



20

BILANCIO DI MISSIONE 2011

11



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

Nell'edizione del Bilancio di Missione del 2010 abbiamo dedicato la Sezione 7 all'importante Progetto delle "Case della Salute", l'evoluzione di un percorso di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, avviato da tempo in Emilia-Romagna con la costituzione dei Dipartimenti per le Cure Primarie e la loro articolazione nei Nuclei delle Cure Primarie in ogni Distretto, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e la qualità dell'assistenza.

Questa sfida è nata grazie alle sinergie dei diversi attori istituzionali: la Regione Emilia-Romagna, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, i Comitati di Distretto, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le Associazioni di Volontariato, i Sindacati, oltre al contributo creativo ed innovativo dei professionisti e degli operatori dell'Azienda Sanitaria e dei Comuni.

Il delicato momento di vita nazionale ed internazionale che stiamo vivendo necessita nel concreto di risposte per riacquistare fiducia e capacità di progettare il futuro e nel 2011, nel nostro ambito di intervento, abbiamo seguito questa strada ed iniziato a vedere il concretizzarsi delle nostre idee in alcune delle "Case della Salute".

La prima, delle rete provinciale di 26 strutture che verranno attivate entro il 2014, è stata la Casa della Salute di Busseto, di tipologia media che ospita da tempo tutti i servizi previsti dalla normativa regionale. Le ulteriori sono state quelle di Langhirano, Medesano, Monticelli; nel 2012 quelle di Bedonia, Sala Baganza, Traversetolo e Felino. Sempre nel 2012 si proseguirà con la Casa della Salute di San Secondo e successivamente di quella di Colorno-Torrile, la prima che verrà attivata nel Distretto di Parma. Un forte impatto innovativo nel modo di curare e seguire gli utenti, che realizza forme organizzative e percorsi di cura integrati grazie al lavoro di rete tra professionisti, insieme alla certezza di agevolare e migliorare la risposta di salute.

Ringrazio come sempre tutti i colleghi che prestano la loro professionalità e credono nella capacità dell'Azienda di migliorarsi.

Auguro a tutti noi buon lavoro.

Massimo Fabi

*Direttore Generale
Azienda USL di Parma*

Indice

Sezione 1

Contesto di riferimento

- Territorio
- Ambiente
- Popolazione
- Condizioni socio-economiche
- Osservazioni epidemiologiche
- Studio Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia
- Sicurezza
- I Distretti in cifre

Sezione 2

Profilo aziendale

- Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- Impatto sul contesto territoriale
- Livelli Essenziali di Assistenza
- Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera
- Qualità dell'assistenza

Sezione 3

Obiettivi istituzionali strategie aziendali

- Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria
- Universalità ed equità di accesso
- Centralità del cittadino
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
- Promozione del cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo

Sezione 4

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

- La "carta di identità" del personale
- Valutazione dei rischi
- Valutazione delle competenze, affidamento degli incarichi aziendali e sistemi premianti
- Struttura delle relazioni col personale dipendente e le sue rappresentanze
- L'attività formativa

Sezione 5

Sistemi di relazione e strumenti di comunicazione

- Ruolo e strategia comunicativa
- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- I rapporti con i mezzi di informazione
- La comunicazione interna aziendale
- L'attività comunicativa attraverso manifestazioni e convegni

Sezione 6

Ricerca e innovazione

- La funzione di ricerca e innovazione
- Progetti di modernizzazione

Sezione 7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: il progetto sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica

- Il Progetto SLA, le premesse
- Il premio al Progetto ed il modello assistenziale proposto

I PERCORSI COMUNI



Sezione 1 - IL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI PARMA

Le caratteristiche demografiche più significative sono l'alta percentuale di anziani e negli ultimi anni l'afflusso della popolazione immigrata, composto per lo più da persone in età lavorativa, e l'aumento della natalità, sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, della popolazione immigrata.

