

# 3

## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Il presente capitolo costituisce il cuore del documento, in esso vengono esplicitati i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda interpreta i suoi doveri istituzionali e concorre al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto dagli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale e consentono di cogliere decisioni e percorsi, assetti organizzativi e modalità di funzionamento, attraverso i quali l'Azienda corrisponde ai propri obblighi. In questa sede, le informazioni sono organizzate in sei ambiti, che configurano il modo di essere e di operare di tutte le Aziende sanitarie della regione, tuttavia la sesta area è tesa a cogliere le tappe del processo di integrazione tra attività assistenziali e attività istituzionali proprie del sistema universitario.

- Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria
- Universalità ed equità di accesso
- Centralità del cittadino
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
- Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa
- Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca







## Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

I principi che ispirano l'organizzazione di questo capitolo del volume, ovvero la partecipazione dei cittadini, l'universalità e l'equità di accesso alle cure, la centralità della persona, così come aspetti importanti legati alla qualità dei servizi o alle aree di eccellenza e innovazione, intendono restituire una visione sistematica, sebbene complessa, del mondo della sanità.

Per tale motivo, in questa parte del volume, a partire dal 2008, sono introdotte alcune sezioni che riportano in modo condiviso l'attività svolta dalle due Aziende della provincia di Parma. Si tratta di percorsi/progetti che rispondono alla logica di integrazione dei percorsi assistenziali e che, proprio per questo motivo, sono stati organizzati in modo concertato. Sono riprodotti nelle pagine seguenti, così come accade nel Bilancio di Missione dell'Azienda USL di Parma, sotto l'indicazione **"Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie"**, ad esplicitare che, anche nella fase di stesura di questo documento, i professionisti che hanno offerto il proprio contributo lo hanno fatto cercando di fornire una visione quanto più possibile integrata.

### 3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria

Come è ormai noto, la partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria trova espressione nel processo che prende le mosse dall'Atto di Indirizzo e si declina nel Piano attuativo locale (PAL), che traggono ispirazione dal sistema di valori e obiettivi richiamati nei Piani sanitari nazionale e regionale e nel Piano sociale e sanitario regionale, ma anche dai risultati della programmazione precedente e dal Profilo di Comunità.

Nell'esplicitare la partecipazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria al percorso di costruzione, implementazione e, nel 2010, di verifica del piano attuativo locale si intende mettere a fuoco il sistema di relazioni istituzionali e l'importante rete di supporto messa in atto, unitamente all'Azienda territoriale, per dare riscontro alle azioni di programmazione locale messe a sistema negli strumenti di programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria prima citati.

La scelta strategica operata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma nell'attivazione dei processi elaborativi della programmazione sanitaria provinciale per il triennio 2009-2011 si era orientata, accanto alla individuazione di talune aree prioritarie, allo sviluppo di indirizzi sul fronte della equità e della qualità del sistema sanitario locale.

A fronte di quel mandato sono stati costituiti 28 gruppi di lavoro nel cui contesto hanno lavorato 350 professionisti del Sistema pubblico, delle organizzazioni e delle associazioni territoriali.

Come già evidenziato nel bilancio di missione 2009, le priorità strategiche per le scelte programmatiche del PAL sono: *equità e qualità*.

L'*equità* rappresenta il consolidamento di un diritto per la comunità rispetto alle opportunità di cura disponibili, la valorizzazione di due ambiti specifici: *l'accessibilità* ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, territoriali ed ospedalieri), che rappresenta un impegno comune a tutto il sistema sanitario e socio-sanitario provinciale, e *la continuità assistenziale* (ospedale-territorio e viceversa) che assume un carattere di trasversalità rispetto al sistema di cura in quanto coinvolge una pluralità di professionisti che devono operare in forma sempre più integrata.

La *qualità* delle cure rappresenta un terreno di continuo miglioramento delle modalità di erogazione, di presa in carico e di sviluppo dei servizi e delle professioni. Nell'ambito del PAL, essa trova riscontro nei seguenti ambiti:

- o **innovazione tecnologica** intesa come strutture all'avanguardia, sia da un punto di vista tecnologico che nei percorsi assistenziali, che valorizzino il contesto di ricerca e innovazione, coniugando lo sviluppo tecnologico con competenze dei professionisti;
- o **risorse organizzative e professionali** - il cosiddetto sviluppo del capitale intellettuale - che implica uno sforzo nuovo e profondo di rivisitazione dei diversi ruoli dell'organizzazione sanitaria, di formazione continua e aggiornamento, di rapporti più integrati con l'Università, di ricerca di professionisti ad elevato curriculum tecnico-professionale.



A fine 2010, a quasi due terzi del periodo di validità del PAL 2009-2011, è stata programmata una verifica intermedia della attività svolta, dell'impegno che le Aziende Sanitarie di Parma hanno profuso nel tradurre nei Piani delle Azioni le indicazioni programmatiche, del lavoro che i professionisti di ambito ospedaliero e territoriale hanno prodotto.

Come era nelle scelte metodologiche adottate in sede di PAL, sono stati gli stessi soggetti che hanno proposto gli obiettivi da raggiungere a produrre l'attività di monitoraggio. Attraverso un lavoro molto oneroso, collegiale, confrontato a più livelli, ne è scaturito un rapporto analitico argomentato e dettagliato in tante relazioni quanti erano i gruppi di lavoro.

Il modello di lettura adottato, trattandosi di una verifica intermedia, ha essenzialmente privilegiato la evidenziazione di tre elementi: le azioni attivate, le azioni in fase di sviluppo, le criticità incontrate.

Non potendo dare conto, in questa sede, della ricchezza di contenuti emersa dalla fase di verifica dello stadio di realizzazione del PAL, si utilizza una forma sintetica utilizzando istogrammi che rappresentano "gli stati dell'arte" della programmazione sanitaria 2009-2011 attraverso i riscontri dei 28 gruppi di lavoro PAL. Fa eccezione il programma "Sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale" illustrato nel paragrafo che segue al fine di evidenziarne gli elementi di innovazione.

Nel 2011 è in corso l'analisi dei risultati raggiunti in termini di miglioramento del sistema, anche ai fini dello sviluppo della futura programmazione.

