PERSONE TRATTATE PER 10.000 RESIDENTI – ANNI 2006–2011



Il Dipartimento di Salute Mentale di Parma nel 2011 ha trattato 6.869 persone con una percentuale di 183,6 per 10.000 abitanti (riferiti alla popolazione target che, in Provincia di Parma è di 374,117).

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

TABELLA 63 DETTAGLIO PERSONE TRATTATE NEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DISTRETTUALI

Centri di Salute Mentale Distrettuali	Utenti 2010	Utenti 2011
Distretto Parma	2.648	2.774
Distretto Fidenza	1.414	1.468
Distretto Sud Est	1.162	1.097
Distretto Valli Taro e Ceno	797	777
Attività ambulatoriali SPOI a direzione universitaria	461	510
Extradistrettuali	255	243
TOTALE	6.737	6.869

Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a direzione Universitaria

Nel 2011 sono stati effettuati 370 ricoveri. Di questi, 122 erano trasferimenti dall'SPDC; dei 248 restanti, 40 erano ricoveri urgenti (provenienti dunque dal PS o dalla UO di Medicina d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria; in alcuni casi anche urgenze dei Servizi Psichiatrici Territoriali, concordate con l'inviante ed il medico dell'SPDC); 207 erano ricoveri programmati non urgenti e 1 ricovero programmato con preospedalizzazione.

Indicatori di Movimento

Giornate di presenza	6.089
Degenza Media	15,86
Presenza media giornaliera	17,1
Occupazione letto	121,8

FIGURA 43 PROVENIENZA RICOVERI IN REPARTO- SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2011)

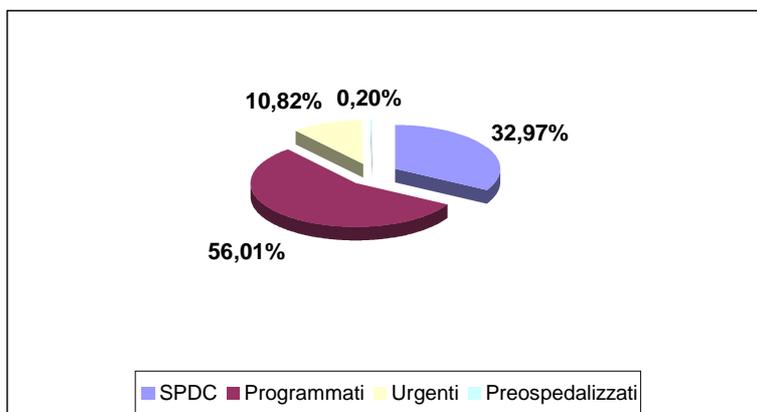
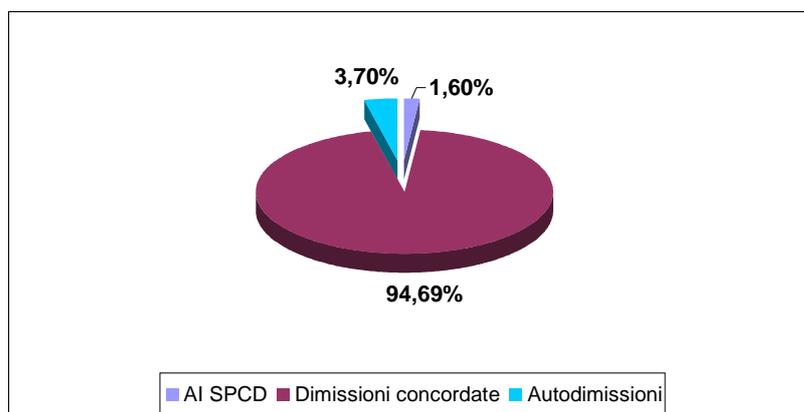


FIGURA 44 MODALITÀ DI DIMISSIONE DAL REPARTO SPOI A DIREZIONE UNIVERSITARIA (ANNO 2011)



Dei 375 pazienti dimessi al 31/12/2011, 6 sono stati trasferiti al Diagnosi e Cura; 355 i pazienti dimessi (riaffidati ai servizi territoriali, a domicilio, presso strutture psichiatriche extraospedaliere); 14 le autodimissioni.

Day Hospital Clinica Psichiatrica

Presso l'Unità Operativa SPOI a direzione universitaria è attivo un Day Hospital 5 giorni alla settimana dalle ore 8 alle ore 13.

Nel periodo in esame sono stati effettuati 140 accessi; i giorni di apertura sono stati 244.

Dei 140 utenti dimessi, 123 sono state le dimissioni ordinarie; 5 i trasferimenti e 12 le dimissioni volontarie.

Indicatori di Movimento

Presenza media giornaliera	4,13
Giornate di presenza	1.475
Durata media	4,13

Servizio Ambulatoriale SPOI a direzione universitaria

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

Dati Ambulatorio prime visite

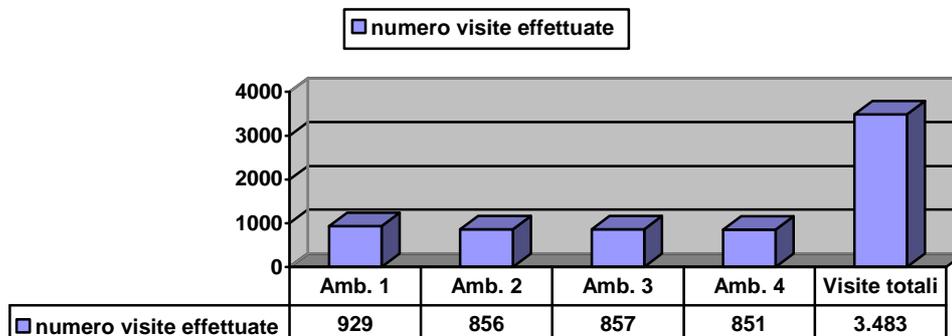
Nel periodo in esame le prime visite effettuate sono state 482.

Ambulatori di controllo

Il servizio eroga 24 visite psichiatriche di controllo programmate (6 visite per ogni ambulatorio) su 4 giorni settimanali. Offre inoltre possibilità per accessi non programmati in urgenza per utenti già in carico.

Il numero di visite effettuate nel periodo (alle quali si aggiungono 226 prelievi ematici, di cui 76 controlli del dosaggio di Clozapina) può essere così riassunto:

FIGURA 45 VISITE EFFETTUATE (ANNO 2011)



Servizio di Consulenza

Sono state effettuate in totale 1.182 consulenze presso i reparti della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. A tale attività è adibito un medico durante la settimana ed i medici specialisti reperibili nel week-end e durante la notte (in caso di consulenze richieste in urgenza).

Dipendenze Patologiche

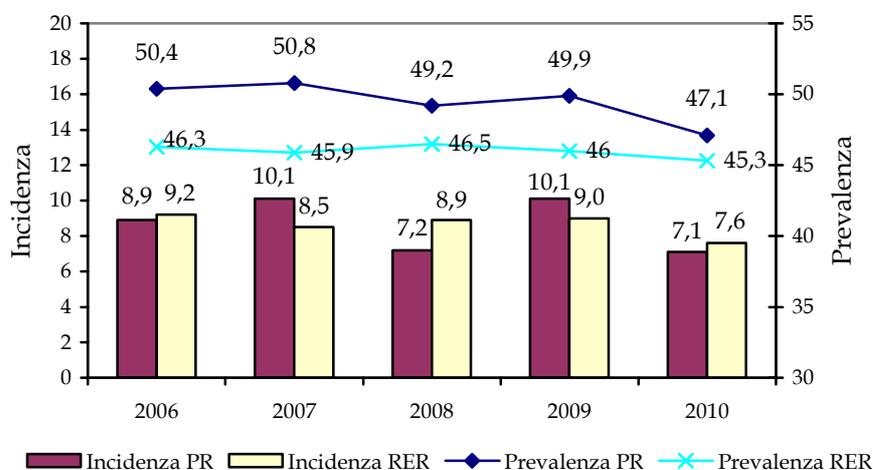
Il Programma Dipendenze Patologiche opera all'interno del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) con "l'obiettivo di migliorare la qualità e facilitare l'accesso dei cittadini portatori di bisogno ai programmi ed ai servizi di prevenzione del consumo/abuso di sostanze legali ed illegali, di cura e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza, di riduzione del danno da consumo/abuso di sostanze" (DGR 698/2008), come ribadito dalla recente DGR 999/2011. Tale obiettivo è perseguito attraverso i servizi socio-sanitari distrettuali e sovra-distrettuali presenti nel territorio di Parma e provincia, a cui l'utenza può accedere di propria iniziativa o tramite l'invio da parte di altri soggetti istituzionali, quali ad esempio la Prefettura o la Commissione Medica Locale.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche sono costituiti da équipe multiprofessionali integrate volte a progettare percorsi diagnostici e/o terapeutici individualizzati che fanno riferimento ad un approccio bio-psico-sociale che si esplica attraverso l'offerta di prestazioni differenziate (percorsi di accoglienza, osservazione e diagnosi, interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi, attività riabilitative residenziali e semiresidenziali, consulenze specialistiche).

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

Nel corso del 2010 complessivamente i Ser.T. di Parma e provincia hanno registrato una diminuzione della prevalenza e dell'incidenza dell'utenza alcolodipendente e tossicodipendente in carico, in rapporto all'anno precedente. Nonostante le variazioni periodiche dei tassi di prevalenza e incidenza, determinate da numerose variabili, tali fluttuazioni sembrano indicare, in generale, una certa stabilità dei fenomeni qui esposti.

FIGURA 46 TOSSICODIPENDENTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI – 2006–2010



Il tasso di prevalenza degli utenti tossicodipendenti in carico nel 2010 (47,1/10000) nell'Ausl di Parma, nonostante il calo rispetto al 2009, presenta ancora valori più elevati rispetto al dato medio regionale, mentre il tasso d'incidenza, dopo un picco superiore al dato regionale nel 2009, torna nel 2010 a livellarsi con un punteggio di poco inferiore alla media regionale.

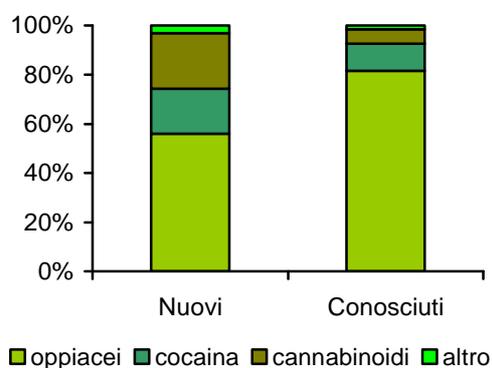
Dalla distribuzione dell'utenza in carico ai quattro Distretti emerge che il 67% dell'utenza è in carico al Distretto di Parma (U.O di Parma e Colorno) mentre nel Distretto Valli Ceno e Taro c'è il minor numero di utenti in carico per problematiche riconducibili all'area "Droghe e/o farmaci" (8%).

TABELLA 64 UTENTI TOSSICODIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Distretto socio sanitario	Già conosciuto		Nuovo		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Parma	709	69.0	81	56.3	790	67.4
Fidenza	137	13.3	22	15.3	159	13.6
Valli Taro e Ceno	87	8.5	11	7.6	98	8.3
Sud Est	95	9.2	30	20.8	125	10.7
Totale	1028	100	144	100	1172	100

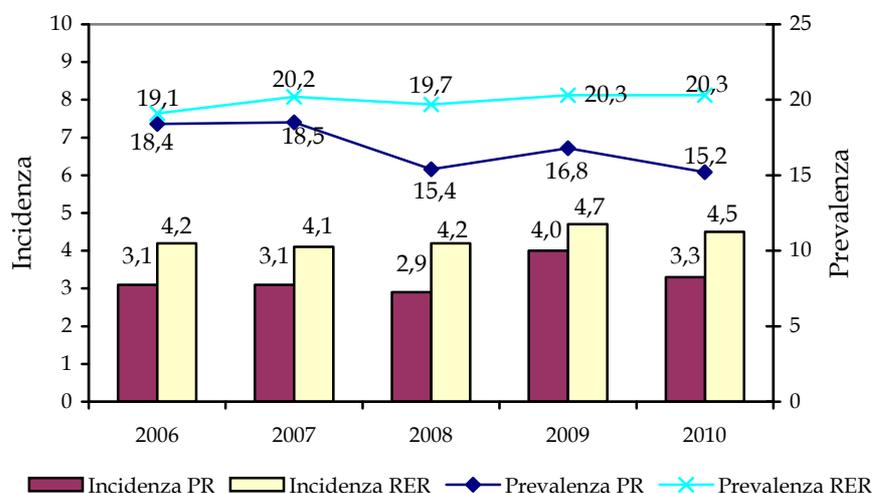
Gli oppiacei rimangono la principale sostanza d'abuso per cui è stato attivato un trattamento sia tra i nuovi utenti che tra quelli già conosciuti. Rispetto agli utenti già in carico tra i nuovi risultano maggiormente diffuse la cocaina e i cannabinoidi.

FIGURA 47 TOSSICODIPENDENTI: SOSTANZA PRIMARIA UTENTI NUOVI E CONOSCIUTI – A. 2010



Dopo anni di progressivo aumento, sia nella provincia di Parma che a livello regionale, la prevalenza degli utenti in carico per problematiche alcolcorrelate si stabilizza a livello regionale e mantiene un livello inferiore negli ultimi tre anni a livello locale, attestandosi a 15,2/10000 nel 2010. L'andamento dei nuovi utenti presi in carico dai Ser.T di Parma segue la crescita regionale nel 2009 per poi scendere nel 2010, sempre in modo proporzionale, a 3,3/10000 (valore regionale: 4,5). Oltre a fattori contestuali è probabile che dopo anni di crescita costante a livello locale e regionale, in parte dovuti all'istituzione di servizi *ad hoc* (Centri alcolologici), si sia verificato un fenomeno di assestamento.

FIGURA 48 ALCOLISTI: TASSO DI INCIDENZA E PREVALENZA PER 10.000 RESIDENTI DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 64 ANNI – 2006-2010



Le differenze distrettuali mostrano un più alto numero di utenti che si rivolgono al Ser.T. capoluogo di provincia (58%), dotato di una équipe dedicata, e una distribuzione pressoché simile negli altri distretti socio sanitari.

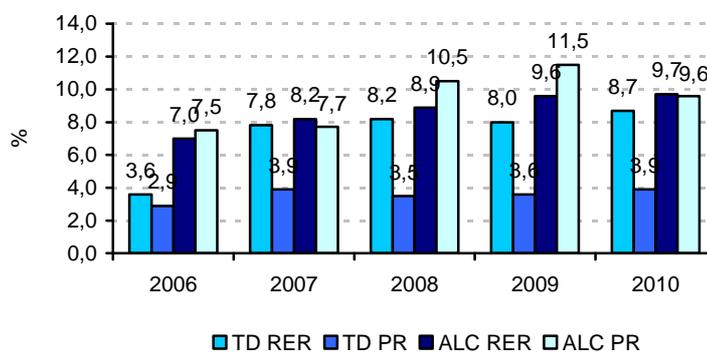
TABELLA 65 UTENTI ALCOLDIPENDENTI IN CARICO PER DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Distretto socio sanitario	Già conosciuto		Nuovo		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Parma	201	60.7	47	50.0	248	58.3
Fidenza	49	14.8	18	19.1	67	15.8
Valli Taro e Ceno	46	13.9	13	13.9	59	13.9
Sud Est	35	10.6	16	17.0	51	12.0
Totale	331	100	94	100	425	100

Stabile nel 2009 l'affluenza di persone straniere presso i Ser.T. per problematiche di tossicodipendenza, mentre si osservava un andamento in crescita e sopra la media regionale per gli utenti in trattamento a Parma per problematiche di abuso o dipendenza da alcol sino al 2009, fenomeno che pare stabilizzarsi nel 2010, pur evidenziando una significativa differenza rispetto alla presa in carico di stranieri con problematiche di tossicodipendenza.