ESTENSIONE 3.449 Km²

COMUNI 47

DENSITÀ 129 ab/ Km²

Residenti all'1.1.2012 in Provincia di Parma 445.283

DISTRETTI SANITARI 4

Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva diminuzione della popolazione nella zona montana a favore di quella collinare, mentre è rimasta invariata la quota relativa alla pianura. La distribuzione percentuale della popolazione straniera sul territorio, pur simile a quella generale, presenta una maggiore concentrazione nelle aree di pianura, rispetto alla montagna, dove risiede solo il 3,8% degli stranieri, nella maggioranza donne.

La percentuale di abitanti in montagna è la più alta della regione, la cui media complessiva di residenti in zone di montagna è del 4,4%.

La popolazione straniera residente in Italia ha superato i 4 milioni di persone, ma sia l'Emilia-Romagna che la nostra città sono caratterizzate da flussi migratori molto più consistenti. Infatti, al primo gennaio 2011, gli stranieri residenti in Regione sono 500.585, pari al 11,3% della popolazione residente, mentre a Parma hanno raggiunto i 55.069 (12,5%) e risultano quadruplicati nell'arco di un decennio: il flusso ha subito un incremento più marcato negli ultimi anni, in particolare dal 2006 al 2011 l'aumento è stato di oltre il 63%. I comuni nei quali la popolazione immigrata è maggiormente presente sono quelli della fascia collinare anche se, pur partendo da numeri molto esigui, anche in montagna si sono evidenziati aumenti significativi.





Sezione 2 - LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

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.

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 in %	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:

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 del periodo, rappresentati nella tabella, attestano il consolidamento della situazione di equilibrio economico-finanziario raggiunta dall'Azienda.

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.



COSTI PER ASSISTITO - ANNI 2006-2010

	AUSL Parma			Regione Emilia Romagna			Scostamento % PR vs RER	Scostamento Economico PR vs RER
	Costi	Popolazione°	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%		

° Si rimarca come sia in questa che nelle tabelle della Sezione 2 del documento, la popolazione sia stata pesata per tenere conto della struttura per età e sesso ai fini di un calcolo corretto degli indicatori di interesse.

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.

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.

Tutti i dettagli relativi al tema delle risorse, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.



Sezione 2 - L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

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).

Lo sviluppo del modello assistenziale “Casa della Salute”

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.

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 allerta 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 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. Per garantire continuità assistenziale nelle zone montane e della pianura, a bassa densità abitativa, l'impegno dell'Azienda si traduce nella realizzazione di articolazioni che si potranno configurare come sedi secondarie del Nucleo di Cure Primarie a cui afferiscono, contribuendo a garantire servizi e assistenza H12 (anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali tra i MMG, i PLS ed i MCA che li costituiscono).



Tutti i dettagli di attività dedicati all'ambito dell'assistenza distrettuale ed in particolare alle Case della Salute, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.



Sezione 2 - 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 a livello aziendale al fine di definire ed uniformare interventi e le attività cliniche assistenziali della rete territoriale ed ospedaliera delle cure palliative. 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.

HOSPICE AZIENDALI - POSTI LETTO, PAZIENTI, GIORNI DI DEGENZA

	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.

Sezione 2 - L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

I 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.

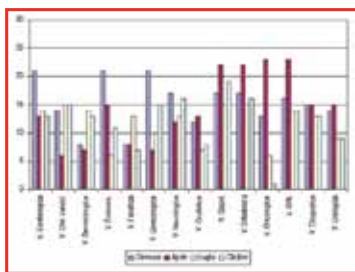


Nel corso del 2010, è stato consolidato il sistema di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel caso in cui non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per le visite (30 giorni) e gli esami di diagnostica (60 giorni) attraverso un'offerta aggiuntiva governata direttamente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

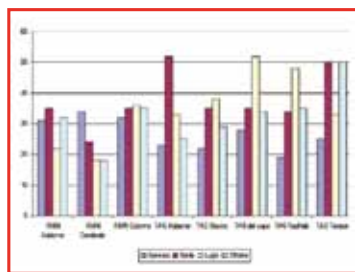
A conferma della stabilità dei tempi di attesa, sono stati illustrati dai referenti dell'Assessorato alla Salute della Regione Emilia-Romagna i dati relativi all'attività di assistenza specialistica ambulatoriale: nei dati a disposizione dell'Assessorato e presentati in Commissione Regionale Politiche per la Salute, ricavati dalle rilevazioni effettuate in una settimana campione di aprile 2012, al primo posto, e con distacco, c'è Parma: su 49 tipologie di prestazioni specialistiche disponibili in Regione, nella città ducale ne vengono effettuate 46, e in soli tre casi l'indice di performance, cioè la percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard, è inferiore al 90% ma comunque superiore all'80%.