Il monitoraggio è stato dunque inteso come un processo di autovalutazione sullo stato di avanzamento degli obiettivi proposti, effettuato dagli stessi professionisti che hanno partecipato ai gruppi di lavoro.

"La programmazione sanitaria così come è stata perseguita ed agita sul nostro territorio ed anche per i livelli di partecipazione convinta dei professionisti coinvolti, costituisce sempre più un patrimonio maturo, diffuso e consolidato, una risorsa imprescindibile nell'ottica di un sistema sanitario di comunità". Lo scenario che emerge dall'esito del processo di verifica è estremamente positivo, per quanto attiene le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi programmatici. "Certo le criticità non mancano, ma complessivamente si ritiene che possano essere prefigurati risultati finali assai prossimi a quelli attesi" (brani tratti da *Piano Attuativo Locale 2009/2011, Programmazione sanitaria per la provincia di Parma. Verifica intermedia al 31.12.2010*).

PAL 2009-2011: 197 OBIETTIVI			
	N°b.		N°b.
EQUITA'	78	QUALITA'	28
ACCESSIBILITA'		INNOVAZIONE TECNOLOGICA	
Rete specialistica amb.le	10	Med. Nucleare	4
Emergenza/Urgenza	8	Diagnostica	4
Rete pediatrica	12	Radioterapia	2
Sportello Unico	5	Tele/Cardiologia	7
	35		17
CONTINUITA'		CAPITALE INTELLETTUALE	
Diabete	7	Sviluppo e valorizz.ne Capitale intel.	11
Insuff. respiratoria	3		
Nutrizione artificiale	4		
Rete cardiologica	5		
Terapia anticoag.te orale	4		
Lungodegenza	3		
Riabilitazione	4		
Gracer/Grada	3		
Palliazione onco.	3		
Demenze	7		
	43		
		PRIORITA'/INTEGRAZIONE	91
		Diagnosi precoce dei tumori	4
		Dialisi	6
		Reti cliniche cure primarie	6
		Percorso nascita	11
		Politica del farmaco	6
		Programma sangue	5
		Salute Mentale / Dip. patol.	18
		Stili di vita	2
		Sicurezze	19
		Rete H&S Rim. osped.	10
		Integraz. Socio-sanitaria	4
			91

(tratto da Piano Attuativo Locale 2009/2011, Programmazione sanitaria per la provincia di Parma. Verifica intermedia al 31.12.2010)



### 1. ACCESSIBILITA'

FASE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

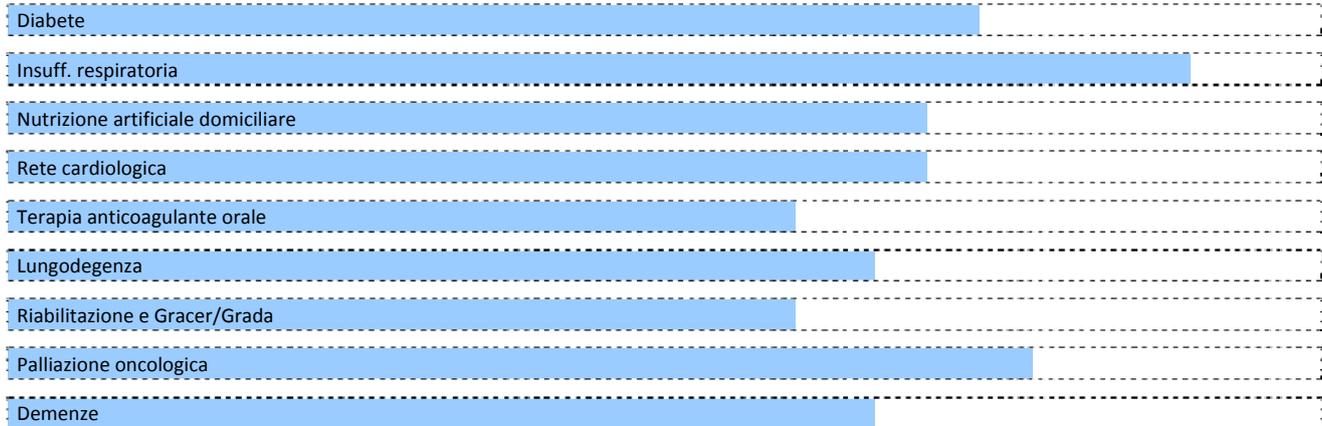
n.S. = non sufficiente ≤ 60%	S. = sufficiente 61% / 70%	A. = avanzata 71% / 80%	m.A. = molto avanzata ≥ 81%
---------------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------------------



### 2. CONTINUITA'

FASE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

n.S. ≤ 60%	S. 61% / 70%	A. 71% / 80%	m.A. ≥ 81%
---------------	-----------------	-----------------	---------------



### 3. INNOVAZIONE TECNOLOGICA

FASE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

n.S. ≤ 60%	S. 61% / 70%	A. 71% / 80%	m.A. ≥ 81%
---------------	-----------------	-----------------	---------------