Nel 2010 gli stranieri alcolisti ammontano al 9,6% di tutti gli alcolisti in carico. Un dato che mette in luce l'importanza di quei meccanismi di organizzazione e di strutturazione dei Servizi che facilitano la fruibilità e l'accesso a tutte le fasce di popolazione, tenendo così conto dei cambiamenti sociali-economici-culturali che già da alcuni anni hanno mutato la scena della domanda e della tipologia di consumatori.

FIGURA 49 UTENTI STRANIERI IN CARICO PER AREA PROBLEMÁTICA (ANNI 2006-2010)



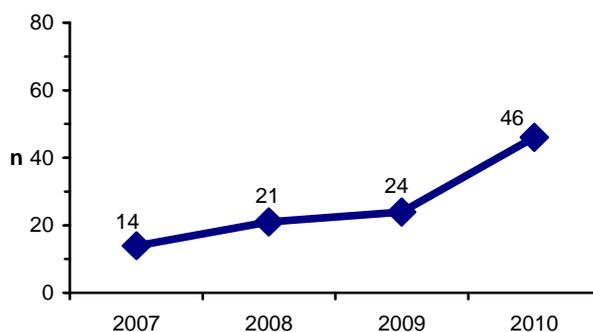
All'interno della Casa Circondariale di Parma, che conta circa 600 detenuti, opera il Nucleo Assistenza e Riabilitazione Tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari (NART). Nell'anno 2010 il NART ha avuto in trattamento 148 persone, di cui 54 nuovi utenti, per problematiche legate all'uso di sostanze e 3 persone, tra cui nessun nuovo utente, per problematiche alcol correlate. L'utenza in carico nel 2010 era prevalentemente di nazionalità italiana (79,5% vs. 20,5%).

TABELLA 66 UTENTI NART PER CITTADINANZA E AREA PROBLEMÁTICA

Cittadinanza	Tipologia utente		Totale	%
	Alcol	Droghe e/o farmaci		
Italiana	3	117	120	79,5
Straniera	0	31	31	20,5
Totale	3	148	151	100

È ormai consolidato il dato che all'interno dei Servizi per le Dipendenze sta emergendo una "nuova" tipologia di utenza che arriva ai Servizi per problematiche legate al gioco d'azzardo (gioco d'azzardo patologico, GAP). Nonostante rispetto alle altre tipologie (alcol e droghe) il numero di utenti in trattamento risulti ancora esiguo (nel 2010 rappresentava 2,8% dell'utenza in carico ai Servizi per le Dipendenze) è indubbio che vi sia un *trend* di crescita: rispetto all'anno precedente nel 2010 il numero di persone in carico è quasi raddoppiato. È ancora difficile, dai dati epidemiologici a livello regionale e nazionale attualmente a disposizione, stimare la vera portata di questo fenomeno e le ripercussioni che potrà avere sui Servizi e sulla società negli anni a venire.

FIGURA 50 UTENTI IN CARICO PER GIOCO D'AZZARDO (ANNI 2007-2010)



La tutela della salute negli Istituti Penitenziari

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

Nel corso dell'anno 2011, in riferimento al trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si sono consolidate le funzioni trasferite e si è meglio delineata l'architettura organizzativa.

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

Il contesto

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

Le strutture presenti sono:

- Casa Circondariale che accoglie detenuti in attesa di giudizio o con pene inferiori ai 5 anni;
- Casa di Reclusione, che accoglie detenuti con pene passate in giudicato. Nella casa di reclusione è presente una sezione definita per “minorati fisici”, dove vengono assegnati detenuti con particolari patologie;
- Centro Diagnostico Terapeutico, che costituisce un Ospedale per i detenuti già presenti negli Istituti di Pena di Parma o inviati per cure da altri Istituti di Pena del territorio nazionale. Dopo il periodo di ristrutturazione, si sono aggiunti 12 posti letto dedicati ai soggetti ristretti nel circuito di massima sicurezza.
- Sezione “Paraplegici” con celle grandi, bagni attrezzati in cella, con bagni comuni con possibilità di doccia o bagno assistito, palestra per riabilitazione con macchinari per cure fisiche, accoglie nove detenuti con gravi disabilità, con possibilità di avere in cella un altro detenuto che funga da aiuto per il disabile;
- La sezione definita “41 Bis”, dislocata in un caseggiato completamente separato, dove sono presenti detenuti sottoposti a regime speciale. Dal punto di vista sanitario funziona in modo totalmente autonoma;
- La Sezione Semiliberi, che ospita soggetti in progetto riabilitativo all'esterno, che prevede il rientro negli Istituti di Pena in orari differenziati, secondo il progetto.

Le prestazioni sanitarie

L'analisi delle prestazioni erogate a favore della popolazione detenuta confermano un elevato livello di complessità dell'attività sia per quanto riguarda la Medicina Generale sia per quanto riguarda l'assistenza specialistica nonché la diagnostica strumentale, di laboratorio e la riabilitazione.

Per migliorare la qualità delle prestazioni e monitorarne l'efficacia, è in corso di elaborazione un moderno strumento di cartella elettronica che sarà adottata a livello regionale, finalizzato ad un sistema informativo uniforme. Si conferma la necessità di una riorganizzazione complessiva dell'attività di medicina generale, al fine di aumentare l'efficacia degli interventi. Ciò richiede che tale obiettivo sia incluso nella più ampia programmazione aziendale, con l'attribuzione di adeguate risorse.

Per quanto riguarda la medicina specialistica, e in generale gli interventi terapeutici, la riorganizzazione persegue l'obiettivo della appropriatezza degli stessi, attraverso un miglior coordinamento ed integrazione con la medicina di base.

L'integrazione socio sanitaria

A completamento dell'offerta riferita alle competenze del SSN e direttamente integrate con esso, è stato avviato un Progetto denominato “La promozione del benessere psicofisico negli Istituti Penitenziari”, finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio.

Tale progetto si articola in diverse azioni che comprendono molteplici attività che concorrono all'obiettivo, rivolgendosi alle diverse componenti della persona: il corpo (attività motorie), la comunicazione con il Servizio Sanitario (gruppi di informazione), la specificità della migrazione (gruppi dedicati), l'essere genitori (gruppi di sostegno alla genitorialità), le capacità espressive (laboratorio di pittura).

Assistenza Odontoiatrica

Il Programma di Assistenza Odontoiatrica di cui alle DGR 2678/2004 e 374/2008, è stato avviato con la finalità di assicurare in modo uniforme ed omogeneo le cure odontoiatriche su tutto il territorio regionale, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 che, tra i Livelli Essenziali di Assistenza, contempla i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

L'introduzione della DGR 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sociale e di vulnerabilità sanitaria, nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino a 22.500 € e, per quanto riguarda le vulnerabilità sanitarie, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie ed è stata ampliata la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche ai disabili (VS12).

E' stato altresì istituito un percorso, ormai consolidato, che consente la certificazione della grave disabilità psico-fisica da parte delle Commissioni Invalidi Distrettuali; semestralmente le commissioni forniscono il dato relativo alle certificazioni rilasciate, complessivamente nei 4 Distretti, nell'anno 2011 sono stati rilasciati 120 certificati.

Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti disabili, è garantita in tutti gli ambulatori della provincia ma, per la presa in carico dei pazienti più complessi, sono stati strutturati punti specifici di riferimento a livello provinciale. Si tratta dell'ambulatorio protetto per pazienti disabili, attivo presso il Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro, che ha consolidato e specializzato l'attività rivolta a pazienti con handicap che necessitano di particolari attenzioni e dell'Unità Operativa di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria che ha negli anni specializzato la sua esperienza nel settore ed è riferimento per un bacino di utenza sovraprovinciale.

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

In seguito all'adozione delle condivise "Linee Guida per l'Attività Odontoiatrica", sono state uniformate molte modalità operative tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria in relazione ai vari aspetti del Programma di Assistenza Odontoiatrica.

Con il monitoraggio dei dati di attività rilevabili dal flusso ASA, dal confronto con l'attività dell'anno 2010 si evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dalle due Aziende Sanitarie, n° 30662 nel 2011 mentre nel 2010 erano n°27511.

Si è osservato, in particolare, un incremento di attività relativamente agli assistiti in condizioni di vulnerabilità sociale, n° 6607 nell'anno 2011, n° 5949 nell'anno 2010.

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2011 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

TABELLA 67 VOLUMI DI ATTIVITÀ EROGATA NELL'ANNO 2011 (FONTE BANCA DATI ASA)

Tipologia di Cure	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	4.594	720	209	1421	796	7.740
Ortodonzia	267	145	n.e	25	120	557
Protesica	738	370	87	413	27	1635
Solo visite	6.082	1.386	557	1414	4.215	13.654
TOTALE	11.681	2.621	853	3.273	5.158	23.586
Solo urgenze	1401	124	2	20	2.444	3.991
Altre prestazioni programma	546	373	126	479	1.561	3.085
TOTALE COMPLESSIVO	13.628	3.118	981	3.772	9.163	30.662

Cert. ISEE	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 <u>reddito ≤ 8.000</u>	2420	504	101	614	334	3973
ISEE2 <u>> 8.000 e ≤ 12.500</u>	477	159	48	169	87	940
ISEE3 <u>> 12.500 e ≤ 15.000</u>	164	60	17	70	34	345
ISEE 4 <u>> 15.000 e ≤ 20.000</u>	197	55	19	77	52	400
ISEE 5 <u>> 20.001 e ≤ 22.500</u>	108	17	4	19	801	949
TOTALE	3.366	795	189	949	1.308	6.607

Condizione di vulnerabilità	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Vulnerabilità Sanitaria	194	66	6	60	545	871

Assistenza protesica e integrativa

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.).

Oltre a queste voci principali, che rappresentano l'Assistenza Protesica strettamente intesa, si considera anche l'Assistenza Integrativa, una classe di spese relative al materiale per diabetici (strisce automonitoraggio domiciliare della glicemia e microinfusori programmabili di insulina), ai prodotti dietetici per le persone affette da celiachia, agli ausili per incontinenti e all'ossigenoterapia domiciliare (ossigeno liquido e noleggio di accessori per ventiloterapia).

Spesa aziendale per macrocategorie

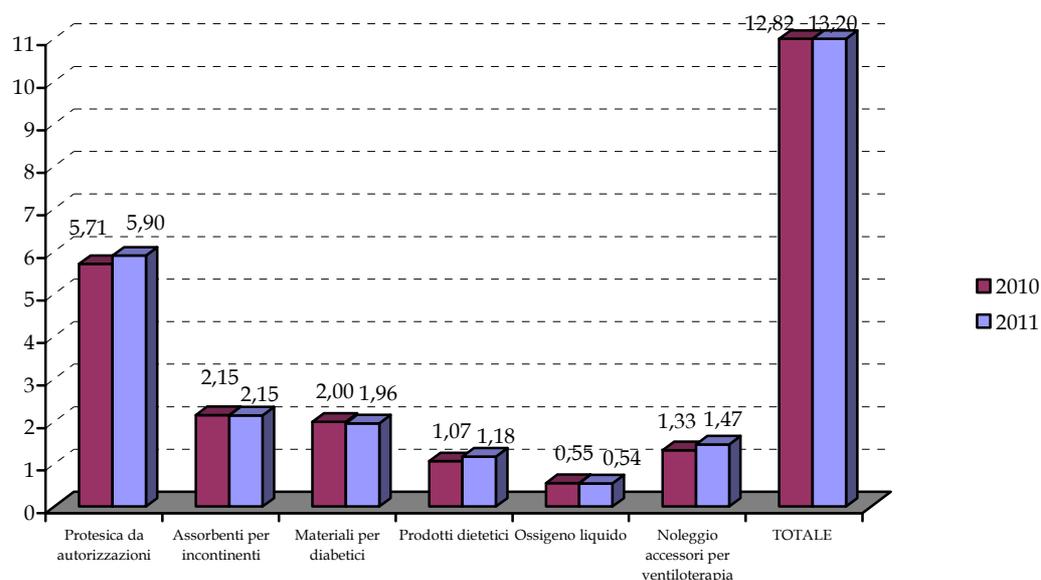
Come si può osservare dalla seguente tabella, tra l'anno 2010 e l'anno 2011 si registra un aumento della spesa complessiva aziendale per assistenza protesica e integrativa pari al 3,02%, passando da 12.816.301 € a 13.202.928 €. La variazione totale è la risultante di movimenti di segno, e di peso, diverso all'interno delle macrovoci di spesa. La voce relativa alla *protesica da autorizzazioni* aumenta del 3,40%, quella dei *prodotti dietetici* del 10,51% quella del *noleggio degli accessori per ventiloterapia* del 10,21. Altre voci di spesa, invece, diminuiscono: quella per i *materiali per diabetici* dell'1,97% e quella dell'*ossigeno liquido* dell'1,38%.

TABELLA 68: SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE DI ASSISTENZA PROTESICA – ANNI 2010–2011

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2010 %	Anno 2011 %	Δ A	Δ%
Protesica da autorizzazioni	5.709.719	5.904.001	44,55	44,72	194.281	3,40
Assorbenti per incontinenti	2.154.590	2.145.675	16,81	16,25	-8.915	-0,41
Materiali per diabetici	1.999.333	1.959.973	15,60	14,84	-39.359	-1,97
Prodotti dietetici	1.070.751	1.183.271	8,35	8,96	112.520	10,51
Ossigeno liquido	552.382	544.745	4,31	4,13	-7.637	-1,38
Noleggio accessori per ventiloterapia	1.329.526	1.465.264	10,37	11,10	135.738	10,21
TOTALE	12.816.301	13.202.928	100,00	100,00	386.627	3,02

La composizione della spesa totale per sottolivello di assistenza protesica vede una concentrazione in tre principali categorie: la macrocategoria *protesica da autorizzazioni* pari al 44,72%, gli *assorbenti per incontinenti* al 16,25%, il *materiale per diabetici* al 14,84%; nei due anni osservati la composizione della spesa nei sottolivelli non cambia in maniera significativa.

FIGURA 51 SPESA AZIENDALE PER MACRO-CATEGORIE , MILIONI DI EURO, ANNI 2010-2011



Suddividendo la spesa protesica e integrativa per Distretto si colgono i livelli di spesa e le relative variazioni per gli anni 2010 e 2011 in una dimensione amministrativa/geografica.

