SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

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

SI PUO' FARE

L'esperienza di Parma nel sistema di cura dell'Emilia Romagna

Sommario

La pandemia 3
Un po' di storia 4
La costruzione dei Piani Attuativi Locali (PAL) 2005-2007, 2009-2011 e 2020-2022 4
Rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale 5
Il modello Huh&Spoke 7
Dai Poli Sociosanitari integrati alle Case della Salute 10
Le direttrici: equità e qualità 12
DM 70/2015 e DGR 2040/2015 12
La prospettiva 15
Analisi del contesto attuale e l'innovazione possibile 15
Aree di miglioramento 20
Nuovo modello organizzativo 21

La pandemia

L'emergenza sanitaria che abbiamo vissuto a partire da febbraio 2020 in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 ci ha insegnato quanto importante sia la presenza di una forte integrazione, omogeneità e condivisione culturale tra ospedale e territorio, oltre che l'utilizzo di strumenti che consentano una accesso equo alle cure, soprattutto per la quota di popolazione più vulnerabile per condizioni di salute o altri fattori quali quelli territoriali o sociali.

L'epidemia da SARS-COV-2, sin dall'esordio ha pesantemente impattato sulla organizzazione di entrambe le Aziende, di fatto determinando una forte interdipendenza dei due sistemi, con necessità di ridefinizione di obiettivi integrati e congiunti sui molteplici ambiti di risposta collegati alla gestione dell'epidemia, in particolare nella seconda e terza ondata epidemica, come rappresentato nel Piano Pandemico Provinciale redatto da gruppi di lavoro integrati di professionisti AUSL-AOU .

La **sincronizzazione delle cure territoriali ed ospedaliere** ha rappresentato la prima scelta strategica:

- l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma ha rapidamente "sovvertito" la propria organizzazione dipartimentale, per realizzare modelli organizzativi *ad hoc* di risposta alla domanda di degenza ordinaria per acuti dei malati con polmonite da COVID-19. Le terapie intensive, implementate in maniera modulare e flessibile, hanno risposto con un'offerta di cure proporzionata ai bisogni clinico assistenziali più avanzati;
- la rete ospedaliera pubblica provinciale, con gli ospedali di Vaio e Borgotaro e del Privato accreditato sono state attivate in successione secondo una progressione appropriata. Al culmine della fase epidemica, 1200 persone, di cui 60 in terapia intensiva, sono state contemporaneamente accolte nella rete ospedaliera provinciale. Ad oggi, il numero totale dei ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è pari a 8197, di cui 626 ha registrato un passaggio in Terapia Intensiva.
- Contemporaneamente la risposta territoriale si è sviluppata, affiancando agli interventi di contenimento di diffusione del contagio, scelte innovative ed integrate tra territorio ed ospedale, volte a dare continuità di cura tra i vari *setting* assistenziali: domicilio, pronto soccorso, degenza ordinaria per acuti, terapia intensiva e sub intensiva, riabilitazione, cure intermedie, ospitalità alberghiera;
- in coerenza con tale orientamento, gli interventi di prevenzione e contenimento della diffusione del COVID-19 sul territorio, portati avanti dagli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL, si sono integrati con quelli dei professionisti delle cure primarie (tra cui il medico di medicina generale e della continuità assistenziale, infermieri delle cure domiciliari, medici di diagnosi e cura delle Case Residenza per Anziani, professionisti delle unità speciali di continuità assistenziale-USCA) e dei *COVID Hospital* attivi sul territorio (le Unità Mobili Multidisciplinari a partenza dal *COVID Hospital* collocato al Padiglione Barbieri della Azienda Ospedaliero Universitaria). L'Ospedale è diventato flessibile ed elastico.
- L'innovazione organizzativa della Centrale di Coordinamento dell'Emergenza Covid si è rivelata decisiva per integrare gli interventi della rete dei professionisti ospedalieri e territoriali, sia a domicilio che nelle Case Residenza Anziani, svolgendo un ruolo fondamentale nel contenere la diffusione della epidemia e portare la qualità possibile della cura nei *setting* organizzativi appropriati. E' stata di fatto potenziata e qualificata la rete di intervento territoriale, con sviluppo delle competenze delle USCA (es: ecografie a domicilio) e delle attività delle stesse in strutture residenziali e verso l'ambito pediatrico, fino al loro utilizzo integrato in ambito vaccinale domiciliare.

In questo contesto, il sistema di *governance* locale dell'epidemia, incentrato sulle Unità di crisi aziendali ed interaziendali AUSL-AOU, ha garantito risposte tempestive modulate in base ai trend epidemiologici e alla pressione sui servizi ospedalieri e territoriali.

Si è di fatto gestita la risposta ospedaliera integrata mantenendo l'AOU *Covid Hospital* e gli stabilimenti dell'AUSL *Covid free*, attraverso il contributo professionale di specialisti dell'AUSL (Rianimatori, Internisti, Cardiologi) che hanno operato in reparti Covid dell'AOU durante la fase più critica della terza ondata, nonché nella riconversione di risposta territoriale (Cure intermedie di San Secondo trasformate in struttura Covid) per il trattamento delle dimissioni complesse da reparti Covid.

L'adozione di questi modelli radicalmente innovativi è stata possibile grazie ad una cultura professionale ed organizzativo-gestionale già presente nel nostro territorio: la condivisione del "cosa fare insieme e come" è il terreno su cui si sta fondando la partnership tra le due Aziende, che si consoliderà nel tempo, per essere pronta nel momento in cui si unificheranno.

L'integrazione organizzativa che si è avviata è infatti propedeutica al successo della unificazione, per fare in modo che questa sia percepita come la naturale evoluzione del percorso creato dai professionisti e dalle direzioni.

Un po' di storia

La costruzione dei Piani Attuativi Locali (PAL) 2005-2007, 2009-2011 e 2020-2022.

L'esperienza del PAL 2005-2007 ha significato per molti aspetti una profonda svolta.

Per la prima volta in termini così complessivi ed articolati, i temi della sanità pubblica e più complessivamente del sistema integrato sociale e sanitario, della sua organizzazione, dei diritti e dei livelli assistenziali, sono divenuti oggetto di progettazione condivisa con la esplicitazione di programmi, obiettivi ed interventi. Evidenziando così importanti momenti di crescita ed innovazione nel processo di programmazione sanitaria e sociosanitaria sul nostro territorio.