### 4. CAPITALE INTELLETTUALE

FASE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

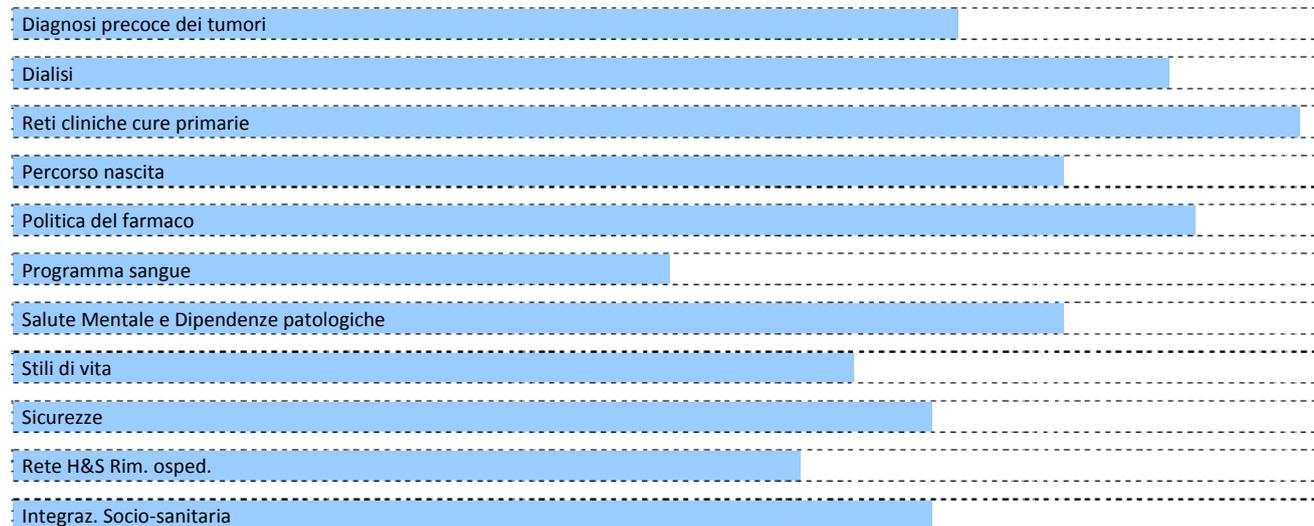
n.S. ≤ 60%	S. 61% / 70%	A. 71% / 80%	m.A. ≥ 81%
---------------	-----------------	-----------------	---------------





### 5. PRIORITA'/INTEGRAZIONE FASE DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

n.S.	S.	A.	m.A.
≤ 60%	61% / 70%	71% / 80%	≥ 81%



(tratto da Piano Attuativo Locale 2009/2011, Programmazione sanitaria per la provincia di Parma. Verifica intermedia al 31.12.2010)

### Valorizzare il Capitale intellettuale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

#### *Il senso del "capitale intellettuale"*

Nell'attuale realtà economica, la capacità di mantenere e sviluppare 'conoscenza', rappresenta un fattore di rilevanza strategica ai fini del successo di tutte le organizzazioni. Da sempre, in modo più o meno consapevole, l'uomo ha utilizzato la conoscenza orientandola alla soluzione dei problemi secondo criteri di "utilità" efficacia, efficienza ed innovazione. Si calcola che almeno l'85% del capitale investito nella realizzazione dei prodotti e servizi sia da attribuirsi alla conoscenza soprattutto nella sua dimensione di relazione tra saperi e persone. La conoscenza è la traduzione operativa di quanto le organizzazioni hanno a disposizione, contestualizzato e riletto alla luce di valori, dai saperi specifici, le esperienze. La conoscenza è, in ultima istanza, il patrimonio, non tangibile, a disposizione delle organizzazioni che rappresenta la ricchezza che accompagna le definizioni di senso, la possibilità di sviluppo, l'apertura di sguardi verso il futuro tracciando scenari e possibilità di innovazione. La valorizzazione di questo patrimonio intellettuale, di conoscenza, ha quale possibile risultato l'avvio di un processo sociale attraverso il quale i componenti di una organizzazione sviluppano, attraverso la comunicazione e lo scambio comunicativo, una visione comune del loro fare quotidiano dove si dà spazio alla collaborazione e alla progettualità comune (Weick "Senso e significato nelle organizzazioni"). Il disegno aziendale di recupero, messa in comune e valorizzazione del patrimonio intellettuale ha, da una parte, la finalità di non disperdere il patrimonio stesso nella consapevolezza della sua ricchezza e valore e, dall'altra, la convinzione che sia fondamentale per la crescita dell'organizzazione e in generale del sistema curante provinciale. Ci sono state e ci sono azioni e progetti che nel tempo hanno permesso sia di intercettare, sia di rendere visibile che di sviluppare questo patrimonio: il rapporto con la comunità e con le sue diverse voci, la formazione di base e la formazione continua, l'alfabetizzazione per l'utilizzo dei "saperi" sia tecnici che organizzativi, solo per fare degli esempi. Rimane l'esigenza di costruire un "progetto di sistema" in grado di dare voce e visibilità e soprattutto di valorizzare e sviluppare il grande patrimonio di conoscenze, di capacità tecniche, di relazioni e di esperienze organizzative a disposizione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Significa creare le condizioni affinché tutta l'organizzazione sappia apprendere nella sua accezione ampia di saper cogliere e rielaborare le esperienze, saperle mettere a disposizione di tutti, saperle trasformare in conoscenza e in nuovi comportamenti sociali, professionali e organizzativi.



### Cosa si intende per capitale intellettuale

Rappresenta tutte quelle risorse che costituiscono il patrimonio di conoscenze dell'organizzazione. È un patrimonio che, se correttamente gestito, permette l'ottimizzazione della gestione del patrimonio visibile generando efficienza operativa, efficacia nella realizzazione dei propri fini e incrementa il valore sociale. È un patrimonio che abbraccia relazioni, saperi, esperienze, ricerca e innovazione tecnica e organizzativa che dovrebbe poter rappresentare una leva essenziale per la governance aziendale. C'è un contesto in cui questo patrimonio si produce, si sedimenta, si valorizza ed è il contesto dove trova concreta attuazione l'offerta di servizio e che vede quattro attori in campo con propri valori, attese, proposte, contributi: la comunità, la persona/cittadino/paziente con tutta la sua storia, i professionisti e l'organizzazione. Tutti elementi essenziali nella creazione del valore contenuto nel patrimonio intellettuale definito e reso disponibile nell'intreccio di relazioni e di alleanze conseguenti.

### Il contesto del Capitale intellettuale



Una lettura del contesto e delle sue relazioni ci porta a definire in modo articolato il patrimonio come condizione necessaria e preliminare alla comprensione dell'impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in sinergia strategica con l'Azienda Territoriale.