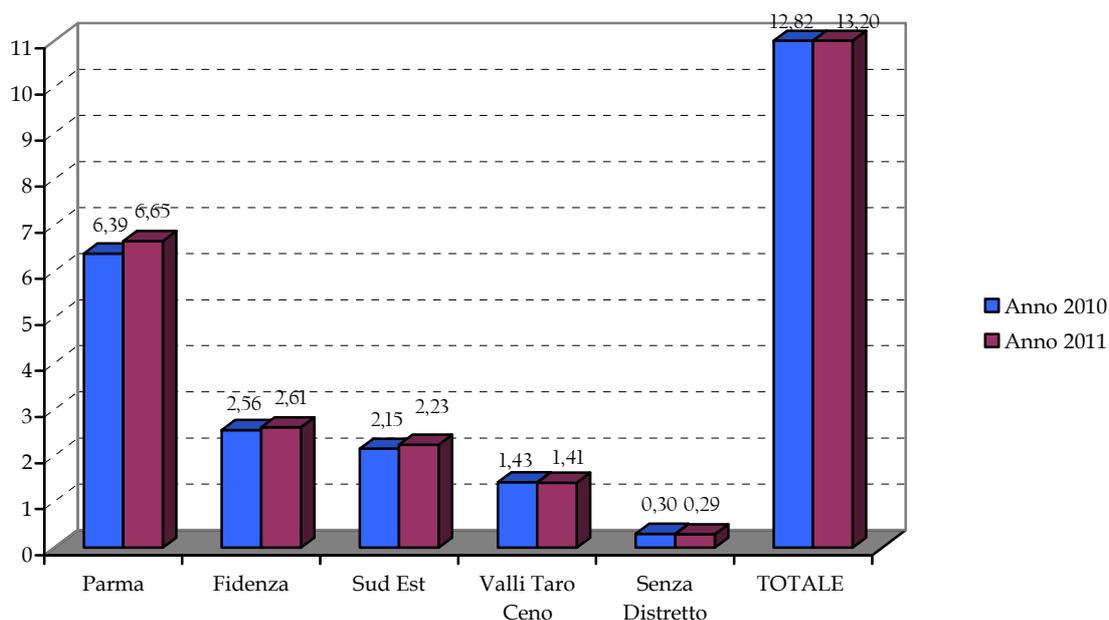
TABELLA 69 SPESA PROTESICA PER DISTRETTO, ANNI 2010 E 2011 VARIAZIONI ASSOLUTE E PERCENTUALI

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2010 %	Anno 2011 %	Δ A	Δ %
Parma	6.385.443	6.652.412	49,82	50,39	266.969	4,18
Fidenza	2.555.307	2.613.061	19,94	19,79	57.755	2,26
Valli Taro Ceno	2.150.466	2.234.815	16,78	16,93	84.348	3,92
Sud Est	1.425.626	1.411.710	11,12	10,69	-13.917	-0,98
Senza assegnazione distrettuale ¹	299.458	290.931	2,34	2,20	-8.528	-2,85
Totale	12.816.301	13.202.928	100,00	100,00	386.627	3,02

La crescita Aziendale della spesa protesica e integrativa nel periodo qui considerato, è in buona misura determinata dagli aumenti nelle voci di spesa nel Distretto di Parma, ma sono tutti i Distretti, ad eccezione di quello di Valli Taro e Ceno, a mostrare valori in crescita. Le composizioni percentuali di spesa per Distretto non variano significativamente tra i due anni presi in considerazione, con il Distretto di Parma, che tende ad accrescere il suo peso andando a superare il 50% della spesa complessiva dell'anno 2011, seguito da quello di Fidenza, 19,79%, da quello di Sud Est, 16,93%, ed infine dal Distretto Valli Taro Ceno, 10,69%.

¹ Si noti come vi siano alcuni importi di spesa non immediatamente riconducibili ad uno specifico distretto; si tratta nella quasi interezza di *materiale per diabetici* erogati presso l'Azienda Ospedaliera di Parma.

FIGURA 52 SPESA COMPLESSIVA PER DISTRETTO – ANNI 2010–2011, MILIONI DI EURO



Assistenza farmaceutica

Nel 2011 la spesa farmaceutica convenzionata dell'Azienda USL di Parma ha subito una ulteriore riduzione rispetto al valore 2010 raggiungendo la cifra di 62.885.973,82 € al netto della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, del ticket introdotto dalla DGR 1190 del 2011 e degli sconti. Il risparmio rispetto all'anno precedente è stato pertanto di 7.007.812,57 €, pari al 10,03%, mentre la Regione ha registrato un calo dell'8,69%. Tale riduzione di spesa è stata principalmente dovuta alla riduzione del costo medio delle DDD. Mentre il numero di ricette ha registrato un lieve aumento pari allo 0,52% rispetto al 2011. E' ipotizzabile che la riduzione del costo medio delle DDD sia dovuto a:

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

Per quanto riguarda l'erogazione diretta di farmaci, sia direttamente da parte dell'Azienda che attraverso la distribuzione per conto, la spesa è cresciuta ulteriormente di circa 1.759.173 €; questo anche grazie al potenziamento del programma aziendale ed alla campagna di sensibilizzazione nei confronti sia della popolazione che dei soggetti prescrittori. Questo incremento non è stato superiore rispetto alla riduzione osservata per la spesa convenzionata determinando così una riduzione complessiva della spesa farmaceutica territoriale rispetto al 2010 (la spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A) del 4,03%, mentre la regionale ha registrato un calo del 2,99%.

La spesa farmaceutica totale SSN compresa quella ospedaliera di Parma ha avuto nel 2011 una riduzione del 4,35% rispetto al 2010, mentre quella regionale si è ridotta del 3,63%.

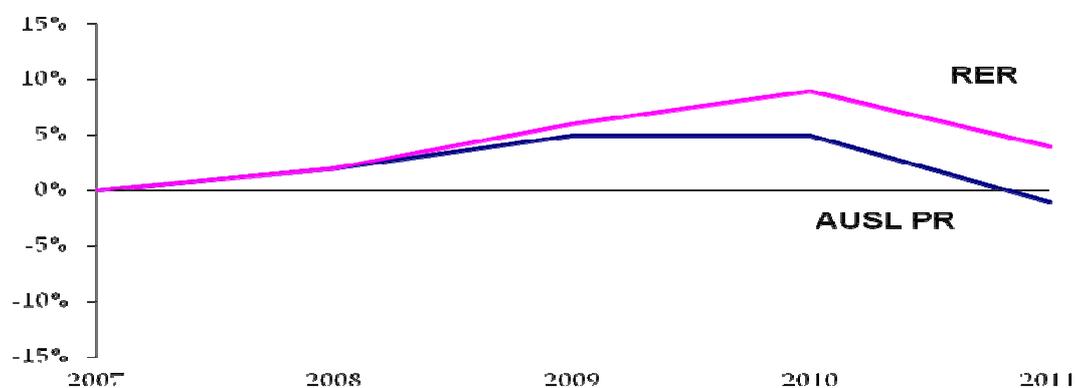
TABELLA 70 SPESA FARMACEUTICA TOTALE

	Spesa netta convenzionata	Erogazione diretta a prezzi ospedalieri	Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)	Spesa farmaceutica totale SSN
2008				
Parma	73.954.265	31.131.666	24.171.703	105.085.931
Regione	745.168.293	311.311.524	233.405.986	1.056.479.817
2009				
Parma	73.605.808	35.024.180	26.155.101	108.629.988
Regione	749.579.355	348.042.179	244.965.231	1.097.621.534
2010				
Parma	69.893.786	37.580.048	26.606.042	107.473.834
Regione	742.696.167	378.718.131	253.468.458	1.121.414.298
2011				
Parma	62.8856.974	39.339.221	26.017.201	128.242.396
Regione	678.219.850	400.682.076	246.042.109	1.324.944.035

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

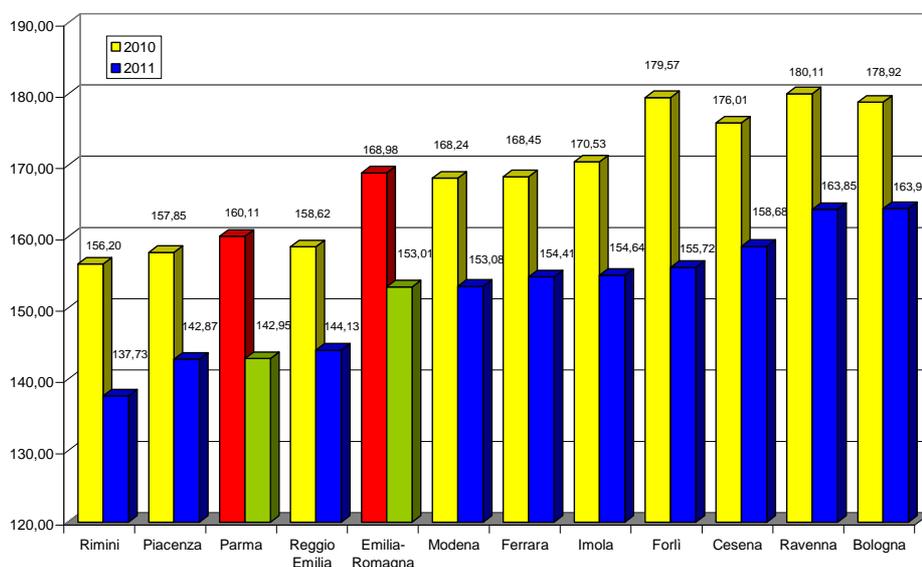
La Figura successiva riporta la variazione percentuale della spesa territoriale complessiva rispetto al 2007 ed evidenzia come fino al 2010 a fronte di una riduzione della spesa convenzionata si sia verificato un aumento più che proporzionale della spesa per erogazione diretta che ha comportato un incremento della spesa territoriale pari a circa il 5%. Dal 2010 si assiste invece ad una inversione di tendenza dovuta ad una sostanziale riduzione delle spesa netta convenzionata: per il 2011 l'Azienda USL di Parma, diversamente rispetto alla regione, è riuscita inoltre a ridurre la propria spesa rispetto al dato 2007.

FIGURA 53 SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE: VARIAZIONE 2007-2011



La spesa farmaceutica convenzionata netta per assistito pesato è ulteriormente scesa raggiungendo il livello di 142,95 €, una riduzione di 17,16 € rispetto allo scorso anno. L'Azienda USL di Parma, rimane tra le Aziende territoriali con spesa procapite inferiore a quella regionale, anche se nel 2011 i migliori risultati sono stati ottenuti dall'Azienda USL di Rimini (137,73 €) e Piacenza (142,87 €).

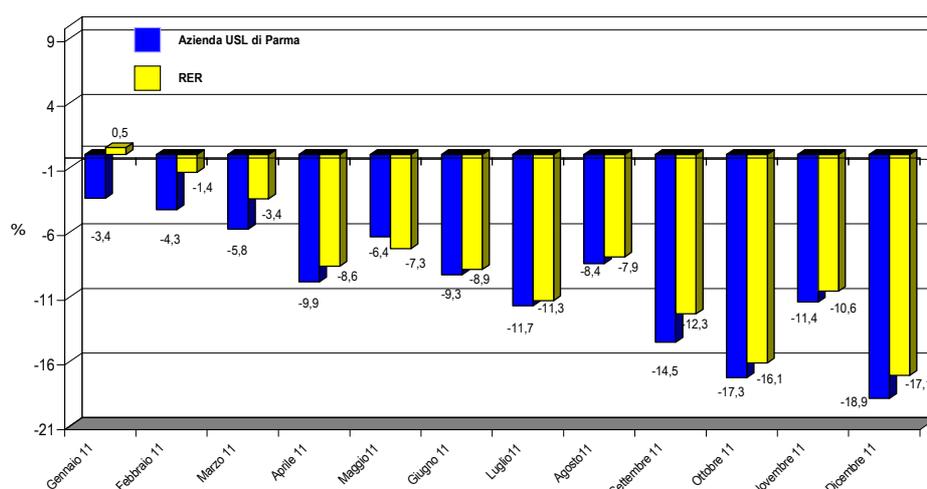
FIGURA 54 SPESA FARMACEUTICA PER ASSISTITO PESATO -2010-2011



Fonte: Servizio Politica del farmaco – Regione Emilia-Romagna

L'analisi dell'andamento mensile della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come nel corso del 2011 nell'Azienda USL di Parma si sia registrato un calo, ad eccezione del mese di maggio superiore rispetto a quello della regione.

FIGURA 55 SPESA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALLO STESSO MESE DELL'ANNO PRECEDENTE - ANNO 2011

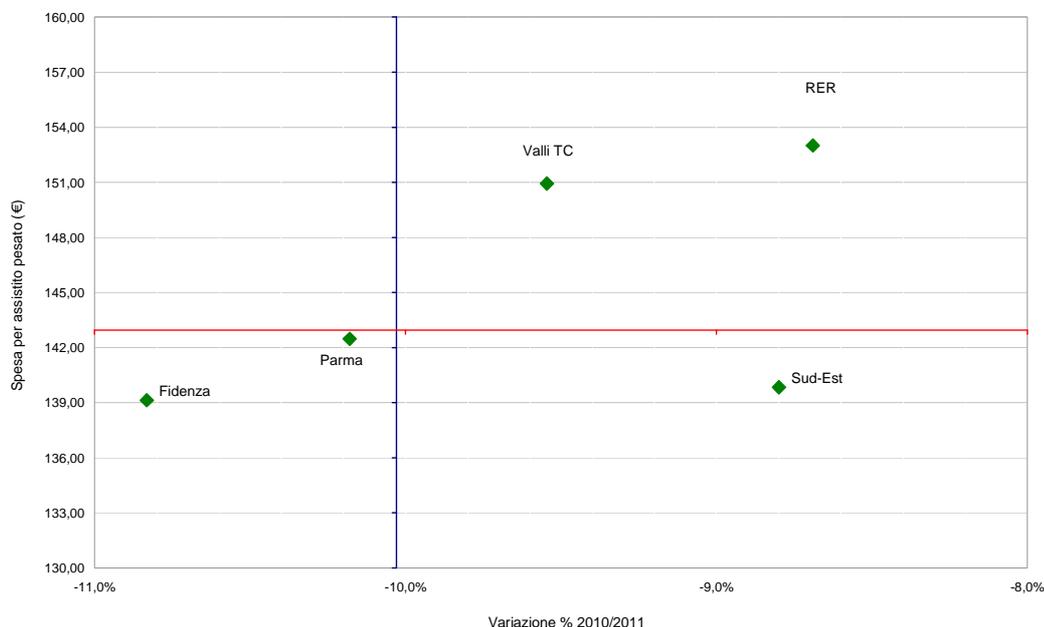


Fonte: Servizio Politica del farmaco e medicina generale – Regione Emilia-Romagna

Per quanto riguarda, infine, la spesa a livello dei distretti che compongono l'Azienda, il diagramma di dispersione che segue (figura 74) confronta, per ogni Distretto e per la Regione, (i) variazione percentuale della spesa del 2011 rispetto al 2010 e (ii) spesa per assistito pesato. Gli assi intersecano il diagramma in corri-

spondenza dei valori aziendali, rispettivamente pari ad una variazione percentuale di -10,03% e ad una spesa per assistito di 142,95 €.

FIGURA 56 ASSISTENZA FARMACEUTICA: VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO AL 2010 E SPESA PER ASSISTITO PESATO



Fonte: Banca dati AFT - Regione Emilia-Romagna

Nonostante i risultati positivi raggiunti nel 2011, restano alcune criticità relative a specifiche categorie terapeutiche: in particolare i dati evidenziano come sia ancora necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei professionisti in alcuni ambiti maggiormente critici quali i farmaci per disturbi correlati all'apparato gastro-intestinale (es. trattamento dell'acidità di stomaco), quelli del sistema nervoso centrale.