- Sul piano più squisitamente politico il PAL ha rappresentato un esame di maturità per tutti gli Enti Locali. Attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, gli Enti Locali hanno riposizionato il proprio ruolo di guida nelle scelte che attengono la salute dei cittadini e dunque di orientamento per il sistema chiamato a produrre, alimentare e sostenere i servizi.
- Sul piano tecnico l'esperienza ha disegnato i riferimenti metodologici di un corretto processo di programmazione e di questo processo ne ha evidenziato la praticabilità. Costruito e discusso con la partecipazione attiva e propositiva di oltre cento professionisti (in gran parte gli stessi che rispondono alle prestazioni), implementato con rigore dalle Aziende Sanitarie, analizzato e restituito in termini di risultati conseguiti, il PAL è anche stato un percorso tecnico di riferimento: accessibile e fruibile dagli stessi professionisti con ricadute significative in termini formativi ed organizzativi.
- Sul piano della partecipazione e della comunicazione ha rispettato gli obiettivi che si era posto. Le consultazioni degli Enti Locali anche attraverso i Comitati di Distretto, delle Organizzazioni Sindacali, dei Comitati Consultivi Misti, hanno prodotto risultati che sono divenuti parte integrante del documento programmatorio. La divulgazione del PAL attraverso la diffusione dei testi, la illustrazione dei risultati, i convegni, i seminari, gli incontri con diverse realtà sociali, hanno raggiunto altri significativi soggetti di riferimento nella nostra comunità. Riscontri importanti, dunque, sia pure a fronte di una novità assoluta in termini partecipativi e comunicativi e su materie non sempre facilmente traducibili fuori dalle competenze degli "addetti ai lavori".

- Sul piano del monitoraggio e della valutazione dei risultati, al di là degli esiti, il PAL ha registrato un'altra esperienza del tutto positiva. L'aver attivato un originale e condiviso sistema di monitoraggio dei programmi, degli obiettivi e degli interventi, ha significato per tutti, dentro e fuori il sistema sanitario, la possibilità di dare trasparenza ai processi, gratificazione alla produzione dei risultati, giustificazione all'impiego delle risorse.

Nel PAL 2009-2011 l'approccio ha consolidato ed ampliato le opzioni già individuate e sperimentate nel PAL 2005-2007.

Si è trattato di un ulteriore passo in avanti nella direzione di scelte metodologiche di tipo processuale, ove cioè la centralità è assegnata al prodotto delle relazioni dei fattori che interagiscono. E non già alla sola osservanza dei principi di base o delle regole predefinite che derivano da funzioni e compiti istituzionali.

Questa scelta metodologica ha implicato un lavoro complesso su molti piani. Ad esempio su quello delle conoscenze, ove la centralità è data dalle informazioni, non dai semplici dati.

Oppure su quello dei risultati, ove la centralità è data dallo scostamento tra risultato atteso e risultato ottenuto, e non dalla semplice verifica dei risultati attivati.

Ovvero ancora su quello della partecipazione, ove la centralità è data dalla consistenza della governance e non dalla semplice consultazione dei soggetti da coinvolgere.

I temi sviluppati nei precedenti PAL sono stati i seguenti:

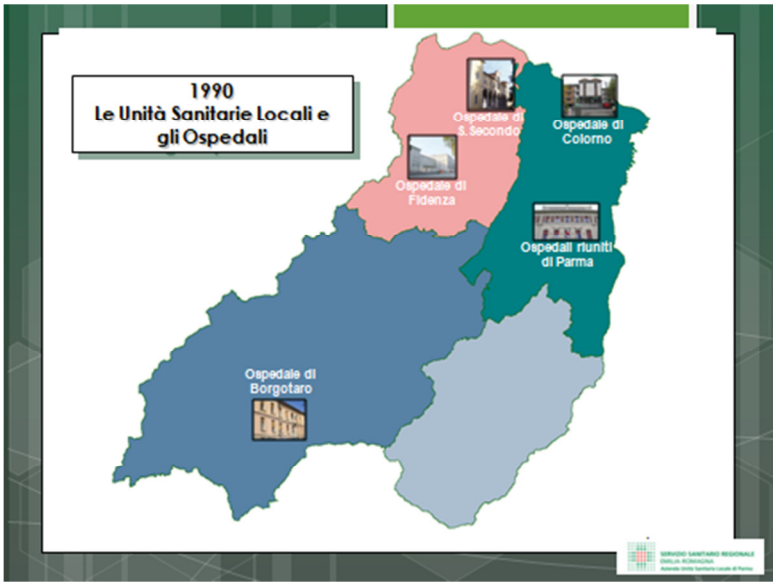
Rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale

La Legge n. 833/78, istituiva il Servizio Sanitario Nazionale perfezionando il processo di unificazione di tutta l'assistenza sanitaria, definendo la costituzione da parte delle Regioni delle Unità Sanitarie Locali.

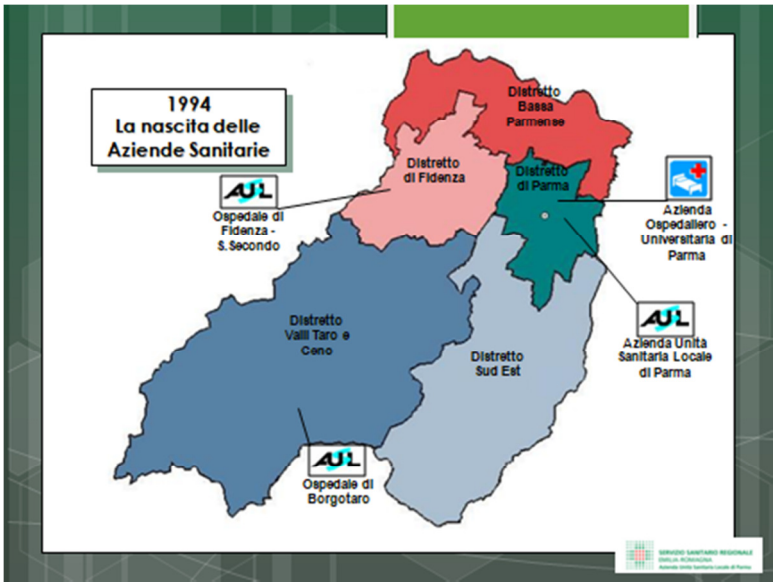
Queste ultime, strumento centrale e operativo di tutta la riforma sanitaria, attraverso una adeguata rete di presidi, compresi gli stabilimenti ospedalieri, e servizi, nascono con il compito di assistere i cittadini sia in fase di prevenzione sia in fase di cura e di assistenza farmaceutica.

Negli anni novanta, quindi, il sistema sanitario provinciale era organizzato in quattro Unità Sanitarie Locali:

USL 4 – Parma comprendente gli Ospedali Riuniti di Parma e l'Ospedale di Colorno, USL 5 – Fidenza comprendente l'Ospedale di Fidenza e l'Ospedale di San Secondo, USL 6 Borgo Val di Taro comprendente l'Ospedale di Borgo Val di Taro, USL 7 – Langhirano che è l'unica in cui non è presente un ospedale pubblico di riferimento.