### La "sfida" del Piano Attuativo locale (2009-2011)

Il Piano Attuativo Locale (PAL) ha proposto la "costruzione del patrimonio intellettuale" come una opportunità strategica delle Aziende Sanitarie: la sua valorizzazione può favorire lo sviluppo e l'innovazione nei servizi e nella *governance*. Significa concretamente dare voce ai saperi sociali e alle relazioni con la Comunità, recuperare i saperi e le potenzialità delle persone che lavorano nelle organizzazioni, dare evidenza e trasparenza ai percorsi decisionali delle direzioni delle Aziende. Si ritrova, in questa sfida, la possibilità per le Aziende Sanitarie di costruire senso attraverso la messa in circolazione della conoscenza: significa poter contare su identità plurime che partono dalla persona e non dai ruoli sociali, significa sapersi confrontare con il tessuto sociale, significa disporre di ambienti che ognuno sente come propri perché vi ha contribuito alla costruzione, significa infine essere aperte ai mutamenti e diventarne parte attiva. Nel PAL sono tracciate strade per costruire queste esperienze e dare voce ai saperi presenti nelle organizzazioni attraverso 11 progetti di lavoro che vanno comunque letti come un disegno di sistema cui danno respiro e concretezza. I progetti tendono a favorire esperienze e rielaborazioni attraverso strumenti diversi quali:

- la narrazione intesa come scambio e condizione della relazione dove il sapere diventa davvero esperienze sociale;
- il confronto tra informazioni ed esperienze diverse che però hanno bisogno di linguaggi comuni, di tempi e di luoghi per lo scambio di senso e significato sotteso allo scambio;
- l'elaborazione come condizione per sviluppare nuovi saperi e nuovi comportamenti per i quali serve costruire le connessioni e condividere chiavi di lettura comuni;
- la sperimentazione e la traduzione nella pratica dei saperi e delle conoscenze senza la quale non vi è né crescita né innovazione;
- il lasciare traccia, mettere a disposizione, documentare perché il tutto diventi conoscenza sociale, patrimonio della comunità, scommessa per i professionisti.



All'interno di questi traccianti si collocano le azioni formative, le azioni informative, partecipative, di valutazione e di sviluppo che trovano spazio negli 11 progetti: su questi l'Azienda Ospedaliera, insieme all'Azienda Territoriale, ha avviato alcuni percorsi i cui risultati potranno essere valutati nel tempo ma già oggi hanno significati precisi in termini di coinvolgimento e di esperienza.

#### *Gli ambiti di lavoro dell'Azienda*

Nel corso del 2010 si sono concretizzati i percorsi di lavoro indicati dal PAL attraverso azioni che possono essere ricondotte a cinque aree integrate: la sensibilizzazione, la mappatura delle competenze professionali esistenti, la formazione e lo sviluppo di nuove dimensioni professionali, la "visibilità" del patrimonio, la conduzione di esperienze pilota. È stata posta attenzione in modo prevalente al "capitale delle persone" presenti nell'Azienda e che contribuiscono alla sua vita e al suo sviluppo, come del resto indica anche il PAL, con la consapevolezza che le dimensioni del capitale organizzativo e di quello relazionale debbano essere riprese e integrate per evitare il rischio di limitare le potenzialità dell'impegno. Si pensi solo al ruolo che potrebbe avere il confronto con "le varie voci" della comunità nella definizione delle mappe di competenza attese su cui investire in formazione e ridefinire l'organizzazione come luogo partecipato dalla comunità.

- 1) **La sensibilizzazione e la mappatura del patrimonio.** Si inserisce in questo ambito un evento pubblico del giugno 2010 in cui si è dato conto ai professionisti e alla Direzione del significato attribuito al Capitale intellettuale e delle iniziative intraprese dai gruppi che sono sorti per dare concretezza agli 11 progetti.
- 2) **La mappatura delle competenze professionali esistenti e attese.** Si è lavorato su due filoni di ricerca e confronto: quello delle competenze dei vari professionisti e quello delle competenze cosiddette trasversali, di quelle competenze cioè che connotano tutti i professionisti della Azienda. Sul filone delle competenze professionali specifiche vale la pena ricordare come siano stati mappati i profili professionali delle figure infermieristiche e tecniche con un duplice obiettivo, di sostenere i percorsi di formazione continua e soprattutto di orientare il percorso di formazione di base, un impegno questo che ha visto il successivo impegno dell'Università nel ri-orientare il percorso sia di aula che di tirocinio, nei contenuti e nelle metodologie (cfr. il successivo "La revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica" nella sezione 3.6 *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*). Sul versante delle "competenze trasversali" si è aperto all'interno dei gruppi di lavoro dedicati un confronto di merito per condividere il significato di competenze e iniziare la mappature delle competenze attese. I gruppi stanno lavorando al loro interno con l'impegno ad aprire il dialogo con le "attese sociali" rappresentate in prima istanza dai Comitati Consultivi Misti.
- 3) **La formazione di base e post-base per lo sviluppo di nuovi saperi e di ridefinizione di profili professionali.** È stato rilevante lavorare sul confronto tra profili professionali e piani di studio dei percorsi universitari di base, in modo da evidenziare quali siano le aree di continuità e quali quelle di discontinuità (ad esempio, e per priorità, l'area della comunicazione/relazione) con la finalità di suggerire percorsi di integrazione ai curricula. Anche la formazione post base, sia master che ECM, tiene conto, nella sua articolazione, non solo dei contenuti dei programmi, ma anche delle competenze che si intendono sviluppare.
- 4) **Dare visibilità e rendere accessibile il patrimonio di conoscenza disponibile.** Ci sembrerebbe rilevante poter documentare il patrimonio, tutto il patrimonio sia quello prodotto internamente che quello disponibile da altri contesti scientifici ed organizzativi. Ad oggi si può testimoniare un impegno diretto nell'addestramento all'uso delle "banche dati" e ancora prima all'informazione sulla loro esistenza.
- 5) **La realizzazione di esperienze pilota.** In particolare si cita l'importante intervento formativo che ha condotto la terapia intensiva di cardiocirurgia ad aprire le sue porte ai familiari dei pazienti ricoverati (cfr. il successivo "Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva" nella sezione 3.6 *Centralità del cittadino*) e l'esperienza dell'attivazione dell'infermiere case manager che si inserisce positivamente nell'operatività di alcuni PDTA di patologie particolarmente rilevanti (cardiologia, neurochirurgia, stroke, eccetera).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha interpretato l'indicazione del PAL come un indirizzo per il governo complessivo; c'è una evidente opportunità di sviluppo basato sulle conoscenze, che ancora più delle risorse cosiddette "tangibili" (risorse finanziarie, tecnologie, strutture), che sono per loro natura finite, hanno una potenzialità per certi versi illimitata. "Sviluppare limiti alla crescita significa promuovere nuove forme di sviluppo senza limiti. Il concetto di limite infatti vale per i beni che sono limitati. È limitato lo spazio fisico. È limitato lo spazio sociale. Non c'è, invece, limite obiettivo alla informazione e alla intelligenza" (Ruffolo 1996).