TABELLA 71 ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA - SPESA PER RESIDENTE (€) PER LE PRINCIPALI PATOLOGIE - ANNO 2011

Farmaci per il trattamento di patologie	Pro capite distretto Parma	Pro capite distretto Fidenza	Pro capite Distretto Sud est	Pro capite distretto Valli Taro e Ceno	Pro capite AUSL	Pro capite in ambito regionale (RER)
Gastro-intestinali	27,79	27,32	27,17	29,85	27,79	25,88
Cardiovascolari	61,51	65,13	63,77	81,04	64,81	70,23
Muscoscheletriche	5,56	4,85	4,89	6,01	5,33	7,33
Nervose	23,26	22,39	22,5	26,66	23,29	21,56
Respiratorie	12,78	12,61	13,08	13,92	12,91	16,00
TOTALE	130,9	132,29	131,41	157,49	134,12	141,0

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 volumi superiori a 6.400.000 prestazioni.

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

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

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

Prestazioni erogate

Il sistema di erogazione fa riferimento alla banca dati regionale ASA che contiene tutta l'offerta pubblica e gran parte dell'offerta delle strutture private accreditate. Di seguito sono indicate le prestazioni fornite in ambito provinciale nel periodo 2009-2011: si evidenziano volumi significativi ed incrementi nelle aree a maggiore criticità rispetto ai tempi di attesa.

TABELLA 72 – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – PRESTAZIONI EROGATE – 2009–2011

Distretto di erogazione	Tipologia	2009	2010	2011
		N	N	N
PARMA	Diagnostica	161.536	167.955	174.102
	Laboratorio	1.143.637	1.179.033	1.116.290
	Riabilitazione	77.997	82.033	104.525
	Terapeutiche	43.289	41.992	51.366
	Visite	155.311	154.057	178.671
	<i>Totale</i>	1.581.770	1.625.070	1.624.954
FIDENZA	Diagnostica	118.966	121.031	117.735
	Laboratorio	868.447	872.943	840.061
	Riabilitazione	41.474	43.999	38.240
	Terapeutiche	37.424	38.029	37.505
	Visite	133.923	120.873	126.745
	<i>Totale</i>	1.200.234	1.196.875	1.160.286
VALTARO VALCENO	Diagnostica	38.618	37.961	38.828
	Laboratorio	433.401	414.938	421.576
	Riabilitazione	15.250	17.401	22.198
	Terapeutiche	25.169	24.487	24.697
	Visite	65.362	59.937	61.164
	<i>Totale</i>	577.800	554.724	568.463
SUD EST	Diagnostica	43.188	54.006	56.723
	Laboratorio	412.002	425.596	416.790
	Riabilitazione	11.255	13.047	14.105
	Terapeutiche	14.338	15.918	17.977
	Visite	34.825	40.432	43.113
	<i>Totale</i>	515.608	548.999	548.708
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	314.218	307.927	316.955
	Laboratorio	1.822.456	1.762.226	1.671.047
	Riabilitazione	18.452	16.903	17.524
	Terapeutiche	99.178	100.411	107.128
	Visite	445.468	440.552	413.882
	<i>Totale</i>	2.699.772	2.628.019	2.526.536
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	676.526	688.880	704.343
	Laboratorio	4.679.943	4.654.736	4.465.764
	Riabilitazione	164.428	173.383	196.592
	Terapeutiche	219.398	220.837	238.673
	Visite	834.889	815.851	823.575
	<i>Totale</i>	6.575.184	6.553.687	6.428.947

I dati relativi all'attività erogata dalle Aziende e dal Privato Accreditato, presenti nel flusso ASA regionale, mettono in luce volumi superiori a 6.400.000 prestazioni.

Dal 2006, in linea con la programmazione svolta, si sono registrati sensibili incrementi di attività nell'area della diagnostica e in quella delle visite: nel 2011 l'attività relativa alla diagnostica cresce ulteriormente (+2,2%) come quella relativa alle visite (+ 1,0%); altri incrementi si osservano nelle prestazioni terapeutiche (+ 8,1%) e nella riabilitazione (+ 13,4%). Alcuni cali si ravvisano nell'area del Laboratorio (-4,1%).

FIGURA 57 DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER MACROLIVELLI DI PRESTAZIONI EROGATE – ANNO 2010

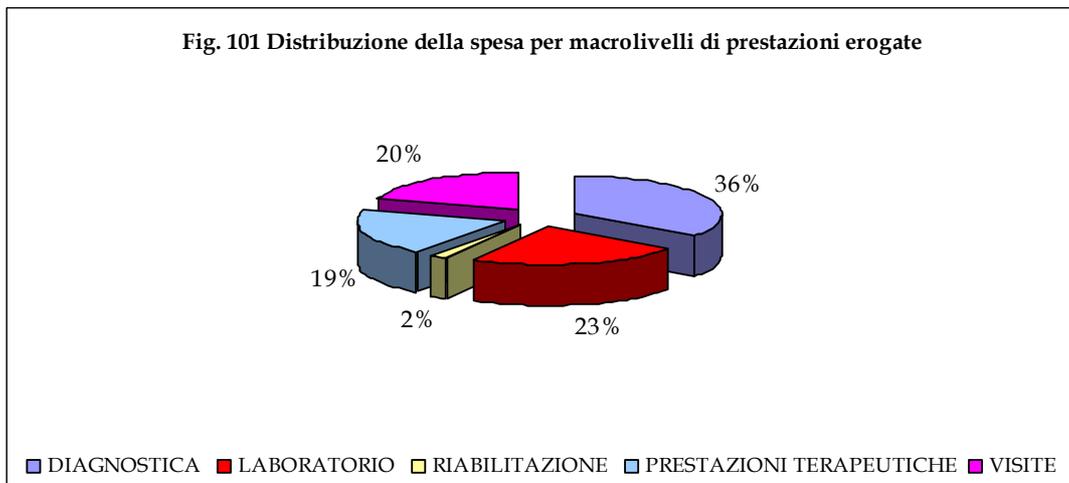


TABELLA 73 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE – IMPORTO TARIFFARIO PRESTAZIONI EROGATE 2009–2011

Distretto di erogazione	Tipologia	2009	2010	2011
		€	€	€
PARMA	Diagnostica	5.415.527	5.792.288	6.067.809
	Laboratorio	4.312.611	4.319.225	4.100.696
	Riabilitazione	621.868	651.247	1.098.609
	Terapeutiche	4.215.362	4.362.292	4.758.598
	Visite	3.402.977	3.337.753	3.878.684
	<i>Totale</i>	17.968.345	18.462.805	19.904.396
FIDENZA	Diagnostica	4.446.109	4.363.194	4.413.066
	Laboratorio	3.138.161	3.118.142	2.981.645
	Riabilitazione	353.834	376.104	322.380
	Terapeutiche	2.473.055	2.509.230	2.551.039
	Visite	3.033.576	2.772.691	2.894.676
	<i>Totale</i>	13.444.735	13.139.361	13.162.806
VALTARO VALCENO	Diagnostica	1.323.544	1.435.236	1.450.958
	Laboratorio	1.498.001	131.768	1.470.973
	Riabilitazione	124.479	1.671.130	155.767
	Terapeutiche	1.681.794	1.277.312	1.736.319
	Visite	1.404.674	1.304.345	1.296.681
	<i>Totale</i>	6.032.492	5.819.791	6.110.698
SUD EST	Diagnostica	1.674.092	2.253.373	2.419.933
	Laboratorio	1.475.819	1.502.194	1.473.087
	Riabilitazione	94.377	114.460	124.603
	Terapeutiche	1.378.876	1.775.055	1.853.126
	Visite	767.459	884.166	939.634
	<i>Totale</i>	5.390.623	6.529.248	6.810.383
Azienda Usl (totale)	Diagnostica	12.859.272	13.713.199	14.351.766
	Laboratorio	10.424.592	10.374.796	10.026.401
	Riabilitazione	1.194.558	1.273.580	1.701.359
	Terapeutiche	9.749.087	10.317.706	10.899.082
	Visite	8.608.686	8.271.922	9.009.675
	<i>Totale</i>	42.836.195	43.951.203	45.988.283
Azienda Ospedaliera	Diagnostica	15.998.264	16.391.165	17.681.233
	Laboratorio	12.830.708	11.994.036	11.150.449
	Riabilitazione	158.075	144.391	157.535
	Terapeutiche	6.517.232	6.696.272	6.890.463
	Visite	9.722.827	9.857.934	9.408.258
	<i>Totale</i>	45.227.106	45.083.798	45.287.938
Totale AUSL e AOSP	Diagnostica	28.857.536	30.104.364	32.032.999
	Laboratorio	23.255.300	22.368.833	21.176.849
	Riabilitazione	1.352.633	1.417.971	1.858.894
	Terapeutiche	16.266.319	17.013.979	17.789.546
	Visite	18.331.513	18.129.856	18.417.933
	<i>Totale</i>	88.063.300	89.035.002	91.276.221

Consumi

Sono stati analizzati gli indici di consumo (prestazioni per 1.000 abitanti) relativi alla Diagnostica, alle Visite, all'attività di Laboratorio. 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.

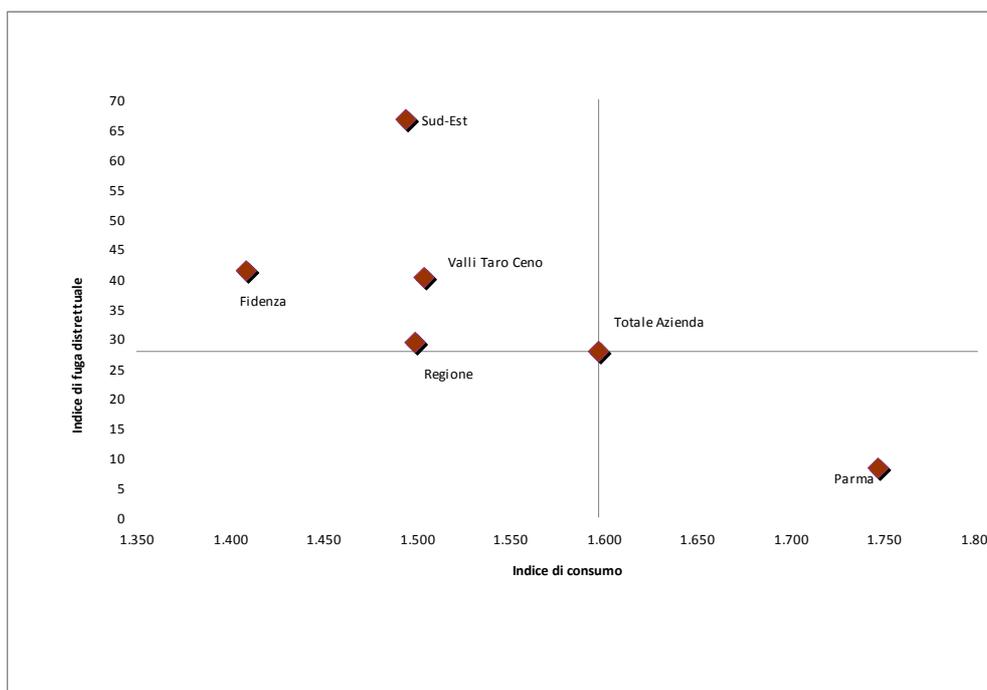
In generale, rispetto ai consumi, i dati mettono in luce una situazione abbastanza positiva: per quasi tutte le prestazioni i consumi dei cittadini dell'Azienda Usl di Parma si collocano in linea con i consumi medi regionali o addirittura al di sotto.

Visite

TABELLA 74– INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: VISITE

Distretto	2009			2010			2011		
	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	1.735	5,37	8,11	1.713	5,63	8,45	1.747	5,14	8,31
Fidenza	1.408	6,78	37,67	1.335	6,91	40,78	1.409	6,27	41,28
Valli Taro Ceno	1.529	3,32	37,46	1.496	3,6	38,75	1.504	3,72	40,19
Sud-Est	1.488	8,62	73,34	1.523	8,15	69,79	1.494	8,09	66,61
Totale Azienda	1.592	5,95	27,72	1.565	6,08	28,24	1.597	5,69	27,72
Regione	1.479	7,97	28,47	1.497	8,00	28,64	1.499	8,33	29,32

FIGURA 58 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – VISITE



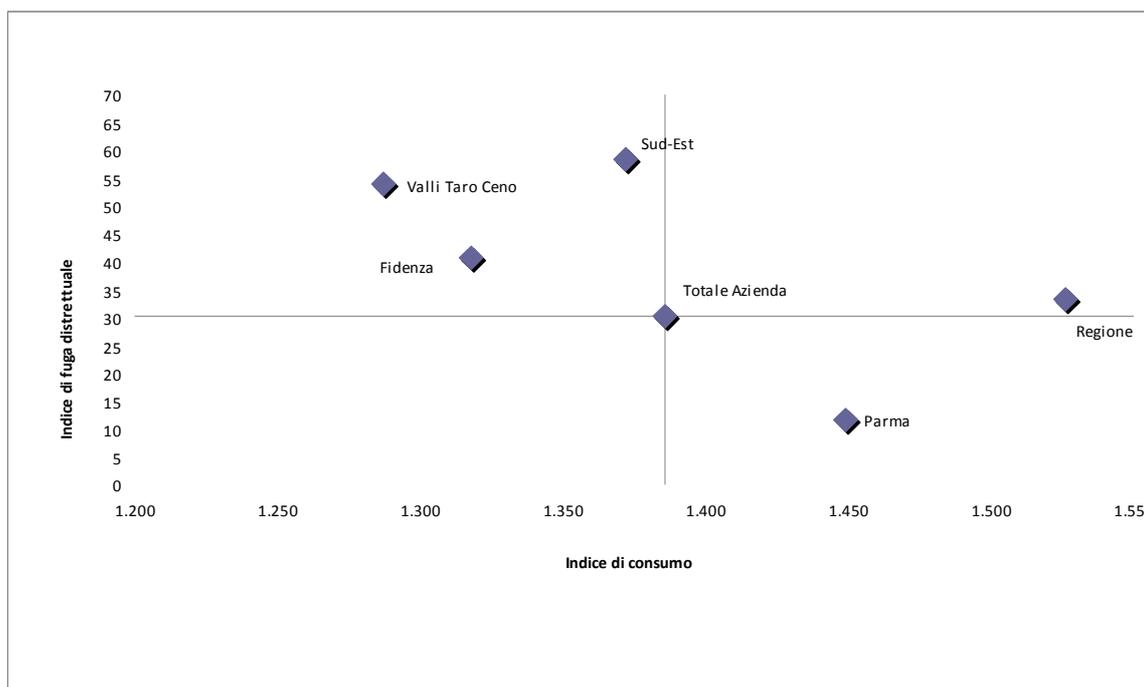
L'impatto delle visite nel sistema di accesso da parte dei cittadini vede un consumo superiore di tali prestazioni rispetto al parametro regionale, soprattutto nel Distretto di Parma.