Con i decreti di riordino del 1992/1993 e del 1999 (riforma Bindi) si introduce l'aziendalizzazione al fine di garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurate dalle regioni tramite le aziende sanitarie. Nascono le Unità Sanitarie Locali (USL) che sono aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile gestionale e tecnica, fermo restando il diritto dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.



Nella provincia di Parma si costituiscono due Aziende, l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma (art. 5 D. Lvo n. 502/92) e l'Azienda USL di Parma (art. 3 D.Lvo n. 502/92) comprensiva degli Ospedali di Fidenza-San Secondo e Borgo Val di Taro. In una prima fase l'Azienda USL di Parma, che nasce dalla fusione delle precedenti quattro Unità Sanitarie Locali, è articolata in 5 Distretti (Parma, Fidenza, Valli Taro-Ceno, Sud-Est, Bassa Parmense). Successivamente il Distretto Bassa Parmense viene riassorbito dai Distretti Di Parma e Fidenza e l'assetto organizzativo attuale è quello che vede il territorio provinciale suddiviso in quattro Distretti Sociosanitari. Anche gli ospedali subiscono una profonda trasformazione attraverso un processo di riqualificazione che porta al superamento dell'Ospedale di Colorno trasformato i presidio territoriale (Polo sociosanitario integrato) ed alla rimodulazione dell'Ospedale di San Secondo, dapprima trasformato in stabilimento dedicato alla post-acuzie (lungodegenza), e successivamente in Presidio Territoriale Sociosanitario Integrato, primo passo verso una Casa della Salute Grande a Medio/Alta complessità.

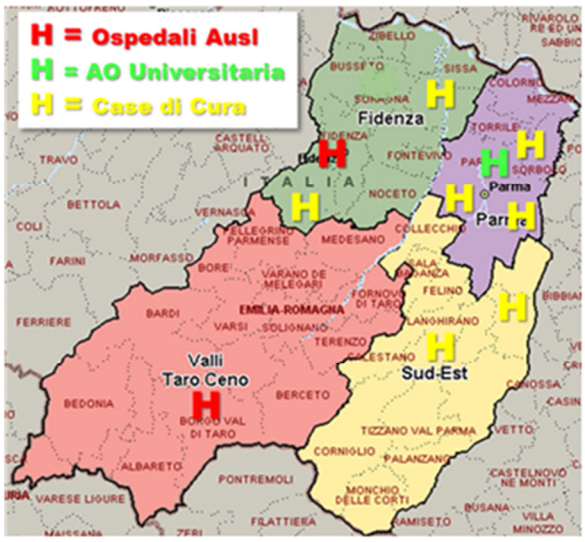
Il modello Huh&Spoke

Il modello organizzativo *"hub and spoke"* (PSR 99-01 e suoi documenti applicativi), che rappresenta una modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub). Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata ed il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Tale modello organizzativo riconosce nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di Polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.

In particolar modo, l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma esercita la propria attività in 37 discipline svolgendo ruolo di Hub e di riferimento di eccellenza per le seguenti aree:

- *Area cardiologica e cardiochirurgica*.
- *Area Trapianti*: Trapianto di Rene e Pancreas e di Midollo osseo e per l'attività di immunogenetica dei trapianti di rene.
- *Area Oncologica*: A livello provinciale la rete clinico-organizzativa del paziente oncologico sarà ulteriormente migliorata ed integrata con l'ulteriore sviluppo del programma interaziendale di Breast Unit e dalla realizzazione del Polo Oncologico Interaziendale.
- *Area Cure palliative* e *terapia del dolore*. .
- *Area Cerebrovascolare*.
- *Area chirurgica*
- *Area dell'Emergenza-Urgenza – Servizio Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT) – Centro Ustioni – 118 Centrale operativa*
- *Area Ostetrico-Ginecologica*.
- *Area Pediatrica sia medica che chirurgica, Oncoematologia, Hub Spina bifida*.
- *Malattie rare ed emofilia*.
- *Area Maxillo-facciale e Hub sindrome di Moebius*.

Per l'Assistenza Ospedaliera l'Azienda USL opera mediante 1 ospedale a gestione diretta, il Presidio Ospedaliero aziendale che è composto da 2 stabilimenti ospedalieri, e 7 ospedali privati accreditati la cui attività viene disciplinata dagli accordi contrattuali di fornitura.



L'Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.024 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 68,1% (1.379 posti letto) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgo Val di Taro, 335 posti letto, e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.044 posti, 51,6% del totale).

Il privato accreditato mette a disposizione con le 7 strutture 645 posti letto pari al 31,9% del totale.

Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Parma dispongono della maggior quota dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari, Don Carlo Gnocchi e Villa Igea).

Sono disponibili, per le esigenze complessive del SSN, 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 3,4 per acuti e 1,1 per post acuti. L'indicatore mostra un valore superiore sia al parametro di riferimento nazionale,3,7, sia rispetto ai posti letto effettivi a livello nazionale, 3,2; il dato è sensibilmente superiore anche a quello regionale, 3,9. La scelta regionale (effettuata in analogia anche sul territorio della provincia di Bologna) è ampiamente giustificata dalle funzioni Hub regionali e dalla caratterizzazione di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nonché dalla mobilità attiva extra-regionale, in saldo positivo.

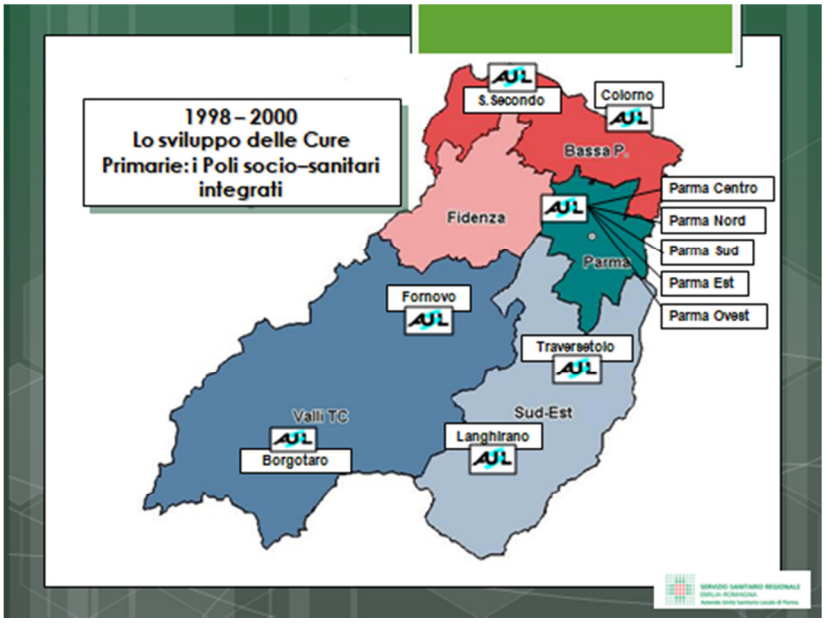
Gli ospedali dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (Fidenza-Vaio e Borgotaro) contribuiscono all'autosufficienza territoriale ed alla qualificazione della rete attraverso alcune aree di eccellenza che sono state sviluppate a cui contribuiscono anche gli ospedali privati accreditati, sette, la cui produzione, attraverso una puntuale committenza, è orientata a perseguire obiettivi di sistema.