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.

ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA VISITE - ANNO 2011

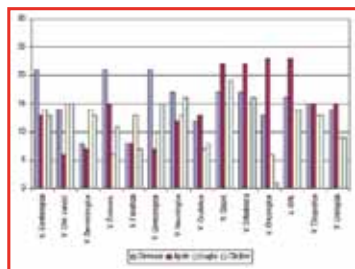


ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA DIAGNOSTICA ALTE TECNOLOGIE - ANNO 2011



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.

ANDAMENTO TEMPI DI ATTESA ALTRA DIAGNOSTICA - ANNO 2011



Tutti i dettagli di attività dedicato all'ambito della specialistica sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

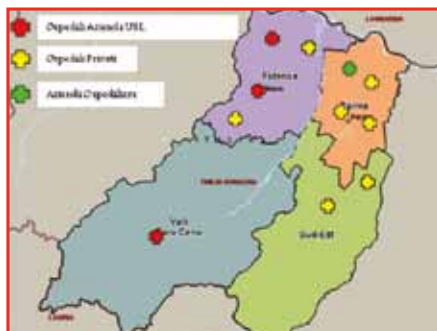


Sezione 2 - L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

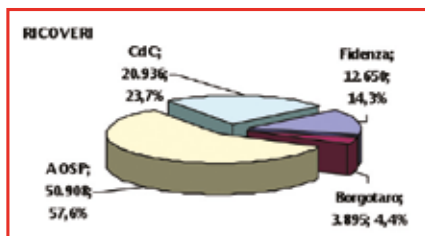
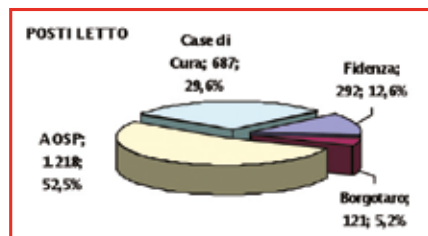
Le strutture pubbliche e private della provincia di Parma disponevano, nel 2011, di complessivi 2.318 posti letto ripartiti tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il presidio ospedaliero aziendale articolato nei due ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgotaro e le Case di Cura private accreditate; 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 lungodegenza. 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.

LA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE



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 di funzioni sovra provinciali dell'AOU e di due strutture (Centro Cardinal Ferrari e Fondazione Don Carlo Gnocchi) essenzialmente dedicate all'attività di riabilitazione.

Tutti i dettagli di attività dedicati all'assistenza ospedaliera, sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 alla Sezione 2.

Sezione 2 - LA PREVENZIONE

Gli ambiti dedicati alla prevenzione in cui l'Azienda opera, riguardano diversi aspetti tra cui la prevenzione individuale e collettiva. Nell'ambito delle attività di prevenzione si collocano le Commissioni Medico Legali il cui principale obiettivo è l'accertamento dell'invalidità civile e del riconoscimento delle condizioni di handicap, garantire la qualità delle prestazioni erogate, assicurare nel contempo il rispetto dello standard dei tempi di attesa. Ulteriore ambito di intervento riguarda **le attività vaccinali**. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo più efficace di prevenzione primaria per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie. La recente approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 ha permesso di individuare obiettivi a medio termine, che riguardano in particolare:

- miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni;
- mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti per l'infanzia per tutte le vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
- migliorare le coperture per la vaccinazione HPV e quelle delle persone a rischio per patologia o condizione professionale;
- promuovere la qualità delle vaccinazioni;
- contenere la diffusione delle malattie trasmesse da vettori già endemiche nel territorio regionale (WN e Leishmaniosi) e ridurre la probabilità che patologie di importazione diano luogo a focolai autoctoni.