## 3.2 Universalità ed equità di accesso

In questa sezione del capitolo 3, si affronta il tema della gestione delle diversità con particolare riferimento al momento dell'accesso, ma non solo. Tale tema sta assumendo un sempre maggiore rilievo nell'organizzazione dei servizi sanitari.

In ambito provinciale, il Piano Attuativo Locale 2009-2011, rendicontato nella precedente sezione 3.1 del presente capitolo, ha affermato che il carattere universalistico del nostro sistema sanitario rappresenta una dichiarazione di principio che ha bisogno di trovare una concreta attuazione sia mediante la corretta organizzazione e programmazione delle attività, sia mediante la giusta allocazione delle risorse nel rispetto dei vincoli economici necessari per gli equilibri finanziari. L'equità è dunque il principio la cui realizzazione costituisce obiettivo di rilievo nella programmazione dei servizi sanitari.

Vengono pertanto, nei paragrafi seguenti, messi in evidenza gli interventi sulla struttura dell'offerta dei servizi per conseguire l'omogeneità rispetto agli standard regionali (*Governo delle liste d'attesa*); le azioni di sostegno all'accesso ai servizi rivolte alle persone in difficoltà (si vedano, ad esempio, i paragrafi *Assistenza odontoiatrica* e *SMS di emergenza, un servizio per persone sorde*); le iniziative rivolte alla popolazione migrante; la creazione di percorsi integrati Ospedale-Distretto volti a facilitare la presa in carico e a rendere concreta la continuità, con particolare attenzione ai casi di fragilità e solitudine.

L'equità viene qui intesa come capacità dei servizi aziendali esistenti (spesso in integrazione con quelli dell'Azienda territoriale) di saper rispondere, con rinnovate competenze, alla presa in carico delle persone in difficoltà senza alcuna differenziazione. Nella sezione 2.2 del presente volume, e nello specifico nel paragrafo dedicato all'*Impatto sociale*, vengono presentate altre iniziative che si pongono in questa stessa area di intervento ma realizzate dal o con il volontariato e con la scuola.

### Governo delle liste di attesa

#### Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel contesto della provincia di Parma la programmazione relativa all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale è stata sviluppata su due assi portanti che hanno trovato corrispondenza con la normativa regionale:

1. Il programma dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (2005) che, in applicazione della DGR 293/2005 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno" ha preso in esame in maniera integrata la domanda e l'offerta di prestazioni e la progettazione di interventi finalizzati all'ampliamento dell'offerta nelle aree critiche, alla razionalizzazione della struttura erogatrice e dei percorsi di accesso, al governo della domanda e al miglioramento dell'appropriatezza. Tale documento ha trovato piena compatibilità con il Piano Attuativo Locale.
2. Il Piano provinciale per il governo dei tempi di attesa (2007) che, in applicazione della D.G.R. 1532/2006 "Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa" ha delineato un assetto organizzativo e tecnico per il governo del sistema e specifici piani di produzione che, tenendo conto anche delle azioni di committenza puntuale nei confronti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del Privato Accreditato, rappresentano le linee per lo sviluppo delle azioni di gestione dell'offerta e per l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale entro gli standard regionali definiti.

Viene di seguito presentata una sintesi relativa alla programmazione integrata che mette in parallelo le azioni di governo della specialistica ambulatoriale con la necessità di rimodulare il piano provinciale dei tempi di attesa, nello stesso contesto di sviluppo organizzativo del sistema.

La procedura di lavoro seguita è la seguente:

1. Analisi del contesto provinciale con particolare attenzione all'andamento della produzione, dei consumi, della mobilità e dei tempi di attesa;
2. Adeguamento del programma di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle azioni di governo integrato dell'offerta, della domanda e con la definizione dei fabbisogni in termini di produzione aziendale e distrettuale anche ai fini dell'accREDITamento delle strutture pubbliche e private;
3. Adeguamento del piano provinciale dei tempi di attesa con particolare riferimento ai piani di produzione, in un'ottica di sviluppo complessivo del sistema. Questa parte è stata sviluppata valutando dapprima l'offerta settimanale di prestazioni programmabili e differibili, in coerenza con

il precedente piano attuativo della D.G.R. 1532/06; successivamente, a seguito dell'emanazione della DGR 1035/09 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della D.G.R. 1532/06", si è provveduto alla stima dei volumi del Piano di produzione (ex allegato 4 - D.G.R. 1035/09).

#### *Gli obiettivi del programma*

Il linea con il Piano Attuativo Locale, le valutazioni e le analisi relative al contesto: tempi di attesa, domanda, offerta hanno consentito di indicare 4 assi di programmazione: l'adeguamento dell'offerta, la razionalizzazione della struttura erogatrice, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva connessa con il governo clinico e il miglioramento dell'accesso.

Da qui sono state costruite le seguenti proposte operative di sviluppo approvate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria:

<b>Adeguamento dell'offerta</b>
Obiettivo 1 - Ampliamento dell'offerta
Intervento 1.1 - Interventi sull'offerta nei poliambulatori distrettuali
Intervento 1.2 - Interventi sull'offerta negli ospedali aziendali
Obiettivo 2 - Adeguamento dell'Accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in relazione alla domanda e ai tempi di attesa
Intervento 2.1 - Consolidamento della funzione di committenza AUSL
Intervento 2.2 - Monitoraggio e verifica della produzione
Intervento 2.3 - Istituzione di tavoli di monitoraggio
Obiettivo 3 - Accredimento Strutture Private (ex DGR 293/05)
Intervento 3.1 - Mantenimento dei contratti di fornitura con le attuali strutture
Intervento 3.2 - Valutazione per nuovi accreditamenti sulla base delle criticità territoriali in relazione alle prestazioni da garantire
Obiettivo 4 - Valutazione coordinata domanda-offerta
Intervento 4.1 - Creazione di una funzione (o gruppo) per valutazioni e ipotesi di azioni per raccordare l'andamento dell'offerta ai dati dei tempi di attesa
Intervento 4.2 - Sviluppo di azioni di comunicazione e condivisione delle criticità e delle ipotesi di miglioramento con i professionisti (anche in ambito distrettuale)