Diagnostica

TABELLA 75 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: DIAGNOSTICA

Distretto	2009			2010			2011		
	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	1.442	7,54	12,76	1.438	6,69	12,26	1.449	6,03	11,54
Fidenza	1.300	9,26	40,11	1.325	7,93	38,36	1.318	7,57	40,64
Valli Taro Ceno	1.276	4,49	55,05	1.317	4,42	53,42	1.287	4,18	53,92
Sud-Est	1.240	8,11	65,69	1.326	6,85	59,73	1.372	6,25	58,32
Totale Azienda	1.354	7,7	31,5	1.377	6,75	30,21	1.386	6,22	30,19
Regione	1.500	9,64	32,74	1.532	9,43	32,82	1.526	9,53	33,37

FIGURA 59 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – DIAGNOSTICA



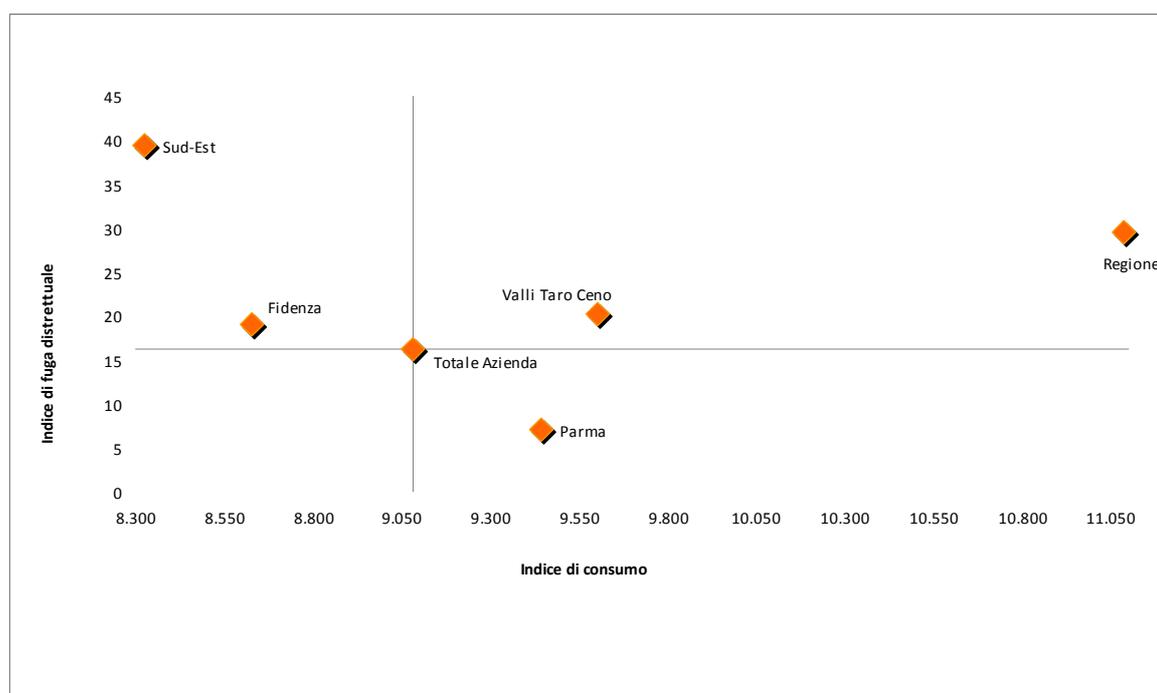
Negli indici di consumo relativi alla diagnostica si osservano valori decisamente al di sotto della media regionale. I dati della tabella evidenziano come per queste prestazioni si registri una discreta mobilità nel Distretto Sud-Est (58,32%), prevalentemente verso il Distretto di Parma, e nel Distretto Valli Taro e Ceno (53,92%).

Laboratorio

TABELLA 76 – INDICI DI CONSUMO X 1.000 ABITANTI: LABORATORIO

Distretto	2009			2010			2011		
	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	10.121	3,48	6,4	10.111	3,61	6,72	9.445	4,22	7,02
Fidenza	8.885	3,4	18,45	8.798	3,61	18,35	8.630	4,38	19
Valli Taro Ceno	9.856	2,58	21,51	9.591	2,63	21,21	9.602	3,06	20,19
Sud-Est	8.866	6,48	42,43	8.824	6,78	41,12	8.325	8,02	39,43
Totale Azienda	9.586	3,82	16,35	9.522	3,99	16,23	9.081	4,7	16,25
Regione	11.249	4,38	27,62	11.280	4,4	28,43	11.087	4,59	29,46

FIGURA 60 – INDICI DI CONSUMO E INDICI DI FUGA DISTRETTUALI – LABORATORIO

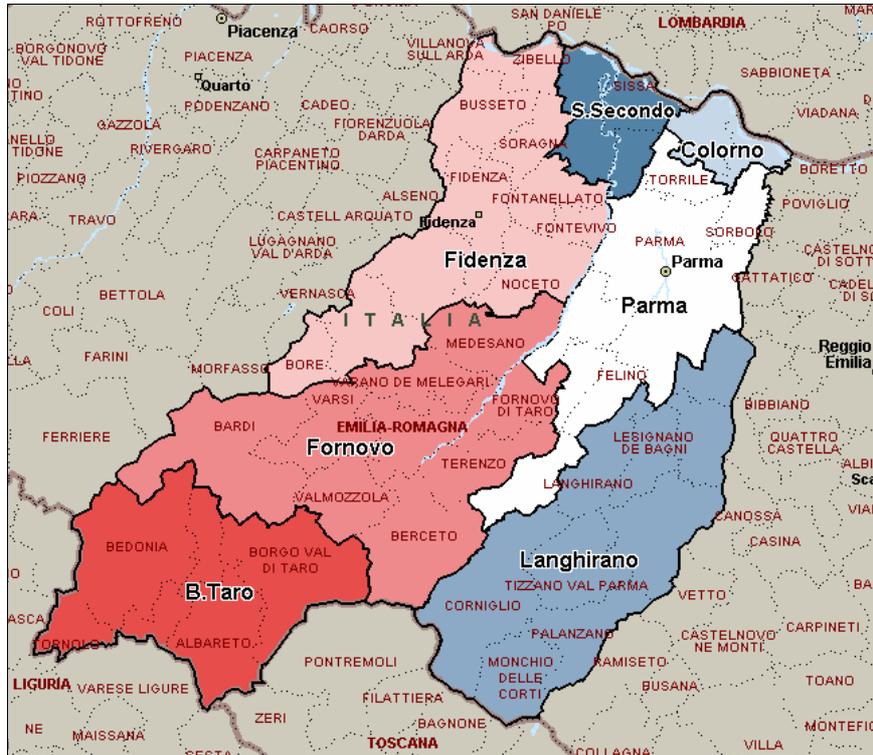


Gli indici di consumo relativi al Laboratorio evidenziano valori al di sotto della media regionale in tutti i Distretti.

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 61 - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEI BACINI DI GRAVITAZIONE DEGLI UTENTI

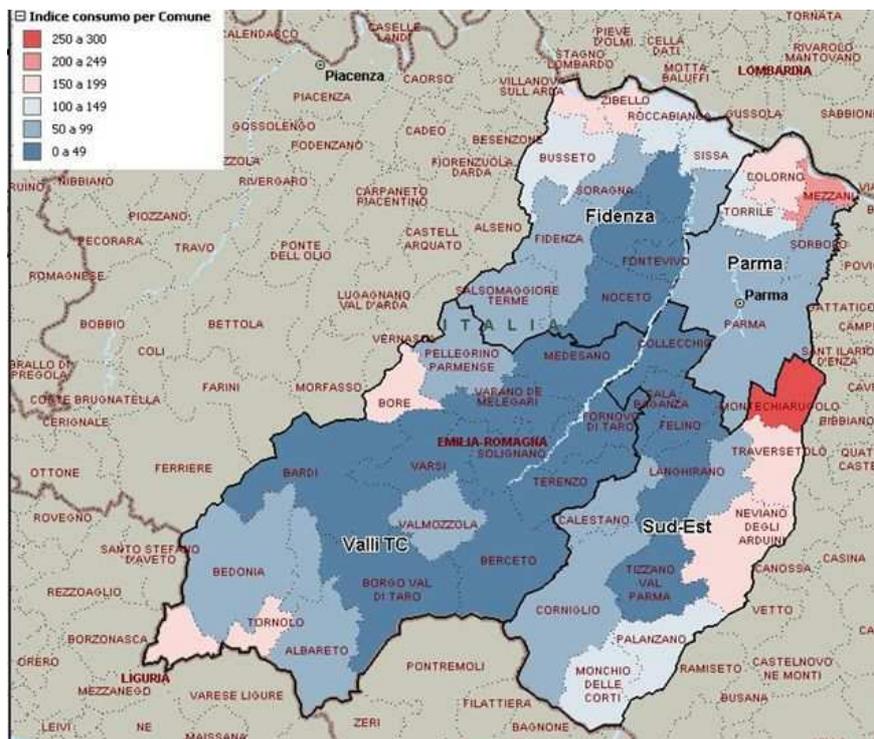


La rappresentazione grafica mette in luce come il Distretto di Parma, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera, abbia un bacino di afferenza più ampio dei confini amministrativi, mentre in altri casi si identificano sub-aree di afferenza nei vari Distretti in relazione alla polarizzazione delle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

Indici di consumo in mobilità passiva

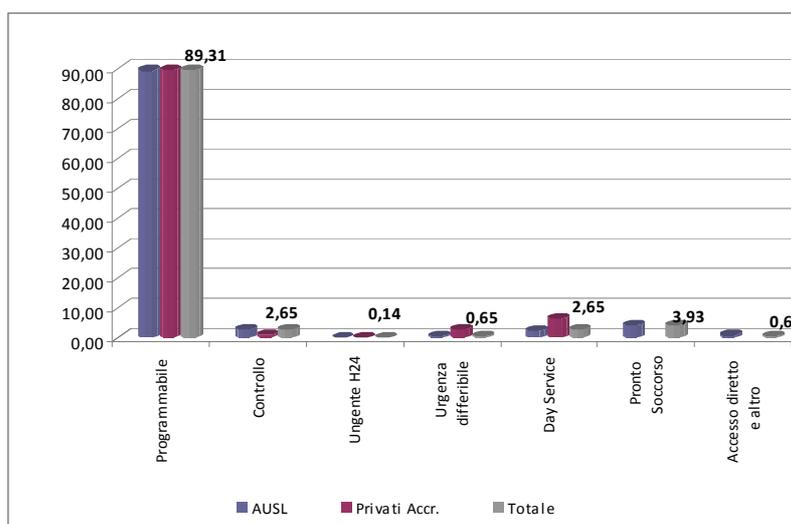
I dati di mobilità passiva (peraltro non rilevanti) evidenziano specifiche criticità relative alle aree di confine con particolare riferimento ai comuni del Distretto Sud-Est (privo di strutture ospedaliere pubbliche) che gravitano su Montecchio Emilia e per l'area rivierasca del Po che si trova vicina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

FIGURA 62 INDICE DI CONSUMO GREZZO DI PRESTAZIONI IN MOBILITÀ PASSIVA - 2011 (2010 PER LA MOBILITÀ INTERREGIONALE)



Modalità di accesso

FIGURA 63 PRESTAZIONI EROGATE NEL 2011 PER MODALITÀ DI ACCESSO



Analizzando i dati di attività per modalità di accesso, relativamente all'ambito dell'Azienda Usl (comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate) si evidenzia la prevalenza delle prestazioni programmabili rispetto ai controlli. Le prestazioni erogate in Pronto Soccorso non seguite da ricovero sono il 3,93%.

Tempi di attesa

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

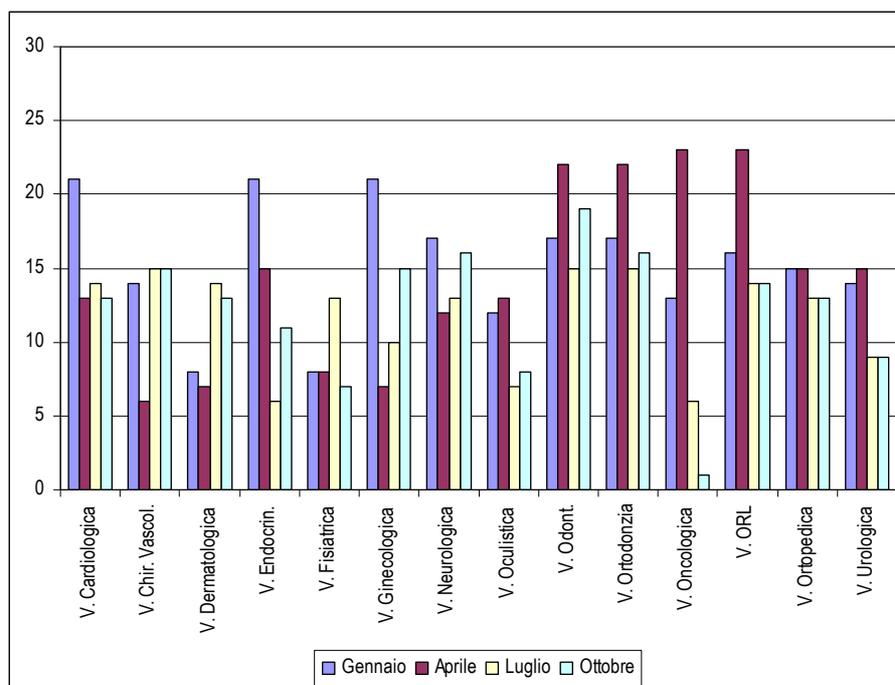
In ambito aziendale il tema del monitoraggio dei tempi di attesa ha trovato puntuale applicazione attraverso le rilevazioni nazionali e regionali. Inoltre, mensilmente, viene elaborata una locandina relativa ai tempi di attesa che considera la prima disponibilità in una sequenza di più giorni.

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

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

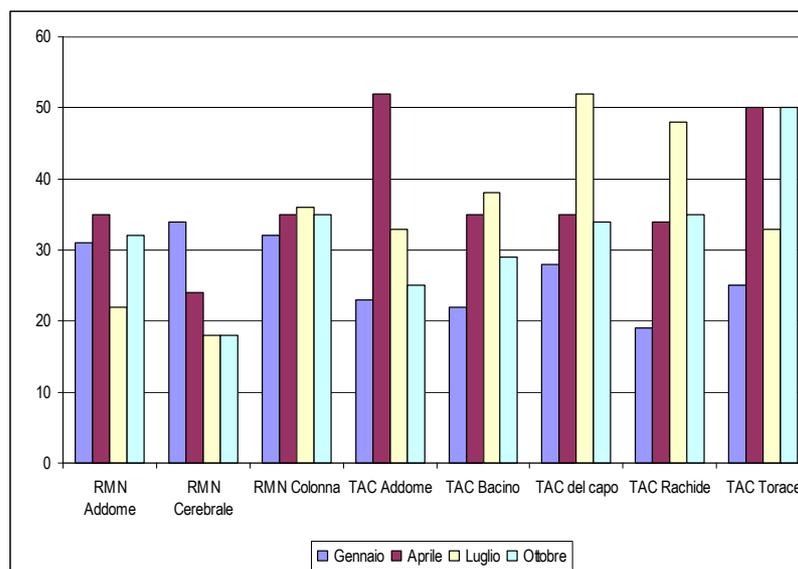
Di seguito vengono proposti i dati delle rilevazioni effettuate nel 2011: i grafici sottostanti si riferiscono al valore mediano dei giorni di attesa calcolati sulla base dell'osservazione effettuata su una settimana indice nei 4 trimestri; riferendosi ai tempi di attesa per le prenotazioni effettuate nelle settimane indice i dati possono risentire dei fattori di scelta dell'utenza.