Altro ambito sono **le attività di Screening**; un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale, con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow-up; il suo presupposto fondamentale è la partecipazione della popolazione interessata. Anche il Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 persegue questa visione di "sistema", indicando obiettivi simili per tutti e tre gli screening attivi nel nostro territorio già dal 1998.



Sempre nell'ambito della prevenzione collettiva, grande impegno negli ultimi anni è stato profuso per le **sicurezza nei luoghi di lavoro**. Il contrasto degli infortuni sul lavoro e le malattie da lavoro rimane obiettivo prioritario dei Servizi prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), rafforzato dalle linee di indirizzo nazionali contenute nel “Patto per la Salute”, che recepisce l'intesa tra Governo e Regioni, successivamente trasformato nel DPCM del 17.12.07 e dall'entrata in vigore della nuova normativa di settore (D.Lgs 81/08). L'attività dell'Azienda si è indirizzata per coordinare gli impegni e le attività di diversi soggetti in un contesto di profondo cambiamento del mercato del lavoro, della struttura economico-produttiva delle imprese, ma anche di forte rinnovamento del sistema di regole che governano la tutela della salute negli ambienti di lavoro.

Tutti i dettagli di attività dedicati all'ambito della prevenzione sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nelle Sezioni 1 e 2.

Sezione 3 - OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI

Questa Sezione del documento è finalizzata ad esplicitare i principali obiettivi istituzionali aziendali e ad illustrare le modalità adottate per conseguirli. I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto nei documenti di pianificazione e programmazione dell'attività regionale e aziendale.

Il 2011 è stato un anno ricco di iniziative illustrate sinteticamente in ogni Sezione, nel quale si è sviluppata ulteriormente la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: sono previsti anche in questa edizione alcuni **Percorsi elaborati in modo comune** dai professionisti di entrambe le Aziende Sanitarie, presenti non solo nella Sezione 3.

Di seguito i Percorsi elaborati in modo comune dalle due Aziende sanitarie presenti nelle Sezioni:

- Lo screening dei tumori del colon retto
- Il Progetto ICT di Sanità on line
- L'emergenza territoriale
- Il percorso nascita
- La rete cardiologia
- La gestione integrata diabete
- L'assistenza odontoiatrica
- La comunicazione integrata tra le due Aziende Sanitarie provinciali
- Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico Unico
- Equità in sanità

Programmazione

Nel corso del 2011 la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha assicurato lo svolgimento delle funzioni previste dalla normativa regionale con riguardo agli atti di programmazione aziendale (bilancio pluriennale 2011-2013, bilancio preventivo annuale 2011 e bilancio di esercizio 2010) e alla programmazione e riparto del Fondo



regionale per la non autosufficienza. Sempre con riferimento all'attività di programmazione l'impegno dell'Azienda si è concretizzato nel supporto alla CTSS, per il monitoraggio del P.A.L. 2009-2011, presentato con incontri appositamente organizzati nei quattro Comitati di Distretto. Inoltre la CTSS ha approvato il Piano aziendale "Case della Salute" che prevede la realizzazione di n. 26 strutture nei quattro Distretti.

È stata mantenuta la presenza puntuale e costante dei rappresentanti dell'Azienda U.S.L. in ogni ambito distrettuale ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano per la stesura e l'approvazione del Piano Attuativo 2011 e del documento di programmazione area anziani e disabili.

Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie

Nel 2011 l'Azienda, dopo aver definito uno specifico Progetto aziendale illustrato nel Bilancio di missione 2010, si è impegnata nella realizzazione definite nei singoli progetti ed ha avviato un percorso formativo volto a perseguire il necessario cambiamento culturale finalizzato alla concreta realizzazione delle Case della Salute. Lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta un obiettivo strategico del nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da un'aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata dei servizi distrettuali.

In specifico nel corso del 2011 sono state formalmente attivate le seguenti Case della Salute:

- Busseto - Distretto di Fidenza (inaugurata il 09/12/2011)
- Langhirano - Distretto Sud-Est (inaugurata il 14/12/2011)
- Medesano - Distretto Valli Taro e Ceno (inaugurata il 16/12/2011)
- Monticelli - Distretto Sud-Est (inaugurata il 17/12/2011)
- S. Secondo - Distretto di Fidenza (adeguamenti completati secondo la programmazione nel mese di gennaio 2012).