<b>Razionalizzazione della struttura erogatrice</b>
Obiettivo 1 - Organizzazione dei percorsi Day Service (DSA 1 e DSA 2) in linea con le indicazioni della Regione
Intervento 1.1 - Analisi della domanda e verifica della rispondenza dei requisiti RER
Intervento 1.2 - Organizzazione di percorsi per acuti DSA 1 (acuti) e DSA 2 (crinici - follow-up) con individuazione del Case Manager e delle funzioni di supporto (prenotazione)
Intervento 1.3 - Gestione dei percorsi e monitoraggio dell'attività (performance attesa)
Obiettivo 2 - Riorganizzazione dell'attività dei Poliambulatori
Intervento 2.1 - Concentrazione di sedi e percorsi
Intervento 2.2 - Rimodulazione dell'offerta di prestazioni urgenti, programmabili e programmate (controlli) in funzione dell'andamento della domanda
Intervento 2.3 - Definizione delle sedi in grado di garantire (anche per singole specialità) la presa in carico per le urgenze e le urgenze differibili (in relazione al protocollo)
Obiettivo 3 - Integrazione degli specialisti (Territoriali ed Ospedalieri) nelle sedi dei Nuclei delle Cure Primarie e nelle Medicine di Gruppo
Intervento 3.1 - Creazione di percorsi specifici condivisi sulla base delle necessità prevalenti sul territorio
Intervento 3.2 - Pianificazione di momenti di verifica e confronto sull'appropriatezza delle prestazioni
Intervento 3.3 - Pianificazione di momenti di discussione dei casi clinici più complessi e disponibilità degli specialisti, su specifica richiesta dei MMG, ad assicurare una "second opinion"



<b>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e governo clinico</b>
Obiettivo 1 – Appropriatezza prescrittiva
Intervento 1.1 – Adozione e diffusione LG provinciali con definizione delle più appropriate modalità operative all'interno dei contesti organizzativi locali
Intervento 1.2 – Utilizzo dell'Audit come strumento di analisi e conseguente governo dell'offerta
Intervento 1.3 – Attuazione di fasi di verifica periodica dei percorsi condivisi per favorire il miglioramento continuo
Obiettivo 2 – Governo delle urgenze
Intervento 3.1 - Ridefinire secondo criteri clinici le prestazioni erogabili in urgenza differibile
Intervento 3.2 - Raccordare governo dei tempi di attesa e andamento offerta su base distrettuale
Intervento 3.3 – Applicazione del protocollo organizzativo definito nel piano di contenimento dei tempi di attesa

<b>Miglioramento dell'accesso</b>
Obiettivo 1 – Informatizzazione integrata dei percorsi ambulatoriali
Intervento 1.1 – Informatizzazione del percorso semplice con adozione della scheda ambulatoriale
Intervento 1.2 – Informatizzazione completa dei Day Service Ambulatoriali (completamento dei DSA2) con adozione della scheda ambulatoriale
Intervento 1.3 – Gestione in rete dei referti informatizzati con condivisione sia per MMG che per accessi da parte di specialisti
Obiettivo 2 – Miglioramento dei percorsi di accesso alla prenotazione e garanzia dei tempi di attesa
Intervento 2.1 – Consolidamento della rete di prenotazione per prestazioni non complesse (presente in tutti i comuni)
Intervento 2.2 – Miglioramento dell'accesso alle prestazioni di diagnostica strumentale che prevedono la prenotazione solo presso la struttura (es. PdA) attraverso una riqualificazione della rete di prenotazione ed eventuale differenziazione tra sportelli di 1° e 2° livello
Intervento 2.3 – Diffusione informativa ai professionisti dell'andamento dei tempi di attesa su portale WEB
Intervento 2.4 – Miglioramento dell'uso della reportistica sui tempi di attesa da parte dei dirigenti di struttura per il raccordo tempestivo con la offerta di prestazioni
Obiettivo 3 – Disponibilità delle prestazioni nel sistema CUP
Intervento 3.1 - Rendere visibili a CUP le prenotazioni per tutte le prestazioni programmabili, differibili e programmate (controlli) superando l'autogestione
Intervento 3.2 - Adozione di reportistica interna per i professionisti e per le Direzioni di Ospedale e Distretto sull'incidenza della prenotazione rispetto alle prestazioni erogate

<b>Obiettivi trasversali e comuni</b>
Valorizzazione del capitale individuale
Obiettivo 1 – Integrare il governo del capitale individuale nel più generale sistema di governo clinico
Intervento 1.1 – Lavorare in logica processuale favorendo lo sviluppo delle competenze distintive dei singoli professionisti
Intervento 1.2 – Strutturare sistemi di responsabilità diffusa in grado di dare alle persone la possibilità di essere valorizzate all'interno dei percorsi assistenziali stabiliti

Una parte della programmazione comune è stata caratterizzata dalla pianificazione della produzione delle prestazioni di assistenza specialistica individuando le articolazioni e le modalità di erogazione. La finalità del Piano di produzione è quella di dare una risposta chiara alla domanda dei cittadini nei vari contesti.

#### *Piano di produzione*

Il Piano di produzione è stato attuato a tre livelli:

1. Una prima valutazione complessiva dei volumi di offerta settimanale per soddisfare i fabbisogni per le singole prestazioni.
  - Tale valutazione è stata effettuata applicando una formula aziendale relativa al calcolo dell'offerta ottimale (Offerta ottimale = Tempo di attesa attuale \* Offerta attuale / standard di riferimento)



2. Una successiva valutazione (ex DGR 1035/09 – allegato 4) in cui si sono stati valorizzati i volumi di attività delle prestazioni richieste. L'analisi è stata sviluppata per articolazione (Distretti e Azienda Ospedaliera) tenendo conto delle modalità di accesso.
3. Il Piano di produzione del 2010 ha proposto uno schema attraverso il quale l'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale (AUSL, AOU, Privati Accreditati) garantita nel sistema CUP provinciale è stata rappresentata in forma articolata in funzione di criteri clinici e organizzativi che prevedono la suddivisione fra: primi accessi, controlli, urgenze differibili, urgenza H24, accesso diretto, DSA (Day Service Ambulatoriale), Altro (prese in carico all'interno di specifici percorsi), Libera professione. Inoltre sono state valutate le agende di garanzia eventualmente presenti in quanto offerta aggiuntiva nel sistema CUP: le stesse, attraverso un automatismo, si attivano nel caso in cui non vi siano disponibilità entro lo standard.