FIGURA 64 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA - VISITE - ANNO 2011



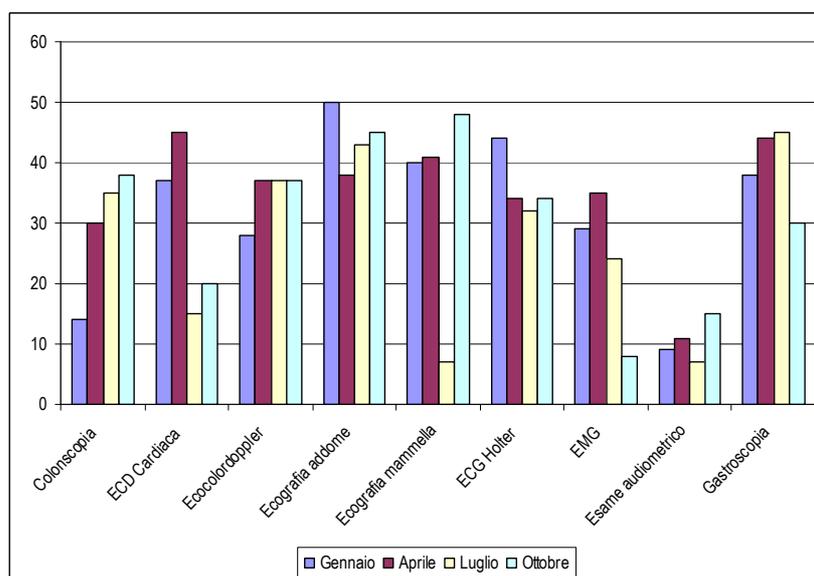
L'andamento dei tempi di attesa per le visite mostra una situazione compensata nel corso di tutto l'anno.

FIGURA 65 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE – ANNO 2011



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

FIGURA 66 ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA – ALTRA DIAGNOSTICA – ANNO 2011



L'andamento dei tempi di attesa per le altre prestazioni di diagnostica strumentale evidenzia una situazione positiva.

Dalle osservazioni effettuate emerge che le prestazioni si collocano all'interno dello standard di attesa dei 60 giorni.

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

Nel 2011 si osserva il consolidamento delle performance volte al potenziamento dell'offerta.

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili

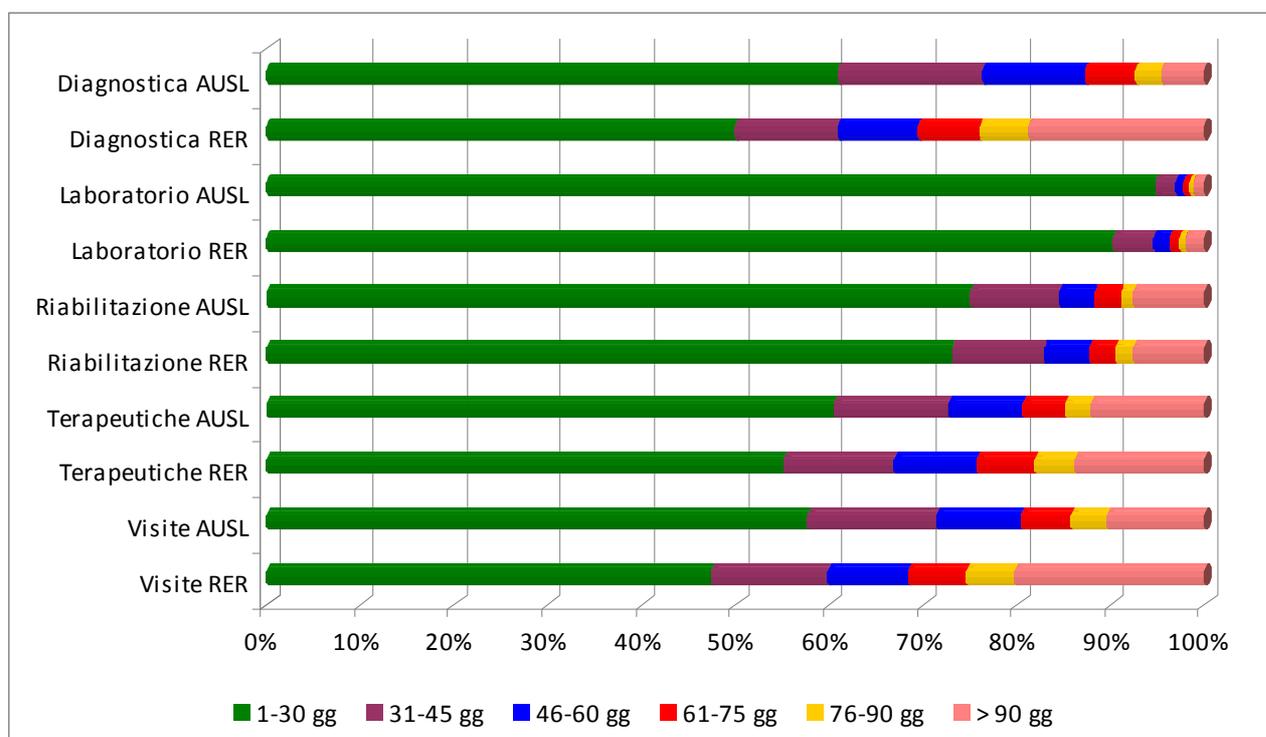
Durante il 2011 le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN sono state erogate entro tempi di attesa generalmente in linea con l'andamento complessivo regionale.

In particolare, l'attività di Diagnostica si esegue entro 60 giorni nell'87,37% dei casi (69,44% il valore Regionale) confermando un trend in miglioramento per ciò che concerne le prestazioni garantite entro lo standard.

Le visite (programmabili, programmate e differibili) presentano valori simili a quelli regionali: sono erogate entro 30 giorni nel 57,72% dei casi rispetto al 47,50% del totale Regionale; tuttavia si sottolinea che si tratta di un dato non esaustivo rispetto a tutto il sistema che comprende vari livelli di priorità e quindi non rappresenta un dato di performance specifico.

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

FIGURA 67 TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PROGRAMMABILI



Assistenza Ospedaliera

Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2011, di complessivi 2.318 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate; l'82,2% dei posti è attivato presso strutture diverse dai presidi a gestione diretta: per il 52,5% all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, per il 29,6%, presso Case di Cura private che, nel caso del Distretto Sud-Est, rappresentano l'unica offerta di posti letto a livello distrettuale.

Dei 2.318 posti complessivamente disponibili il 76,5% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,9% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 11,6% viene utilizzato per lungo-degenza. Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 48,3% 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 68 LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

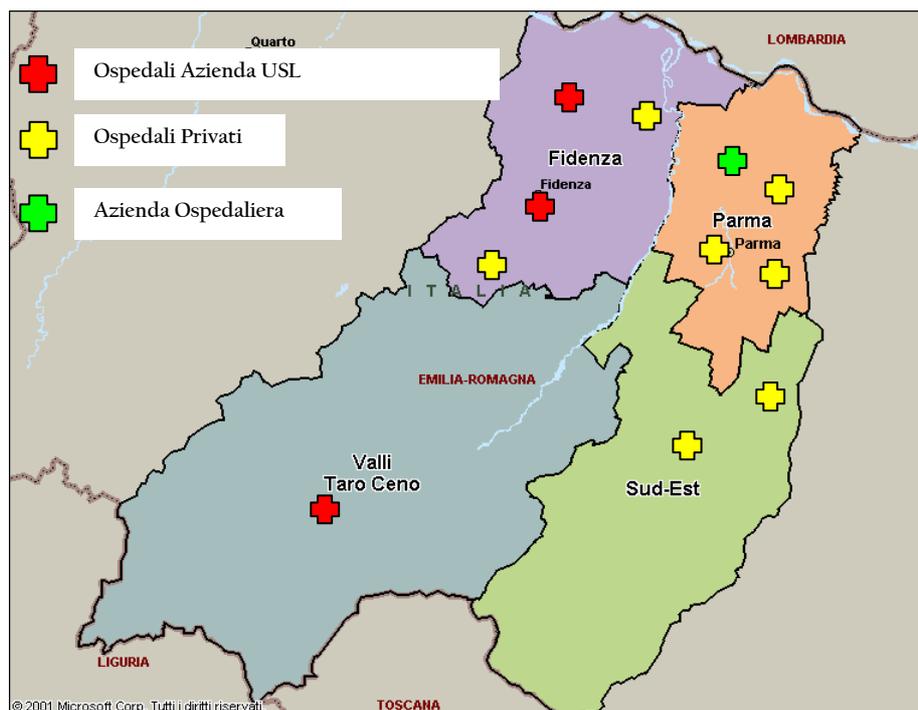
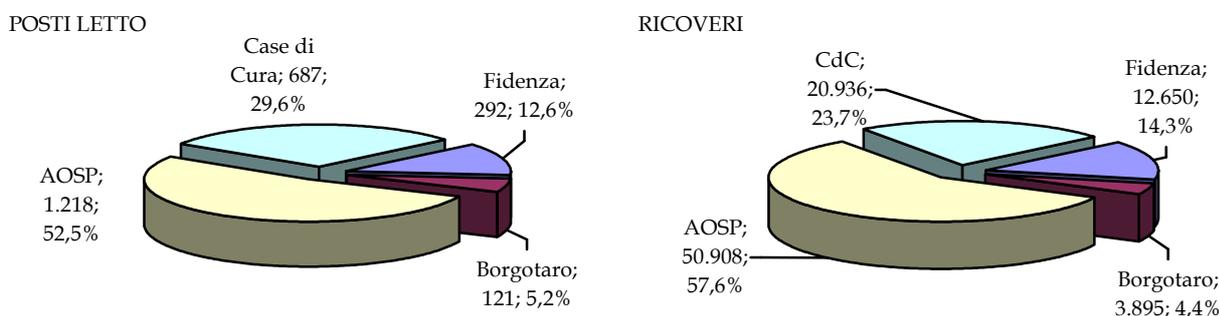
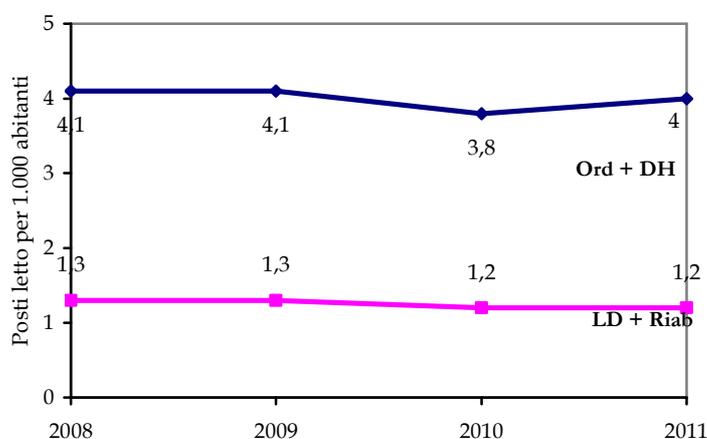


FIGURA 69 NUMERO E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO E DEI RICOVERI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA ANNO 2011



Nel 2011 permane un'offerta di posti letto superiore rispetto alla normativa nazionale: l'obiettivo nazionale è infatti di 4,5 posti per 1.000 abitanti, mentre a Parma raggiunge la soglia di 5,2. I posti letto per acuti sono scesi dai 4,3 del 2007 agli attuali 4,0 mentre, sul fronte dei posti di lungodegenza e riabilitazione, l'offerta è progressivamente scesa dall'1,3 del 2007 all'1,2 attuale. In tal senso incide la 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 i posti letto della disciplina di riabilitazione. Da evidenziare che il Patto per la Salute siglato nel 2009 fissa a 4 posti per mille abitanti (comprensivi di 0,7 posti per riabilitazione e lungo-degenza post-acuzie) lo standard di posti letto ospedalieri.

FIGURA 70 POSTI LETTO PER ACUTI, LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE PER 1.000 ABITANTI - ANNI 2008-2011



L'analisi dell'attività dei due ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL di Parma per l'anno 2011 ha evidenziato quanto segue.

Ospedale di Fidenza - San Secondo Parmense

Nel 2011 il Presidio ospedaliero di Fidenza – San Secondo presenta un totale di 12.650 ricoveri di cui 10.952 (86,6%) ricoveri per i residenti della provincia di Parma; aumentano gli accessi provenienti da altre Regioni (+ 77 unità).

Gli incrementi più consistenti in regime ordinario hanno riguardato le patologie urologiche ed ostetrico-ginecologiche (parti vaginali ed interventi sull'utero); crescono i trattamenti relativi a patologie psicotiche e per insufficienza cardiaca e shock. In aumento anche l'area della chirurgia ortopedica (in particolare per interventi di protesi d'anca). Si segnalano le riduzioni relative agli interventi di taglio cesareo. Per quanto riguarda gli accessi in regime diurno tra i DRG chirurgici calano i ricoveri per interventi sull'utero (dilatazione e raschiamento), per gli interventi di aborto e sul sistema muscolo-scheletrico, per gli interventi su mano e polso. Infine, per i DRG in regime diurno di tipo medico si evidenzia un aumento di attività nell'ambito delle calcolosi urinarie e nei casi di tendinite, miosite, borsite. Rimane significativa l'attività relativa a chemioterapia, psicosi, insufficienza cardiaca e shock.

FIGURA 71 – PO DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2009–2011

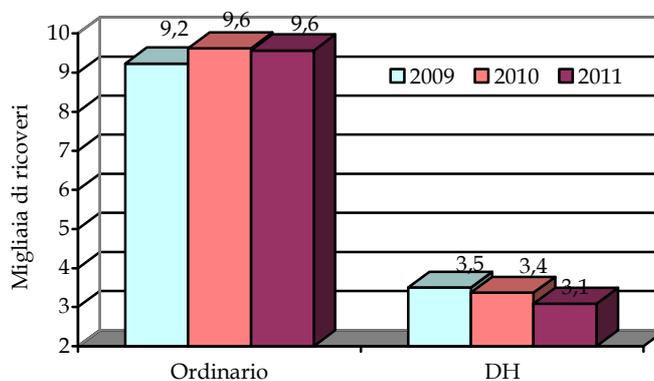


TABELLA 77 – OSPEDALE DI FIDENZA–SAN SECONDO P.SE – 2010–2011

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2010	2011	Var. %	2010	2011	Var. %
DRG medici	6.291	6.143	-2,3	2.074	2.017	-2,8
DRG chirurgici	3.328	3.423	2,9	1.293	1.067	-17,5
Totale	9.619	9.566	-0,6	3.367	3.084	-8,4

L'attività del Presidio di Fidenza-San Secondo Parmense risulta leggermente in calo (-336 unità) rispetto all'anno precedente; in termini di complessità della casistica trattata è corrisposta una contrazione del peso medio dei ricoveri del 2,2%; tuttavia la complessità trattata in regime ordinario risulta stabile. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario regionale, diminuisce di circa 419.000 € (-1,2%).