Il privato accreditato rappresenta una parte consistente della rete ospedaliera provinciale (31,6% dei posti letto complessivi). L'offerta di ricovero destinata ai residenti nella provincia, è governata dall'Azienda USL di Parma che esercita la propria funzione di committenza.

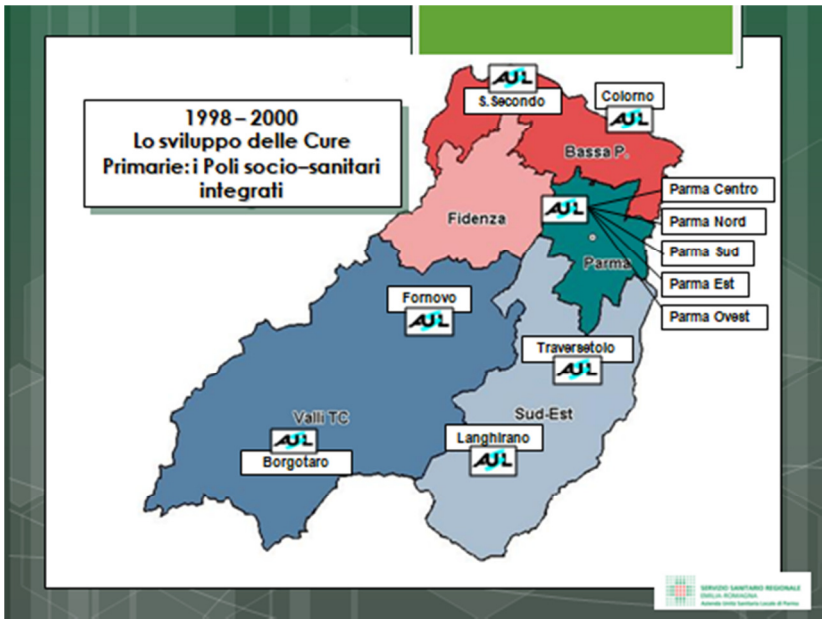
La tipologia di offerta viene differenziata in base alle caratteristiche delle strutture ed è strettamente integrata con l'offerta pubblica, a cui non si sovrappone ma si integra in una logica di complementarietà. Da segnalare, in particolare, la messa a disposizione di posti letto di lungodegenza-post acuzie, da parte dell'Ospedale Privato Città di Parma, per le necessità di trasferimento da acuto a post-acuto dell' Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma; la programmazione dell'invio diretto di quantitativi di ricoveri da Pronto Soccorso di Azienda Ospedaliero/Universitaria presso gli Ospedali Privati multispecialistici Città di Parma, Hospital Piccole Figlie e Val Parma Hospital. I volumi sono definiti nei singoli contratti entro il budget assegnato e sono previste modalità di interazione tra l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, l'Azienda USL di Parma e gli Ospedali Privati Accreditati che partecipano al cruscotto provinciale del ricovero in acuzie, in caso di situazioni di eccezionale pressione dell'utenza sul Pronto Soccorso per aumentare le disponibilità. Le struttura private accreditate polispecialistiche si sono rese disponibili a smaltire le liste di attesa chirurgiche per gli interventi a minore complessità che non trovavano risposte in tempi congrui negli Ospedali di Azienda USL e di Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma. Inoltre, l'Ospedale Privato Accreditato Maria Luigia Hospital è pienamente integrato nel cruscotto provinciale dei ricoveri psichiatrici e le strutture Ospedaliere

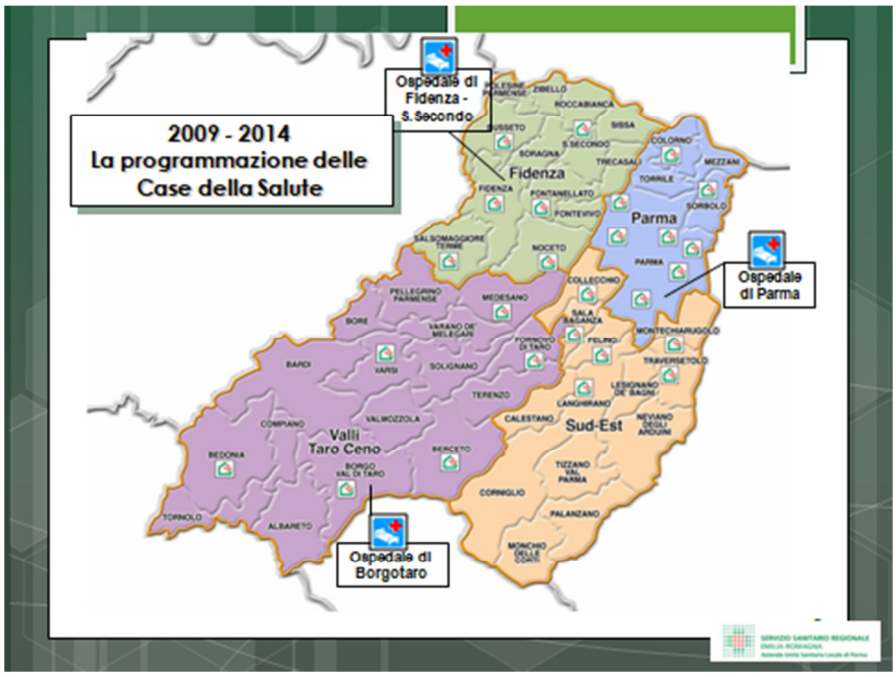
private Accreditate Mono-specialistiche di Riabilitazione sono inserite nella rete provinciale del ricovero in post-acuzie.

Dai Poli Sociosanitari integrati alle Case della Salute



All'inizio degli anni 2000 si è assistito ad una profonda riqualificazione dell'assistenza territoriale con la principale novità rappresentata dallo sviluppo delle cure primarie, sistema di cure che, erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (studio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali e consultoriali, strutture residenziali), costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria sul territorio che garantisce la presa in carico, l'assistenza e la continuità delle cure. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni della persona, ha valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata. I Nuclei di Cure Primarie (NCP), 21 su tutto il territorio provinciale, costituiscono la rete clinica dei Dipartimenti Cure Primarie ed assicurano l'erogazione di prestazioni di assistenza primaria, la continuità assistenziale, e la realizzazione dei programmi sanitari che si esauriscono all'interno del NCP. Dal punto di vista strutturale un passaggio importante è stato il consolidarsi del Poli Sociosanitari integrati (strutture, in parte derivanti da riconversione di ospedali come ad esempio Colorno e San Secondo), in cui si sono concentrate tutte le attività ed i servizi dai poliambulatori agli altri servizi assistenziali. Ma è con le Case della Salute (30 programmate e 21 già attive) che il sistema provinciale ha raggiunto livelli di eccellenza nel panorama regionale. Le Case della Salute sono strutture sanitarie e sociosanitarie (ex DGR 291/10 e 2128/16) che rappresentano un 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. 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.