Per una più ampia illustrazione dei dati relativi all'attività Distrettuale ed alle Cure Primarie ed alle Case della Salute si rimanda alla **Sezione 2**.

Cambiamento organizzativo

Governo Clinico

Il processo di cura è un sistema complesso che spesso richiede l'intervento di molteplici figure professionali. Il governo clinico esige un'assistenza integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative, condizioni che sono realizzabili pienamente solo nel contesto di un'organizzazione di tipo dipartimentale, assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che la compongono. Per ottenere i risultati desiderati, occorre che le capacità tecnico-cliniche siano adeguatamente supportate da strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Si tratta di un impegno multidisciplinare, che deve trovare la collaborazione sia tra operatori clinici, sia tra chi nei servizi ha responsabilità cliniche e chi ha invece responsabilità organizzative e manageriali.



Tutti i dettagli di attività dedicati al tema del Governo Clinico ed in generale a temi strategici sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 3.

Sezione 4 - IL PERSONALE

I contratti che regolano i rapporti con il personale dipendente sono tre:

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

La tabella seguente elenca il personale dipendente, suddiviso per macro categorie, presente al 31.12.2011 comprendente anche il personale assunto ai sensi dell'art. 15 septies D.lgs. 502/92; viene rilevato inoltre quale è il personale di ruolo e quello a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 524 unità ossia il 20,0%. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,6% del totale.

Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,3%, che rappresenta un valore medio per una Azienda territoriale.

DIPENDENTI PER AREA PROFESSIONALE A TEMPO INDETERMINATO E TEMPO DETERMINATO

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2011				
Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31.12.2011	%
<i>Dirigenti Medici Veterinari</i>	427	3	430	
<i>Dirigenti Sanitari</i>	63	0	63	2,4
<i>Dirigenti PTA</i>	34	0	34	-
Totale Dirigenza	524	3	427	20
<i>Personale infermieristico</i>	936	30	966	36,6
<i>Personale tecnico sanitario</i>	87	4	91	3,4
<i>Personale prevenzione</i>	120	1	121	4,6
<i>Personale riabilitazione</i>	150	5	155	5,9
<i>Assistenti sociali</i>	28	9	37	1,4
<i>Personale tecnico</i>	193	9	202	7,7
<i>O.S.S.</i>	182	5	187	7,1
<i>Personale amministrativo</i>	351	1	352	13,3
Totale Comparto	2.047	64	2.111	80
TOTALE	2.571	67	2.638	100

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma



Rispetto alle macroarticolazioni, il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti n. 705. Altra articolazione con rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza/S.Secondo, con n. 614 operatori.

Il personale femminile è pari al 71,62% del totale, e rappresenta il 78% dell'Area Comparto, ed il 49,5% nell'Area Dirigenziale (era il 45,0%). Riguardo il dato anagrafico, vediamo che la concentrazione assolutamente più rilevante è fra i 40 ed i 55 anni, oltre il 60% complessivo. Fra gli uomini anche la fascia di età 55/59 è rilevante rappresentando il 20% del totale.

	Personale al 31.12.2010	Personale al 31.12.2011
Sede centrale	303	308
Distretto di Parma	743	749
Distretto di Fidenza	318	329
P.O. di Fidenza	635	651
Distretto Valli Taro e Ceno	175	177
P.O. Borgo Val di Taro	228	229
Distretto Sud-Est	195	195
TOTALE	2.597	2.638

Fonte: elaborazione interna AUSL Parma

Il conteggio del personale della tabella precedente fotografa la situazione al 31.12 e conteggia ogni unità come "intera", tenendo conto anche del personale a part-time e di quello occupato solo per un periodo dell'anno.

Tutti i dettagli dedicati al tema del personale sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 4.



Sezione 5 - SISTEMI DI RELAZIONE E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

La comunicazione migliora il rapporto con l'utenza valorizzando il cittadino con i suoi bisogni e le sue aspettative all'interno delle strutture sanitarie. Deve garantire efficacia, trasparenza e valore aggiunto alle azioni sanitarie.