Ospedale di Borgo Val di Taro

Per il Presidio ospedaliero di Borgo Val di Taro, nel 2011, si segnalano complessivamente 3.895 ricoveri. L'attività a favore dei residenti tuttavia è diminuita (- 3,12%).

In generale tra i ricoveri ordinari (2.984 unità) si osservano in prevalenza interventi di sostituzione di articolazioni maggiori, i trattamenti per insufficienza cardiaca e shock, interventi su anca e femore, gli interventi sul ginocchio, i trattamenti per emorragia intracranica. Inoltre cresce l'attività inerente le altre diagnosi dell'apparato circolatorio, crescono gli interventi per aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, gli interventi su arto inferiore e omero, gli interventi maggiori su spalla e gomito.

In ambito diurno (911 unità) si segnala l'attività degli interventi sul ginocchio, dei trattamenti per anomalie dei globuli rossi; in particolare si segnala l'aumento dei trattamenti di chemioterapia, degli interventi per ernia inguinale e femorale, degli interventi su mano o polso, delle neoplasie dell'apparato respiratorio; rimane inoltre significativo il numero di aborti (60 casi).

FIGURA 72 – PO DI BORGO VAL DI TARO – 2009–2011

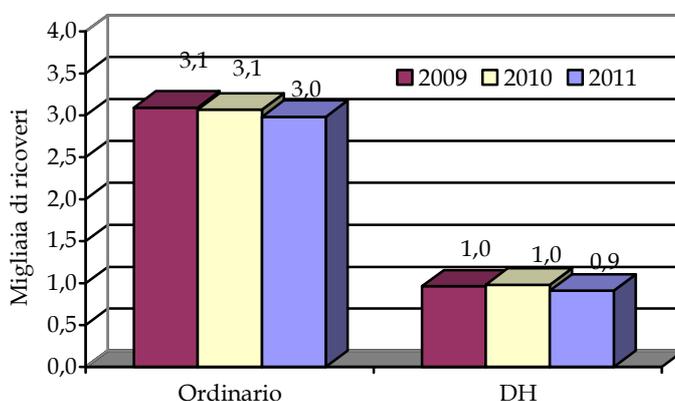


TABELLA 78 – OSPEDALE DI BORGO VAL DI TARO – 2010–2011

Indicatori	Degenza ordinaria			Degenza day hospital		
	2010	2011	Var. %	2010	2011	Var. %
DRG medici	1.854	1.819	-1,9	425	409	-3,8
DRG chirurgici	1.214	1.165	-4,0	558	502	-10,0
Totale	3.068	2.984	-2,7	983	911	-7,3

I ricoveri in regime ordinario risultano in lieve calo ed evidenziano una diminuzione della complessità della casistica trattata: il peso medio dei ricoveri ordinari è infatti passato dallo 0,98 allo 0,50; analogamente il calo dei ricoveri erogati in regime diurno ha comportato una diminuzione della complessità della casistica. La valorizzazione complessiva delle degenze, tenendo conto anche dell'adeguamento del tariffario, è diminuita di circa 175.000 € (-1,6%).

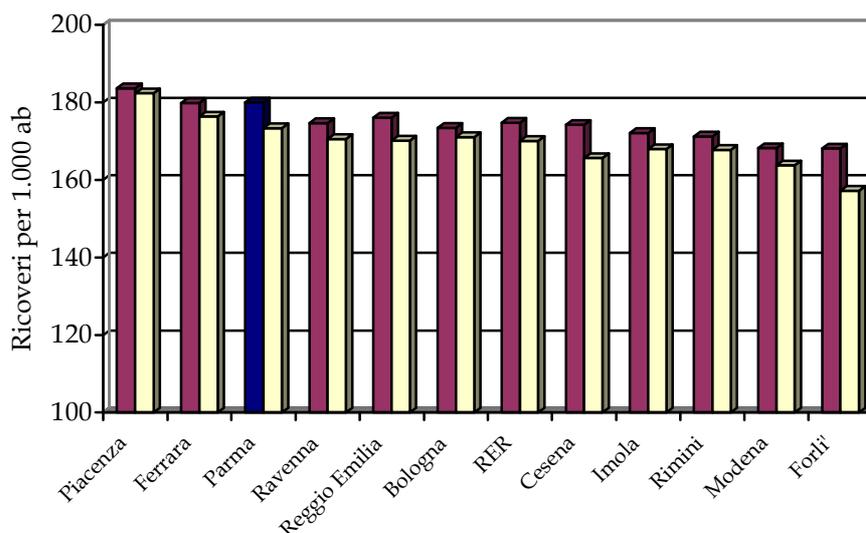
Per valutare ulteriormente la potenzialità della rete ospedaliera provinciale è possibile considerare l'indice di attrazione (distribuzione dei pazienti ricoverati presso le strutture pubbliche provinciali per area di residenza) che permette di valutare la capacità dei presidi territoriali di attrarre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

Nel caso dell'Azienda USL di Parma il dato per il 2011 (87,7%) è stabile rispetto al 2010; i ricoveri provenienti da altre Aziende USL e altre Regioni sono il 12,3% del totale.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime la domanda di ricoveri da parte degli assistiti dell'Azienda e, oltre che da caratteristiche epidemiologiche, è influenzato dalla composizione della popolazione per età e sesso. A livello aziendale il valore (comprensivo della mobilità passiva infra ed extra-regionale) è pari a 173,4 ricoveri per 1.000 residenti, superiore al valore regionale, pari per il 2011 a 170,1. Da segnalare il decremento rispetto al 2010 sebbene l'Azienda USL di Parma rimanga tra le Aziende con il maggior numero di ricoveri: è infatti seconda solo a Piacenza con 182,4 e Ferrara con 176,4.

FIGURA 73 – TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO – AZIENDE USL EMILIA-ROMAGNA – ANNI 2010-2011



La progressiva riconversione di trattamenti di tipo medico e chirurgico tradizionalmente eseguiti in regime di ordinario in trattamenti erogabili in regime ambulatoriale (es. rimozione del tunnel carpale, interventi per cataratta) oppure gestibili in contesti di tipo territoriale rappresenta la principale fonte di riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo: i ricoveri ordinari sono infatti scesi dell'8,4% rispetto al 2004, mentre i ricoveri chirurgici erogati in regime diurno sono scesi del 4,9% passando dal 26,2 del 2004 a 24,9 ricoveri per 1.000 abitanti del 2011. Da segnalare l'incremento del 2,7% per i ricoveri in day-hospital medico derivanti soprattutto da un aumento, nel periodo 2004-2011, dei ricoveri per chemioterapia.

TABELLA 79 TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO PER ETÀ E SESSO – ANNI 2010-2011

Distretto	2010	2011
Parma	182,10	179,1
Fidenza	174,82	167,7
Sud-Est	169,91	166,08
Valli Taro e Ceno	171,82	171,69
Azienda USL	176,87	173,43
RER	173,10	170,08

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

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

L'analisi dei ricoveri per singolo comune di residenza evidenzia, per la maggior parte dei comuni di montagna, un ricorso all'assistenza ospedaliera generalmente inferiore rispetto alla media aziendale. Quasi tutti i

comuni di montagna dei Distretti di Valli Taro e Ceno e Sud-Est, se consideriamo anche l'età, hanno infatti tassi di ricovero inferiori rispetto a quelli rilevati per i comuni di pianura o pedecollinari.

La Tabella seguente riporta la distribuzione dei ricoveri dei residenti per struttura di riferimento e principale categoria diagnostica ed evidenzia quanto segue:

- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta il principale punto di riferimento dell'assistenza ospedaliera in Provincia di Parma con il 51,1% di tutti i ricoveri e con punte massime del 65,7% per traumatismi e malattie infettive, dell'88,4% per HIV e dell'82,2% per le 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 (18,2% di tutti i ricoveri) soprattutto per le malattie mentali (49,0%), per le patologie delle vie urinarie (24,4%), del sangue (27,8%) e dell'apparato maschile (33,8%).
- per quanto infine riguarda le case di cura della provincia significativo il ruolo svolto nel trattamento delle malattie mentali (29,0% di tutti i ricoveri), dell'abuso di alcool e farmaci (48,7%), delle patologie dermatologiche (31,6%) e delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (31,3%).

TABELLA 80 RICOVERI PER STRUTTURA DI RIFERIMENTO E CATEGORIA DIAGNOSTICA – ANNO 2011

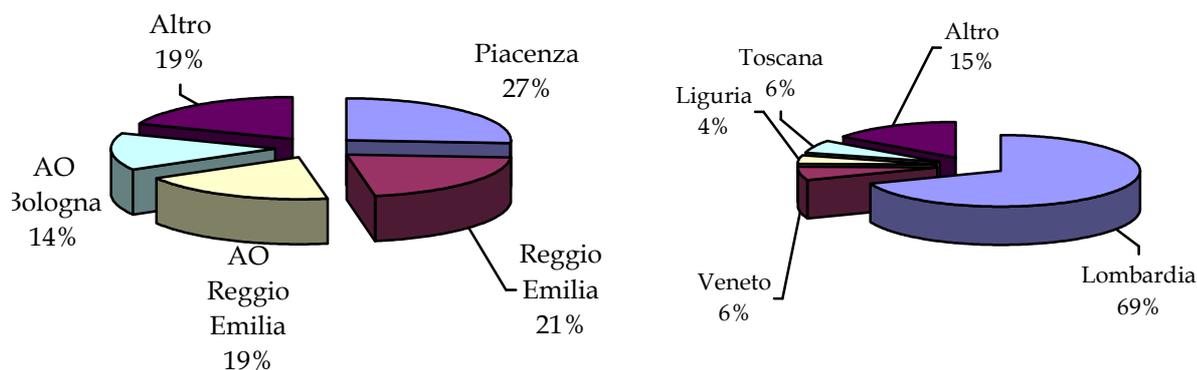
	Ospedali AUSL	AOSP	Case di Cura Provincia	Altre pro- vince RER	Mobilità pas- siva extra- regionale ^a	Totale
App.muscoloscheletrico	1.967	3.767	3.619	941	1.285	11.579
App. cardiocircolatorio	2.012	5.472	2.049	329	905	10.767
App. digerente	1.391	3.534	1.197	243	302	6.667
Gravidanza, parto e puerperio	1.363	3.220	643	518	280	6.024
App.respiratorio	787	3.601	454	133	254	5.229
Sistema nervoso	755	2.641	725	153	484	4.758
Periodo neonatale	833	2.464	158	349	157	3.961
Neoplasie scarsamente differenziate	606	2.262	216	464	357	3.905
App. riproduttivo femminile	743	1.693	823	456	336	4.051
Rene e vie urinarie	823	2.014	263	109	168	3.377
Fegato, vie biliari, pancreas	528	1.840	166	136	150	2.820
Pelle, tessuto sottocutaneo	230	1.636	963	88	134	3.051
ORL	174	1.167	865	131	192	2.529
Malattie mentali	719	210	425	19	94	1.467
Occhio	12	1.247	149	89	241	1.738
App. riproduttivo maschile	511	673	200	64	65	1.513
Endocrini, metabolici	188	800	316	58	157	1.519
Fattori che influenzano il ricorso ai servizi sanitari	118	391	323	64	147	1.043
Sangue ed organi ematopoietici	323	600	128	44	66	1.161
Traumatismi ed avvelenamenti	131	433	61	32	33	690
Malattie infettive	143	535	51	19	35	783
Abuso alcool/farmaci	131	27	170	4	17	349
Altro	21	221	-	34	32	308
Infezioni HIV	1	129	-	8	8	146
Traumatismi multipli	4	59	2	4	3	72
Ustioni	-	57	-	1	-	58
TOTALE	14.514	40.693	13.966	4.490	5.902	79.565

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 2011 un costo di 35,4 milioni di € per il finanziamento di 10.392 ricoveri erogati da strutture di altre province e Regioni: in particolare 19,5 milioni di € per 5.902 ricoveri in mobilità extra-regionale (dato relativo al 2010) e 15,9 milioni di € per 4.490 ricoveri erogati da strutture di altre Province. Come evidenziato dalla figura seguente le principali aree di destinazione sono quelle confinanti con la Provincia di Parma: le strutture delle Province di Piacenza e Reggio Emilia assorbono complessivamente il 67% delle risorse, mentre la sola Lombardia riceve il 69% dei 19,5 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.

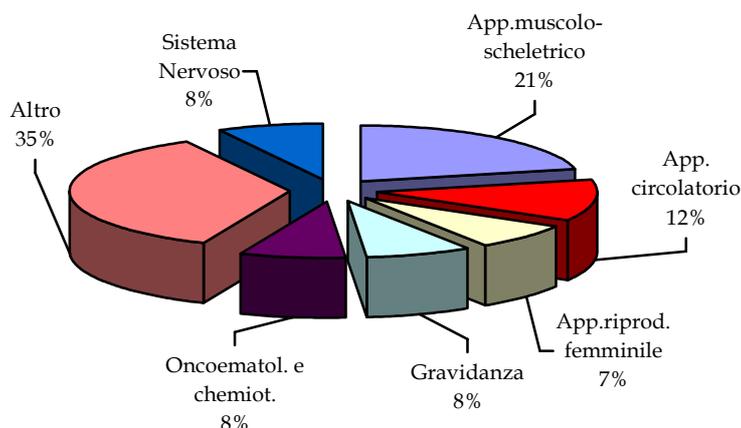
FIGURA 74 MOBILITÀ PASSIVA – 2011 – DISTRIBUZIONE DEGLI IMPORTI ECONOMICI PER AZIENDA/REGIONE DI DESTINAZIONE



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, Colorno e Tornolo che presentano tassi di ospedalizzazione in mobilità più significativi.

Indipendentemente dalla localizzazione delle strutture oggetto di mobilità, le scelte dei pazienti riguardano principalmente prestazioni relative all'apparato muscoloscheletrico (21,4% dei ricoveri), a quello cardiocircolatorio (11,9%), alle patologie del sistema nervoso (7,8), alla gravidanza e apparato riproduttivo femminile (15,3%) ed al trattamento oncologico (7,9%) per le quali la spesa è stata, nel 2011, di 11,2 milioni di € per la mobilità infra-regionale e 14,2 milioni di € per la mobilità interregionale (dato relativo al 2010). Queste discipline rappresentano da sole il 74% della spesa complessiva per la mobilità passiva ed il 64,8% dei ricoveri complessivamente erogati.

FIGURA 75 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 2011 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.