1998 – 2000
Lo sviluppo delle Cure
Primarie: i Poli socio–sanitari
integrati
S. Secondo
Colorno
Bassa P.
Parma Centro
Parma Nord
Parma Sud
Parma Est
Parma Ovest
Fidenza
Parma
Fornovo
Traversetolo
Valli TC
Sud-Est
Langhirano
Borgotaro


2009 - 2014
La programmazione delle
Case della Salute
Ospedale di
Fidenza -
S. Secondo
Fidenza
Parma
Ospedale
di Parma
Valli
Taro Ceno
Sud-Est
Ospedale di
Borgotaro

Le direttrici: equità e qualità

Le scelte strategiche che hanno sostenuto lo sviluppo delle azioni hanno avuto quale base valoriale i principi dell'equità e della qualità.
L'equità ha rappresentato il consolidamento di un diritto irrinunciabile: l'equa allocazione e fruizione delle opportunità di cura disponibili è stata declinata nella dimensione di accessibilità e continuità assistenziale.
La dimensione dell'accessibilità ha riguardato gli aspetti fisici (prossimità e fruibilità dei servizi) organizzativi (garanzia dei tempi di attesa) e la culturali (attenzione alle fasce deboli ed alle nuove povertà), mentre la dimensione della continuità assistenziale ha riguardato la tempestività e la continuità di presa in carico da parte di equipe multiprofessionali nei diversi setting clinico assistenziali.
La qualità ha trovato riscontro in due ambiti strategici: lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale e la disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia e di competenze professionali avanzate in un rinnovato contesto di ricerca e innovazione.

DM 70/2015 e DGR 2040/2015

Nella seduta del 12/12/2016 la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha approvato il documento "Programmazione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma – Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma" in cui veniva delineato l'inquadramento della rete ospedaliera pubblica e privata accreditata della provincia di Parma secondo i criteri fissati dal DM Salute n. 70-2015:

- Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma: "Ospedale di secondo livello", ai sensi del DM salute N. 70/2015.
- Presidio Ospedaliero Aziendale dell'Azienda USL di Parma: Ospedale di primo livello, ai sensi del DM salute N. 70/2015, complessivamente inteso, con lo stabilimento ospedaliero di Borgo Val di Taro da considerarsi quale "Ospedale di Base" per il bacino d'utenza della montagna parmense.
- Ospedali Privati Accreditati della provincia di Parma: costituiscono, ai sensi del DM salute N. 70/2015, la "rete ospedaliera complementare dell'offerta ospedaliera pubblica", costituita da:
    - Casa di Cura Città di Parma, con funzioni complementari di base per la città ed i suo bacino d'utenza;
    - Hospital Piccole Figlie,con funzioni complementari di base per la città ed il suo bacino d'utenza;
    - Val Parma Hospital, con funzioni complementari per l'area del Distretto Sud – Est;
    - Ospedale Privato Accreditato Monospecialistico di Riabilitazione Centro "Santa Maria ai Servi della Fondazione Don Gnocchi – ONLUS";
    - Ospedale Privato Accreditato Monospecialistico di Riabilitazione Villa Igea di Salsomaggiore Terme;
    - Ospedale Privato Accreditato Monospecialistico di Riabilitazione Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato, con posti letto GRACER (Gravi Cerebrolesioni);

- Ospedale Privato Accreditato Monospecialistico Psichiatrico "Villa Maria Luigia" di Monticelli Terme, con funzioni complementari per il DAI-SM-DP.

La rete ospedaliera pubblica e privata accreditata della provincia di Parma è stata classificata con ottima congruenza in relazione ai criteri previsti dal DM Salute n. 70-2015.

L'obiettivo di adeguamento dell'offerta di posti, a fronte di una dotazione complessiva di posti letto pubblici e privati accreditati nella provincia di Parma pari a 2.189 alla data dell'1/9/2015, ha previsto un numero di posti letto totali massimi di 2.080, da raggiungere al 31/12/2016.

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

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Parma

Piano Attuativo Locale della Provincia di Parma 2020-2022: La cultura della Cura

La prospettiva

Analisi del contesto attuale e l'innovazione possibile

La realtà provinciale (popolazione 454.000 abitanti) è caratterizzata da:

- MEDICINA GENERALE con 284 Medici di Medicina Generale (MMG), che assistono complessivamente una Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta La gran parte dei MMG opera in forma associata per garantire integrazione e continuità assistenziale. Il dato è più basso, vista anche la particolare tipologia di utenza, per i PLS.
  Su 284 MMG, ben 240 al 31 dicembre 2020 risultavano essere associati nelle forme più strutturate:

  - 173 in 36 Medicine di Gruppo
  - 67 in 17 Medicine in Rete

  I 36 Pediatri di Libera Scelta (PLS) erano distribuiti nelle seguenti forme associative:

  - 17 in 5 Pediatrie di Gruppo
  - 19 in 3 Pediatrie in Rete

  L'assistenza offerta dai MMG si sostanzia nelle forme associative anche attraverso l'estensione della fascia oraria di accessibilità degli ambulatori alla 7a ora ed oltre la 7ai:

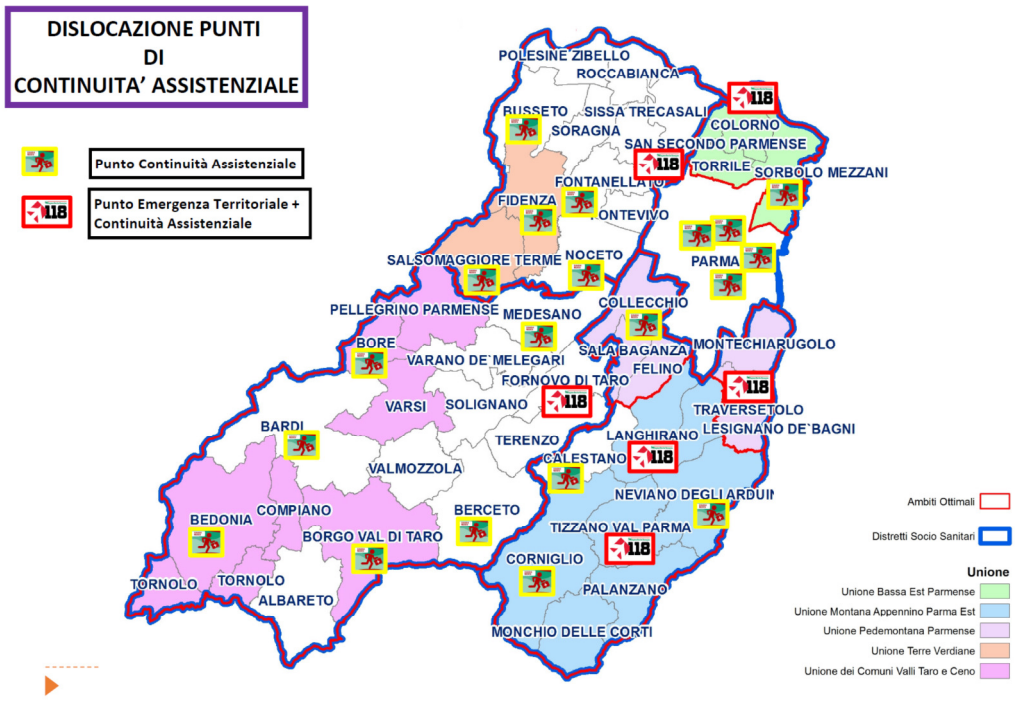
  I Professionisti delle Cure Primarie, nel loro complesso, operano nei Nuclei di Cure Primarie, forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica - e consente ai cittadini un'accresciuta accessibilità alle cure primarie, con un ampia fascia di apertura degli studi medici.

  In ogni Distretto insiste un Dipartimento Cure Primarie, quattro Dipartimenti che sono articolati in 21 Nuclei delle Cure Primarie.

  I Nuclei di Cure Primarie costituiscono le Unità Organizzative di base del sistema delle cure primarie e il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, di integrazione delle attività territoriali, di governo clinico in relazione agli obiettivi di salute e miglioramento della qualità assistenziale. Attraverso l'azione congiunta delle figure professionali che li compongono (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Ostetriche, Specialisti Ambulatoriali, Operatori Sociali ecc.), si rende possibile lo sviluppo del modello di reti integrate fondato sul sistema di autonomia e responsabilità, al fine di rispondere alle necessità assistenziali dei cittadini. Per ogni Nucleo di Cure Primarie è individuato un coordinatore medico di medicina generale scelto tra i professionisti che compongono il Nucleo e dagli stessi proposto, il quale, all'interno dell'organizzazione territoriale, assicura coerenza con gli obiettivi assistenziali ed il collegamento con il DCP di riferimento, svolge funzioni di facilitatore dei processi e di integrazione dei professionisti presenti nel NCP. Analogamente viene individuato per ogni Nucleo delle Cure Primarie un coordinatore infermieristico e tecnico il cui ruolo e funzioni sono declinate nel capitolo relativo al servizio Infermieristico e Tecnico delle Cure Primarie

- CONTINUITA' ASSISTENZIALE: Nel contesto provinciale il Servizio di Continuità Assistenziale si sviluppa su 26 punti di erogazione (Figura 1) che sono articolati in:
  - 20 Punti di Continuità Assistenziale con Medici Convenzionati secondo ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENARALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
  - 6 Punti di Continuità Assistenziale con Medici dell'Emergenza Territoriale, in rapporto di lavoro con le Associazioni di Volontariato, che svolgono sia funzione di Emergenza Territoriale che di Continuità Assistenziale
  - I Medici di Continuità Assistenziale (MCA) sono 146
  - Nei Nuclei di Cure Primarie sono stati attivati da aprile 2020, a seguito dell'emergenza Covid, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), a supporto dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), che hanno il compito di gestire a domicilio i pazienti sospetti o accertati Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Figura 1 : Dislocazione dei punti di Continuità Assistenziale



- CASE DELLA COMUNITA': Nella Ausl di Parma Sono in fase di realizzazione **31 Case per la salute: 24 (77,5%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni. In ognuna delle Case della Salute opera 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 e la evoluzione verso le Case della Comunità.

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: I pazienti interessati dal Servizio di Assistenza Domiciliare nel corso dell'anno 2020 sono stati 9.838, 610 in più rispetto all'anno 2019. Nel 89,5 % dei casi si tratta di assistiti con età superiore ai 64 anni con particolare concentrazione nella fascia oltre gli 84, dove la percentuale è del 47,2% sul Totale. Il Totale degli accessi effettuati da tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare nel corso del 2020, così come recepito dal flusso informativo inviato in Regione, risulta essere stato 139.427., di cui 95.701 effettuati dalla Equipe infermieristica, 40.296 da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e il restante 3.430 da vari specialisti. La quota prodotta dagli infermieri, la più consistente, incide per il 69% del Totale (29% per gli MMG e 2% per gli altri specialisti), per quanto riguarda il volume degli accessi e dell'utenza coinvolta tenendo conto dei livelli di intensità assistenziale, nel corso dell'anno 2020, si evidenzia come il livello di bassa intensità, rappresenta sempre la quota principale con il 96% degli utenti assistiti e il 91,4% degli accessi effettuati.

  Le patologie più frequenti nell'ambito dell'assistenza domiciliare riguardano, in ordine di incidenza, le Malattie del sistema circolatorio, i Tumori, i Disturbi mentali, le Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, le Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari. Categorie che rappresentano il 70,1% del Totale dei casi,

- STRUTTURE PROTETTE E CENTRI DIURNI PER ANZIANI: Dal 2016, a fronte di una certa stabilità delle risorse assegnate, si registra un sostanziale consolidamento del numero dei posti accreditati e contrattualizzati nelle Case residenze e nei Centri Diurni, e dell'offerta di progetti ed interventi a sostegno della domiciliarità, quali le accoglienza temporanee di sollievo e l'assistenza domiciliare.

- INTEGRAZIONE SISTEMA EMERGENZA URGENZA: L'attività della continuità assistenziale spesso è strettamente intersecata ed al confine con l'attività dell'Emergenza Territoriale e del Sistema 118 per cui è necessaria una forte integrazione tra i due ambiti. Una misura del bisogno di sviluppare questa integrazione è rappresentato dal numero di chiamate al 118 che non esitano in un invio di un mezzo (per azione di filtro svolta da parte della CO 118) e dal numero d'interventi di

mezzi di soccorso avanzati (MSA) che non esitano in un trasporto in quanto lasciati al domicilio, misure proxy dell'inappropriatezza dell'utilizzo della risorsa 118. Dalla lettura delle tabelle si evidenzia come l'emergenza pandemica abbia messo in risalto la necessità d'indirizzare le richieste dei cittadini verso percorsi chiari e punti di riferimento certi dove poter avere una risposta concreta al bisogno (la Centrale Operativa 118 risponde sempre indipendentemente dall'ora e dal bisogno effettivo)

	2019	2020
Chiamate 118 che non esitano in invio mezzo Fonte: Banca dati Flusso 118 CO118EO	502	2236
Interventi MSA codice 0 (trattamento sul posto o rifiuto trasporto) Fonte: Banca dati Flusso 118 CO118E	1805	2184

Anche l'accesso al PS o alle strutture ospedaliere costituisce un punto fondamentale sia per quanto riguarda la misura dell'appropriatezza che nella garanzia di continuità assistenziale.