#### *Prestazioni a monitoraggio e livello di garanzia*

Per lo sviluppo del piano di produzione si è preso atto delle prestazioni definite nella D.G.R. 1532/06 e 1035/09 e si è provveduto alla definizione del livello di garanzia assicurato: Distrettuale/Bacino per le prestazioni di base, Aziendale per le prestazioni di diagnostica a maggiore complessità. A tale fine le Aziende hanno programmato l'implementazione, sul sistema CUP provinciale, di un sistema di garanzia per assicurare l'accesso alle prestazioni entro i tempi massimi di attesa (30 giorni per le visite e 60 per la diagnostica strumentale). Tale modello prevede l'attivazione di agende CUP specifiche in ogni distretto, accessibili a tutti i punti di prenotazione, in relazione a due condizioni chiave: l'appartenenza dell'utente al bacino di erogazione e l'indisponibilità di prestazioni entro standard.

#### Progetto SOLE

##### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Nel corso del 2010, la rete del progetto SOLE è stata ulteriormente estesa ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS) sino al raggiungimento di un livello di copertura sul territorio provinciale pari al 94% del totale e in particolare pari al 95% per gli MMG e al 93% per i PLS.

È stata completata l'attività di integrazione del servizio di prenotazione CUP in SOLE per tutte le 96 farmacie della provincia delle associazioni Federfarma e AFM, per cui sono stati erogati corsi di formazione e sedute di affiancamento ai farmacisti.

Contestualmente sono state attivate in SOLE anche le postazioni di Call Center e 11 punti di prenotazione CUP collocati presso enti esterni quali comuni, patronati (CGIL) e associazioni di volontariato (AVIS).

Al 31.12.2010 la percentuale di prescrizioni SOLE prenotate a CUP è risultata essere pari al 65% del totale.

Il canale di trasmissione via rete dei referti informatizzati è stato ulteriormente ampliato e potenziato, estendendo la rete SOLE ai servizi di assistenza specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera delle sedi provinciali dell'Azienda USL di Parma. Inoltre è stato erogato un programma di ripresa formativa per i medici finalizzato a favorire l'utilizzo del software per la refertazione informatizzata.

Nell'ambito del progetto "Carta Operatore", per cui è stata completata dalle Aziende la distribuzione delle credenziali di utilizzo delle smart card a tutti i medici dipendenti e convenzionati, sono state realizzate le condizioni operative per la compilazione on line dei certificati medici di malattia in applicazione del decreto ministeriale del 26 febbraio 2010. Infine, le Aziende si sono attivate per assurgere al titolo di Registration Authority permettendo pertanto una gestione diretta del rilascio delle CNS.

È proseguita la sperimentazione della trasmissione in SOLE del "Report Diabetologico" dei pazienti in gestione integrata tra i medici MMG e i 7 centri diabetologici aziendali con il coinvolgimento di 22 medici per un totale di circa 400 report scambiati relativi a circa 330 pazienti.

Con nota del Direttore Generale AUSL prot. n. 65825 è stato adottato un nuovo modulo di informativa per il trattamento dei dati personali che recepisce le indicazioni presenti nella circolare regionale 6/2009 per la gestione del consenso in SOLE. Nel corso del secondo semestre è stata avviata la sperimentazione con un nucleo ristretto di MMG, che ha permesso di mettere a punto il funzionamento del ciclo del consenso. In dicembre 2010, con nota prot. n. 42031 del Direttore Sanitario AOU, è iniziata la spedizione alla piattaforma SOLE, quindi agli MMG, ai PLS ed al Fascicolo Sanitario dei referti della diagnostica per immagine.



Infine, nel corso del 2010, i dati di attività della campagna vaccinale stagionale sono stati registrati informaticamente, utilizzando il portale del progetto SOLE come strumento di lavoro.

Si segnala, inoltre, l'attività di sensibilizzazione e formazione propedeutica che è stata indirizzata ai medici MMG/PLS e che è stata condotta tramite una serie di incontri formativi finalizzati ad illustrare l'utilizzo dello strumento di registrazione on line.

### Assistenza odontoiatrica

#### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Nel corso dell'anno 2010, sono state consolidate le innovazioni introdotte con la D.G.R. 374/2008 dando piena attuazione ai contenuti della stessa.

La normativa ha comportato la modifica di alcuni parametri che caratterizzavano le condizioni di vulnerabilità, nello specifico è stato ampliato il limite ISEE a 22.500 euro, conseguentemente le fasce ISEE sono diventate cinque, mentre per quanto riguarda la vulnerabilità sanitaria è stato abolito il limite di 18 anni per alcune categorie, è stato inoltre istituito il percorso che consente alle Commissioni Aziendali Invalidi Civili il rilascio della certificazione di aventi diritto all'accesso al Programma di cure odontoiatriche, per gli assistiti con grave disabilità psicofisica.

Superato il monitoraggio dell'attività odontoiatrica attraverso la scheda ad hoc, in ottemperanza a quanto introdotto dalla nuova normativa in materia, la registrazione dell'attività odontoiatrica viene effettuata tramite flusso ASA.

Pertanto nel 2010, anche attraverso la verifica periodica dell'attività svolta mediante la valutazione dei dati inseriti nel flusso ASA e l'evidenziazione di eventuali anomalie attraverso il confronto con i semestri precedenti, è proseguito il processo di responsabilizzazione delle strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato rispetto alle specifiche del flusso.