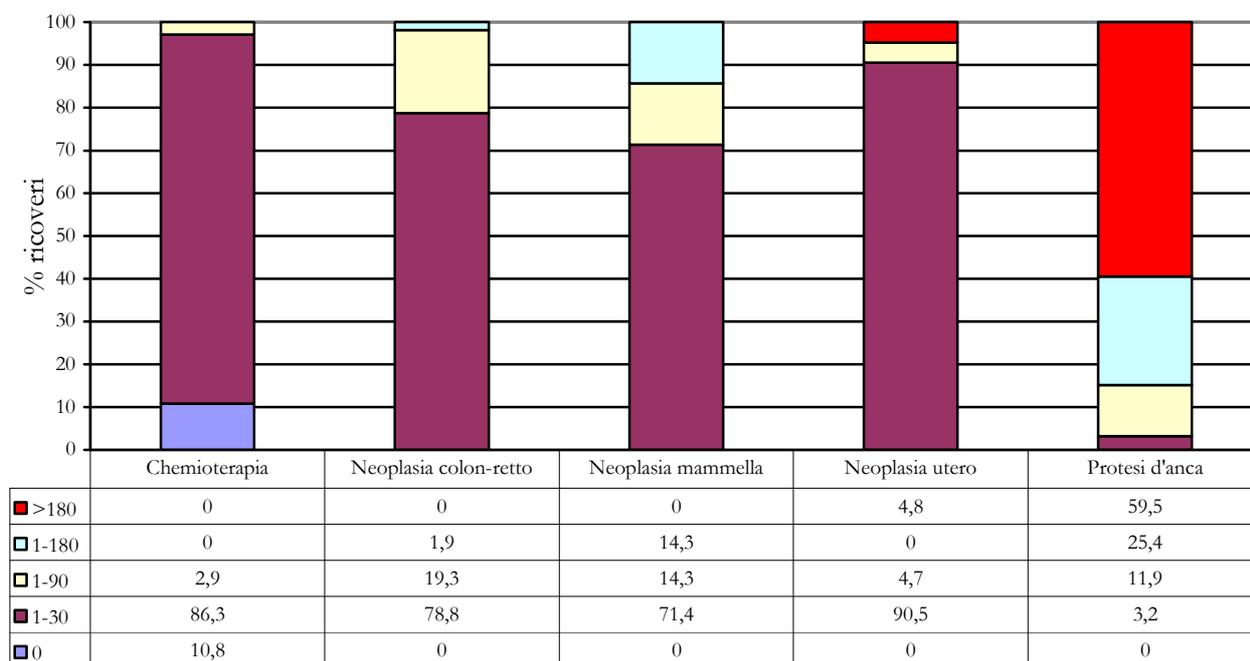
Tempi di attesa

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 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 dell'Azienda USL di Parma è abbastanza diversificata. In particolare i dati sono confortanti per i trattamenti chemioterapici per i quali i tempi di attesa sono rispettati dalla rete dell'offerta. Gli interventi per neoplasie dell'utero vengono effettuati entro 30 giorni nel 90,5% dei casi; gli interventi di protesi d'anca presentano una percentuale di interventi entro 90 giorni del 15,1%, quindi al di sotto del target di riferimento, mentre gli interventi entro 180 giorni sono stati il 40,5% e non il 90% previsto.

Migliorano invece i dati relativi alla presa in carico tempestiva del paziente per interventi causa neoplasia del colon-retto per i quali il 79% dei ricoveri è avvenuto entro i tempi richiesti.

FIGURA 76 TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI: PERCENTUALE DI RICOVERI EFFETTUATI ENTRO 30, 90, 180 GIORNI DALLA DATA DI PRENOTAZIONE – STRUTTURE PUBBLICHE DELL'AZIENDA USL – ANNO 2011



L'Accordo di Fornitura con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

Le Aziende Sanitarie della provincia di Parma definiscono i propri rapporti attraverso un accordo, per la fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, destinati ai cittadini residenti nell'ambito provinciale di Parma.

L'attività di degenza erogata a favore dei residenti della provincia di Parma, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria nell'anno 2011, è stata pari a 40.693 ricoveri di cui 31.501 in regime ordinario e 9.192 in regime diurno. I punti DRG prodotti sono stati 44.951, di cui 36.958 per i ricoveri in regime ordinario e 7.933 per i ricoveri in regime diurno. La durata media di degenza dei ricoveri ordinari complessivamente intesi è di 8,7; mentre si posiziona a 6,0 il numero medio di accessi per i trattamenti in regime diurno.

Nell'anno 2011 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha erogato circa 2.203.000 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai residenti della provincia di Parma. L'attività si riferisce in prevalenza al settore del laboratorio (65,86%), seguito dalle visite (16,43%) e dalla diagnostica (12,69%). Si noti l'aumento di attività riferibile alla Diagnostica (+ 7.633 unità; + 2,81%), in particolare per TAC, RMN e Medicina Nucleare, come richiesto in fase di committenza.

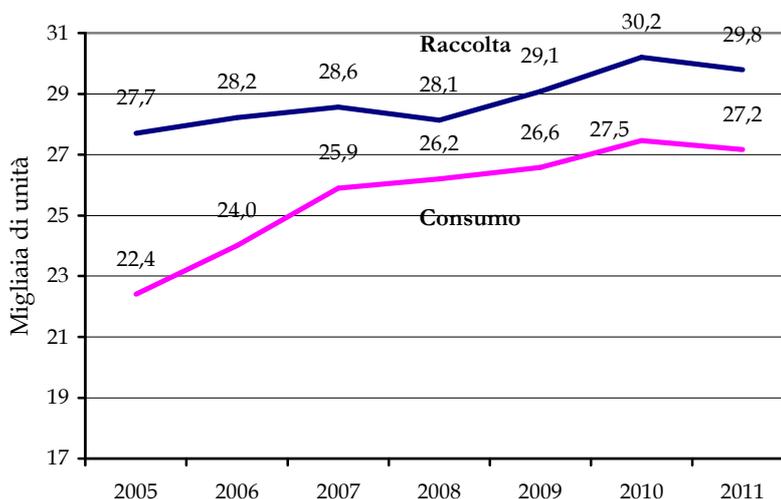
Piano Sangue

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

Nel 2011 è diminuito il trend relativo al numero di unità consumate (-1,0%) nonché il numero di unità raccolte arrivate a 29.792 (-1,3%).

Si è verificata un'ulteriore riduzione nel rapporto tra unità raccolte e consumate sceso dal 123,6 del 2005 a 109,9 nel 2011 ma che comunque si mantiene costantemente al di sopra del valore medio regionale e secondo solo a quello delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia e Modena.

FIGURA 77 UNITÀ DI SANGUE RACCOLTE E CONSUMATE - ANNI 2005-2011



Qualità dell'assistenza

Ricoveri Per Polmoniti ed Influenza negli Anziani

TABELLA 81 DIMISSIONI PER POLMONITE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	0,30	0,30	0,17
Parma	1,15	0,24	0,50
Sud Est	0,74	0,31	0,80
Valli Taro e Ceno	0,16	0,39	0,32
AUSL PARMA	0,75	0,28	0,45
REGIONE	0,57	0,41	0,50

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 alle infezioni delle vie respiratorie in regime ambulatoriale. In aggiunta si ritiene che le campagne vaccinali efficaci siano estremamente utili per ridurre e prevenire i ricoveri per queste patologie.

Nel triennio 2009-2011, l'indicatore provinciale si muove da un valore dell'anno 2009, superiore alla media regionale, a valori che, nel biennio successivo, risultano invece inferiori. Si osserva però che, mentre i valori dell'anno 2010 presentano variazioni poco rilevanti tra i distretti, nell'anno 2011 le differenze si accentuano, presentando un valore minimo nel distretto di Fidenza ed un valore comunque inferiore alla media regionale nel distretto Valli Taro e Ceno, distretti su cui insistono gli Ospedali a gestione diretta dell'AUSL di Parma. Questo rilievo potrebbe essere correlato al forte grado di integrazione degli Ospedali a gestione diretta dell'AUSL con il territorio di riferimento, che favorisce il trattamento domiciliare di queste patologie.

Diabete, complicanze a breve termine

TABELLA 82 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A BREVE TERMINE PER 1 000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	0,47	0,44	0,46
Parma	0,72	0,53	0,50
Sud Est	0,70	0,56	0,43
Valli Taro e Ceno	0,50	0,40	0,37
AUSL PARMA	0,63	0,50	0,46
REGIONE	0,45	0,45	0,40

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

A livello provinciale, il tasso di ricoveri si mantiene al di sopra della media regionale, pur denotando un costante e significativo calo. Si rileva che almeno un tasso di ricoveri distrettuale (Valli Taro e Ceno) risulta inferiore al valore medio regionale nell'ultimo biennio. I tassi di ricovero sono in decremento nel triennio in tre distretti su quattro (Parma, Sud-Est e Valli Taro e Ceno), attestando un progressivo miglioramento nei comportamenti più appropriati ed efficaci nella prevenzione e cura a livello territoriale.

Diabete, complicanze a lungo termine

TABELLA 83 DIMISSIONI PER COMPLICANZE DIABETICHE A LUNGO TERMINE PER 1000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Fidenza	4,13	3,35	3,10
Parma	3,61	2,87	2,44
Sud Est	2,62	2,36	2,22
Valli Taro e Ceno	2,76	2,44	2,20
AUSL PARMA	3,47	2,85	2,53
REGIONE	2,20	2,20	2,18

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

L'andamento in costante calo dell'indicatore nell'AUSL di Parma, con progressivo avvicinamento alla media regionale, conferma i buoni risultati ottenuti nel potenziamento delle sinergie di rete territoriale per la cura della malattia diabetica. In particolare, le attività di coordinamento strutturato messe in atto nell'ultimo quinquennio sembrano aver dato avvio ad un miglioramento costante. E' tuttavia necessario un ulteriore miglioramento nei distretti di Parma e Fidenza per raggiungere il valore medio regionale, sul quale si sono già quasi attestati i distretti Sud-Est e Valli Taro e Ceno.

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni dal ricovero.

TABELLA 84 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE, INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO

Azienda	2009	2010	2011
Piacenza	56,2	61,3	68,1
Parma	40,9	50,3	62,0
Reggio Emilia	34,4	34,4	41,3
Modena	42,5	36,6	39,4
Bologna	28,7	31,0	28,2
Imola	37,4	32,2	42,1
Ferrara	23,4	21,8	36,4
Ravenna	47,6	54,3	55,9
Forlì	67,4	75,2	77,5
Cesena	34,2	35,3	57,9
Rimini	28,3	33,1	37,7
AOU Parma	59,5	49,3	55,8
AO Reggio E.	38,6	43,4	43,1
AOU Modena	15,0	20,2	32,8
AOU Bologna	50,6	41,7	42,0
AOU Ferrara	13,3	20,6	37,6
II.OO.RR.	57,5	58,0	75,5
REGIONE	41,9	42,3	49,0

In entrambi gli Ospedali dell'Azienda USL di Parma è stato implementato un progetto di Ortogeriatría.

Quale effetto delle azioni positive implementate, nel triennio 2009-2011 si è verificato un consistente miglioramento della percentuale degli interventi effettuati entro due giorni dal ricovero, che è variata dal dato lievemente inferiore alla media regionale del 2009, a quello del 2011 che rappresenta la quarta migliore performance a livello regionale.

Parto Cesareo

TABELLA 85 PARTI CESAREI, OGNI 100 NATI, PER PUNTO NASCITA

Punto nascita	2009	2010	2011
Fidenza	27,6	25,8	27,53
Borgotaro	32,9	33,2	37,02
Città di Parma	51,1	54,8	55,61
AOSP Parma	38,0	35,9	35,57
Provincia di Parma	37,2	35,9	36,18
Regione	30,0	29,4	29,05
Pubblco Regione	29,7	29,1	28,8
Privato Regione	55,7	54,9	55,50

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

TABELLA 86 PARTI CESAREI PRIMARI PER AZIENDA SANITARIA DI RICOVERO

Azienda	2009	2010	2011
Piacenza	24,0	25,2	24,5
Parma	25,3	24,4	26,0
Reggio Emilia	21,8	19,5	16,9
Modena	17,1	17,2	16,4
Bologna	21,5	18,8	18,0
Imola	24,5	21,5	21,5
Ferrara	20,5	18,3	20,4
Ravenna	21,3	21,1	22,9
Forlì	17,7	21,6	17,8
Cesena	16,9	19,6	18,8
Rimini	18,0	15,5	13,9
AOU Parma	28,8	27,3	27,3
AO Reggio E.	18,2	19,7	23,5
AOU Modena	22,0	22,0	22,4
AOU Bologna	26,6	24,6	24,1
AOU Ferrara	23,8	22,5	20,5
REGIONE	21,6	20,9	20,0

Il parto cesareo è 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 valutazione dell'andamento dell'indicatore nel triennio, è positivo il rilievo di un dato costantemente al di sotto della media regionale nel punto nascite dell'Ospedale di Fidenza; i punti nascite dell'Ospedale di Borgotaro e dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma presentano indicatori che rendono necessarie azioni di miglioramento.

L'andamento dell'indicatore della Casa di Cura Città di Parma, conferma la tendenza degli Ospedali Privati Accreditati della Regione, a favorire il ricovero di donne con indicazione al cesareo.

Tasso di ospedalizzazione evitabile

TABELLA 87 DIMISSIONI PER ASMA, DIABETE, SCOMPENSO CARDIACO, IPERTENSIONE, MALATTIE CRONICHE POLMONARI PER 10.000 RESIDENTI

Provincia di	2009	2010	2011
Piacenza	42,3	39,7	37,8
Parma	29,5	26,4	26,6
Reggio Emilia	27,4	28,4	24,5
Modena	37,9	37,6	36,0
Bologna	46,4	45,8	44,3
Imola	33,3	29,4	29,7
Ferrara	43,8	43,1	45,4
Ravenna	59,4	54,1	49,4
Forlì	44,9	43,4	43,3
Cesena	46,6	47,8	42,9
Rimini	41,9	44,5	37,9
REGIONE	41,0	40,0	37,9

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Le patologie considerate nell'indicatore rappresentano una delle ragioni più frequenti per un ricovero evitabile; nella maggior parte dei casi possono infatti essere gestite a livello territoriale, con il ricorso ad una terapia efficace, con riduzioni del rischio di ricovero fino al 50%.

Nel 2011, nella provincia di Parma il dato risulta stabile e al di sotto del valore regionale.

TABELLA 88 DIMISSIONI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO PER 10.000 RESIDENTI

DISTRETTO	2009	2010	2011
Piacenza	34,7	33,2	36,3
Parma	32,3	32,1	31,0
Reggio Emilia	40,8	40,4	39,3
Modena	44,1	44,6	43,8
Bologna	40,7	42,8	42,7
Imola	34,7	33,3	30,4
Ferrara	55,5	56,2	54,7
Ravenna	44,9	37,5	38,2
Forlì	31,4	31,7	29,4
Cesena	39,6	41,5	41,3
Rimini	39,4	49,9	45,3
REGIONE	40,9	41,4	40,7

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

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

Il dato per l'Azienda USL di Parma è sensibilmente inferiore rispetto al valore medio regionale.

Indicatori di mortalità

TABELLA 89 PROPORZIONE DI DECESSI ENTRO 30 GIORNI DOPO UN RICOVERO IN URGENZA PER STROKE PER AZIENDA DI RICOVERO

Provincia di	2008	2009	2010
Piacenza	14,2	18,6	17,8
Parma	22,1	21,4	19,0
Reggio Emilia	21,4	25,4	21,6
Modena	16,0	15,6	15,0
Bologna	21,2	20,2	18,9
Ferrara	20,8	17,2	18,7
Ravenna	23,6	22,2	25,5
Forlì-Cesena	20,5	21,9	22,1
Rimini	19,6	21,2	20,2
Regione	13,6	17,3	16,1

Fonte: Banca dati SDO – Regione Emilia-Romagna

Nell' Azienda USL di Parma si evidenzia un decremento costante nel triennio, con calo più marcato nel 2010 ed avvicinamento alla media regionale.