Nelle tabelle che seguono vengono indicati:

- i tassi standardizzati (per sesso ed età) di accesso al PS per AUSL di residenza e Anno – Regione Emilia Romagna
- l'indice di dipendenza della popolazione dal PS (%) per AUSL di residenza e Azienda Erogante anno 2019
- i tassi standardizzati (per sesso ed età) di accesso al PS per Distretto di residenza e Anno – Provincia di Parma

Indice di dipendenza della popolazione dal PS (%) per AUSL di residenza e Azienda Erogante anno 2019

AUSL di residenza	Stessa Azienda	AOSP che insiste sul territorio	Altre Aziende R.E.R.	TOTALE
PIACENZA	96,03	.	3,97	100
PARMA	24,85	70,95	4,2	100
REGGIO EMILIA	89,68	.	10,32	100
MODENA	47,95	47,54	4,51	100
BOLOGNA	55,39	39,4	5,21	100
IMOLA	81,97	.	18,03	100
FERRARA	36,2	57,96	5,85	100
ROMAGNA	97,7	.	2,3	100
TOTALE	**68,01**	**26,83**	**5,16**	**100**

Tassi standardizzati (per sesso ed età) di accesso al PS per Distretto di residenza e Anno – Provincia di Parma

Distretto di residenza	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Tasso accessi	Tasso prestazio	Tasso accessi	Tasso prestazio	Tasso accessi	Tasso prestazio	Tasso accessi	Tasso prestazio	Tasso accessi	Tasso prestazio	Tasso accessi	Tasso prestazio
PARMA - DISTR. PARMA	300,1	2.529,30	304,4	2.592,00	310,3	2.615,80	306,8	2.684,70	307	2.676,40	205,4	1.917,50
PARMA - DISTR. FIDENZA	333,4	2.571,00	332,2	2.833,40	333,1	2.836,90	340,9	3.003,50	339,7	3.137,10	228,9	2.213,40
PARMA - DISTR. VALLI TARO E CENC	304,1	2.049,20	299,3	2.323,30	313,2	2.352,00	313,1	2.427,50	314,5	2.499,40	200,2	1.734,00
PARMA - DISTR. SUD EST	262,9	2.305,40	268,9	2.342,40	275,4	2.360,90	272	2.439,20	269,8	2.395,40	184,5	1.778,10
TOTALE	**301,8**	**2.445,10**	**304,2**	**2.572,50**	**310**	**2.592,40**	**309,4**	**2.686,80**	**308,9**	**2.712,20**	**206,8**	**1.941,80**
Deviazione standard	**25,04**	**207,79**	**22,46**	**208,33**	**20,77**	**200,82**	**24,52**	**234,31**	**25,04**	**283,96**	**15,92**	**187,40**

Dalla lettura delle tabelle emerge quanto segue:

1) in tutti gli anni considerati il consumo standardizzato di accessi al PS della popolazione di afferenza dell'Azienda AUSL si è mostrato notevolmente più basso rispetto alla media regionale, collocandosi sempre come il minore valore rispetto a tutte le altre AUSL
2) per quanto concerne il tasso di prestazioni erogate, invece, l'indicatore si è sovente mostrato leggermente maggiore della media ragionale, a testimonianza di una attenta presa in carico assistenziale
3) i cittadini dell'AUSL di Parma dipendono in maniera molto marcata dall'AOSP che insiste sul territorio, 71% circa degli accessi
4) gli accessi al PS nelle strutture Aziendali sono circa un quarto del totale, dato molto minore della media regionale
5) Il ricorso ad altre strutture regionali è sotto la media complessiva (anche se con ulteriori dettagli si potranno rilevare differenze distrettuali notevoli, con il Distretto di Sud Est che dipende in modo significativo dall'AUSL di Reggio Emilia, Ospedale di Montecchio)
6) in tutti gli anni considerati il consumo standardizzato più elevato di accessi al PS della popolazione di afferenza dell'Azienda AUSL è stato quello del Distretto di Fidenza, comunque inferiore alla media regionale, mentre il più basso quello del Distretto Sud Est, a conferma di come la struttura dell'offerta influenzi in maniera decisa il consumo
7) il Distretto di Parma è sostanzialmente in media con il consumo provinciale, come quello del Distretto di Valli Taro e Ceno
8) la deviazione standard evidenzia consumi sensibilmente difformi tra le popolazioni dei diversi distretti, le differenze sono assai marcate in termini di consumo di accessi mentre sono più lievi in termini di prestazioni: minori accessi sono correlati con prestazioni maggiori

- <u>INTEGRAZIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALIERA</u>
    - PUD (Punto Unico di Dimissione): risposta dei bisogni del cittadino ricoverato, con un problema di "cronicità" o, in generale, bisogni di "cure di lunga durata" o difficoltà alla dimissione . Si compone di figure professionali esperte nella definizione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale –territorio: Dirigente responsabile; 4 Case Manager di AOU con l'integrazione professionale di una referente di AUSL; Attualmente 2 Assistenti Sociali di AOU funzionalmente integrate con il PUD. Nel corso del 2021 ha anche attivato rapporti di confronto sulla fragilità con le Psicologhe di AOU. Il PUD è diventato rapidamente un riferimento unico e chiaro a cui rivolgersi al momento della programmazione dell'uscita dall'ospedale e dal percorso di cura in acuzie sia per il cittadino che per i professionisti ospedalieri ed extra-ospedalieri, grazie alla gestione di informazioni aggiornate dei problemi di tipo sanitario e sociale dei pazienti favorite dalla connessione con la rete dei servizi e dell'offerta presente sul territorio per la definizione di percorsi appropriati e chiaramente definiti. Nel corso del 2019 il PUD trova una sua collocazione fisica all'interno dell'area riconvertita dell'Ex DH Oncologico presso Padiglione 23, poi rinominato "Cittadella dell'accoglienza", dove trovano anche allocazione, in un contesto comune e condiviso che facilita la comunicazione e gli scambi professionali il Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP), il Servizio Sociale Ospedaliero, la funzione di bed management, il Punto di Comunità "Parma.com"
    - Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP): per la gestione dell'attività di prericovero e delle liste di prenotazione dei ricoveri programmati affinché ogni azione organizzativa risulti migliorativa per l'orientamento dei cittadini all'interno del sistema sanitario. Insieme al PUD rappresenta il luogo dove è possibile intercettare vulnerabilità socio-assistenziali che consentano di attivare per tempo percorsi intra ed extra ospedalieri adeguati alle singole fragilità;
    - bed management: governando la risorsa 'posto letto' e gli accessi di Pronto Soccorso, lavora in forte sinergia con tutti gli altri servizi. Tale funzione ha in capo anche la gestione dei posti letto provinciali per acuti (sia nel Privato Accreditato che nei presidi Ospedalieri di AUSL). Attraverso un confronto quotidiano con il PUD vengono gestite anche le disponibilità di posti letto di Lungodegenza e di Cure Intermedie provinciali.
    - Punto di Comunità "Parma.com" strategicamente inserito come "ponte" verso i Punti di Comunità già operanti in città e in provincia. La presenza (co-location) del Punto di Comunità "Parma.com" rappresenta un' interfaccia organizzativa capace da un lato di attivare i Punti di Comunità