COMUNICAZIONE PER L'ACCESSO AI SERVIZI

- Sviluppo sito Internet
- Newsletter on line via e-mail
- Sito WEB "Informarsi è Formarsi"
- Spazio Giovani
- Sportello Unico
- Saluter



DOCUMENTAZIONI E PUBBLICAZIONI

- Carta dei Servizi
- Guide informative
- Pieghevoli
- BDM



RAPPORTI CON I MEZZI DI INFORMAZIONE

- Informasalute
- Trasmissioni televisive
- Comunicati stampa



COMUNICAZIONE INTERNA

- Flash d'Azienda
- Intranet
- Rassegna stampa on-line



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

Intranet

Tutti i dettagli dedicati al tema della comunicazione sono presenti all'interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 5.



Sezione 7 - IL PROGETTO sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica

“Per l’innovazione, l’originalità, l’esportabilità in altri contesti e per i risultati raggiunti in termini di benefici alla persona”: sono queste le motivazioni della menzione speciale assegnata a Roma dalla Giuria del Premio Nazionale Gerbera d’oro¹ 2011 alla presenza del ministro della Salute, Ferruccio Fazio, al progetto per le cure palliative domiciliari sviluppato da Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (AISLA).

Il Progetto premiato, dedicato alle cure palliative domiciliari ai malati di SLA, prevede che un medico palliativista, messo a disposizione per il 2011 dall’AISLA, integri le équipe multidisciplinari di specialisti che curano ed assistono i malati affetti da questa patologia. Questa figura interagisce nella cura al malato con il medico di medicina generale o lo specialista, l’infermiere, l’assistente sociale, lo psicologo e con altre figure professionali eventualmente coinvolte, sia in strutture di ricovero che a domicilio dei pazienti.

Il modello di assistenza dell’équipe multiprofessionale proposto, rappresenta l’approccio migliore alla persona malata di SLA. Il medico palliativista in possesso di un’esperienza in medicina palliativa affianca un altro medico, l’infermiere, l’assistente sociale, lo psicologo e altre figure dello scenario di cura, interagendo con esse in una **modalità di équipe “orizzontale”** in tutte le fasi di malattie al fine di condividere il progetto di vita e di cure elaborato ed in continuità con quanto predisposto dalla struttura ospedaliera di riferimento.

Parte integrante dell’équipe polispecialistica interaziendale è il medico di medicina generale che ha in cura il paziente, l’infermiera del territorio e l’assistente sociale del distretto. Nel percorso di cura può emergere la necessità di una consulenza ambulatoriale o domiciliare ed il medico palliativista presente effettua la consulenza: attraverso il referto di prima visita individua eventuali criticità in atto e prescrive una terapia adatta nel pieno rispetto del piano assistenziale già previsto.

Nell’ambito di questo percorso di cura vengono condivisi gli esiti di visite al fine di avere sempre a disposizione l’aggiornamento del quadro clinico e la revisione delle terapie con l’équipe curante.

Tutti i dettagli del Progetto SLA sono presenti all’interno del documento Bilancio di Missione anno 2011 nella Sezione 7.

¹ Il **Premio Gerbera d’oro** dal 2006 viene assegnato da una Commissione mista Fondazione Ghirotti – Conferenza delle Regioni e Province Autonome alla struttura sanitaria nazionale che si sia particolarmente distinta per la sua attività nell’ambito delle cure palliative e della terapia del dolore.

Il Cd può essere consultato dagli utenti di sistemi PC-Windows e Mac con istallato Acrobat Reader o di altri sistemi operativi con installato un browser dotato di Abohe Flash Player.

Sistemi operativi Windows

Nel caso in cui la presentazione non si avviasse in automatico: fare doppio click su Risorse del Computer, doppio click su CD, doppio click su START.EXE.

Altri sistemi operativi

Aprire il CD e fare doppio click su START.HTML, previa installazione sul browser di Adobe Flash Player.

20 BILANCIO DI MISSIONE 2011 11

SINTESI DEL BILANCIO DI MISSIONE, LA CUI VERSIONE INTEGRALE È DISPONIBILE SU CD ALLEGATO