distribuiti sul territorio distrettuale ed i loro volontari con azioni e servizi "leggeri" a sostegno della domiciliarità delle persone più fragili, dall'altro fa sistema con il variegato mondo delle Associazioni presenti nella Cittadella e, più in generale, in tutta la città, e aggancia la sperimentazione in corso del progetto "Non più soli" che vede, grazie ad un sostegno della Ditta Chiesi, l'attivazione dei volontari dell'Assistenza Pubblica su richiesta del PUD e in sinergia con i Punti di Comunità per il sostegno e il supporto delle persone più fragili nella delicata fase del rientro a domicilio dopo una degenza ospedaliera.

- CENTRALE DI COORDINAMENTO EMERGENZA COVID (CCEC): nata come risposta al forte bisogno di rinforzare l'integrazione fra ospedale e territorio e di fornire risposte adeguate alla continua e rapida evoluzione della situazione epidemiologica verificatasi dalla fine di febbraio 2020, può essere considerata un modello di riferimento applicabile alla gestione degli accessi alle strutture e funzioni territoriali e ospedaliere, garantendo l'integrazione territorio-ospedale-territorio attraverso l'ulteriore implementazione di programmi di medicina di iniziativa per intercettare/anticipare l'identificazione di situazioni a possibile carattere evolutivo oltre che di Acute Care Medicine.

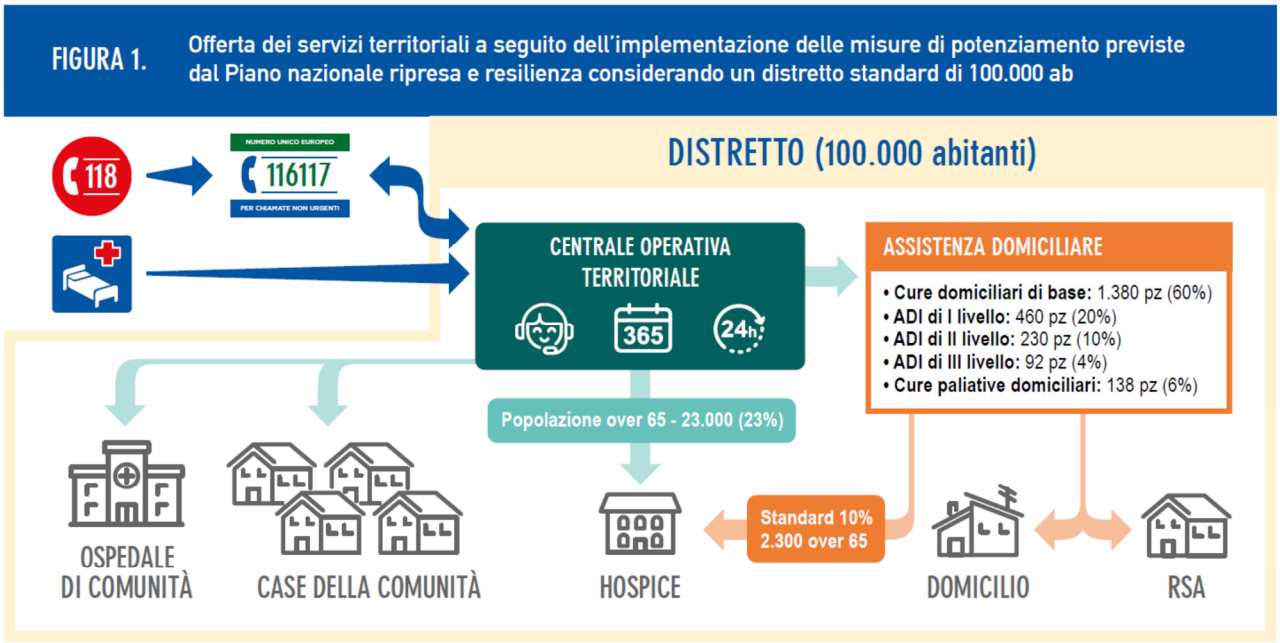
Aree di miglioramento

La pandemia ha riportato al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN italiano, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

Risulta quindi prioritario:

- Ottimizzazione dell'attività integrata della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) con l'attività dei MMG
- Ottimizzazione della risposta delle medicine di gruppo
- Sviluppo di un'integrazione tra Continuità Assistenziale ed Emergenza Territoriale
- Miglioramento dell'offerta per la risposta alle richieste non programmabili (urgenze) a bassa intensità di cura
- Sviluppo di tecnologie che garantiscano comunicazioni efficaci, informatizzazione della documentazione, trasmissione tra sanitari della documentazione sanitaria, telecomunicazioni, telemedicina

Il PNRR ed il documento AGENAS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" che ne esplicita la parte operativa, prevede la riorganizzazione e potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali descritta nella figura sottostante:



Da AGENAS Monitor 45 - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE SALUTE

Nuovo modello organizzativo

La realizzazione dei percorsi di cura per dare risposte ai bisogni individuati prevede lo sviluppo di un modello organizzativo di RETE INTEGRATA TERRITORIO OSPEDALE TERRITORIO che definisca i seguenti aspetti:

- linee di intervento
  1. CENTRALE COORDINAMENTO RETE INTEGRATA SERVIZI TERRITORIALI
     - introduzione di centrale di coordinamento provinciale rete integrata servizi territoriali - CENTRALE DI COORDINAMENTO TERRITORIALE PROVINCIALE (COT-P)
     - introduzione di punto di ricezione distrettuale – CENTRALE DI COORDINAMENTO TERRITORIALE DISTRETTUALE (COT-D)
  2. CONTINUITA' ASSISTENZIALE TERRITORIALE
     - revisione dell'architettura della continuità assistenziale, e sviluppo dell'integrazione tra continuità assistenziale ed Emergenza Territoriale
     - miglioramento operatività delle medicine di gruppo
  3. CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALIERA: sviluppo della continuità assistenziale ospedaliera ed integrazione con la componente territoriale
  4. TECNOLOGIE
     - sviluppo telemedicina
     - sviluppo telecomunicazioni
     - sviluppo piattaforme informatiche e digitalizzazione