Al fine di standardizzare tra i vari Distretti e tra le due Aziende Sanitarie le modalità applicative delle direttive regionali ed al fine di superare alcune delle criticità del sistema e di approfondire alcuni aspetti del Programma di cure odontoiatriche, è stato istituito, sempre nel 2010, un gruppo di miglioramento costituito da personale sanitario e amministrativo delle due Aziende, operante nel campo dell'odontoiatria.

Il gruppo di lavoro ha prodotto un documento "Linee guida per l'attività odontoiatrica" ufficializzato in Comitato della Specialistica e diffuso poi tra tutti gli Odontoiatri, gli infermieri e gli operatori di Sportello Unico.

Nell'anno 2010, da parte dell'Azienda USL, sono stati pianificati incrementi di attività e conseguentemente incrementi di offerta di prestazioni per l'anno 2011, che si collocano nell'ambito dell'aggiornamento tecnologico impiantistico finanziato tramite risorse regionali (Programma Regionale di investimenti in Sanità).

Secondo quanto già previsto nel "Piano per l'Assistenza Odontoiatrica-Applicazione della nuova DGR 374/2008", nell'anno 2011, a partire dal mese di gennaio, verrà ampliata l'offerta di cure odontoiatriche con l'attivazione di una convenzione con un privato accreditato che gestirà attività odontoiatrica conservativa, protesica e ortodontica, nella sede Ausl di Medesano.

Presso la sede poliambulatoriale di Traversetolo, nello stesso periodo verrà aperto un nuovo ambulatorio odontoiatrico con attività per cinque ore settimanali.

La struttura di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria offre, dal 2005, un servizio di screening odontostomatologico con controlli periodici (ogni 4 mesi) sui pazienti oncologici candidati a terapia con bifosfonati o sottoposti a trattamenti con bifosfonati ad alte dosi, al fine di ridurre, attraverso le cure odontostomatologiche e la corretta informazione dei pazienti, l'insorgenza di complicazioni quali l'osteonecrosi dei mascellari. Oltre a prime visite e controlli post-operatori vengono effettuate sedute di biostimolazione laser, cure conservative e protesiche, estrazioni, interventi chirurgici. Nel corso del 2010, l'U.O. di Odontostomatologia ha seguito 537 pazienti in screening odontostomatologico, di cui 200 non oncologici (osteoporosi, artrite reumatoide, malattia di Paget, eccetera) e 337 oncologici. Gli accessi provengono in maggioranza dalla provincia di Parma, per circa il 10% dalla regione Emilia-Romagna e circa il 10% da fuori regione.

Inoltre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è centro di riferimento per la Sindrome di Moebius e per la soluzione delle problematiche odontostomatologiche di tali pazienti. Vengono altresì trattate le problematiche ortodontiche dei pazienti con labiopalatoschisi.



Nell'anno 2010 le due Aziende hanno attivato congiuntamente i programmi di prevenzione previsti dal Programma di Assistenza Odontoiatrica della Regione Emilia-Romagna.

Le patologie del cavo orale, come riportato anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed eventualmente in associazione con malattie cronico degenerative, immunitarie e infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva. Appare pertanto chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione odontostomatologica e, per essere efficace, la prevenzione primaria richiede interventi individuali fin dai primi periodi di vita del bambino, mirati ad un maggiore controllo sui fattori di rischio come scarsa accuratezza dell'igiene orale, persistenza di abitudini errate, l'uso del fluoro e il monitoraggio periodico dello stato di dentizione, promuovendo inoltre comportamenti più salutari nella famiglia.

Nell'ambito dei Programmi di Prevenzione è stato in particolare predisposto, in collaborazione con il Provveditorato agli Studi e la Provincia il programma di Prevenzione Primaria "Sorrìdi alla Prevenzione" indirizzato agli alunni delle classi seconde della scuola primaria.

Tale programma, che è stato inserito nel Piano di Offerta formativa per l'anno scolastico 2009-2010 e successivamente 2010-2011, prevede che gli insegnanti, formati da parte degli odontoiatri dell'Azienda USL, siano coinvolti nel trasmettere agli alunni le buone pratiche per una corretta igiene orale.

Nei primi mesi dello scorso anno sono stati organizzati gli incontri di formazione per gli insegnanti, nei quattro distretti dell'Azienda USL, durante i quali gli odontoiatri hanno condiviso con gli insegnanti i contenuti delle dispense predisposte sia per i docenti che per gli alunni coinvolti nel progetto.

I materiali didattici, aggiornati e revisionati dagli odontoiatri dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sulla scorta delle più recenti linee guida nazionali ed internazionali, si configurano come strumenti di educazione e di comunicazione: per gli insegnanti rappresentano un approfondimento scientifico degli argomenti inerenti la prevenzione e la cura orale; per gli studenti rappresentano una nuova modalità di coinvolgimento attivo attraverso il quale il bambino, realizzando esperienze di apprendimento con una metodica interdisciplinare, conosce ed interiorizza i nuovi comportamenti.

Nel corso dell'anno è stata, inoltre, progettata e programmata, dalle due Aziende, l'attività di prevenzione primaria che dovrà essere proposta nel corso dell'anno 2011.

### [Programmi di screening: screening dei tumori del colon-retto](#)

**Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Dal 2005 è iniziata la campagna per lo screening del colon-retto, condotta in tutta la regione Emilia Romagna dal Servizio Sanitario Regionale. Nella nostra regione i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (dopo il carcinoma del polmone), che per le donne (dopo il carcinoma della mammella). Il tumore colo-rettale ha la peculiarità che lo sviluppo della neoplasia maligna è nella maggior parte dei casi (90%), preceduto dalla comparsa di lesioni benigne (polipi o adenomi).

Il programma di screening del tumore colo-rettale ha lo scopo di individuare precocemente le lesioni neoplastiche del colon-retto, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci; tale esame viene eseguito ogni due anni, dietro invito della Azienda USL alla popolazione target, maschile e femminile, di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Obiettivo del programma è che ciascuna persona della fascia di età interessata esegua il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni, o, comunque, venga invitata ad eseguirlo. Il programma è stato attivato nel 2005; è attualmente in corso il terzo round di invito alla popolazione obiettivo dello screening.

Nella provincia di Parma il programma interessa più di 100.000 persone, il 40% delle quali residente in città. L'organizzazione si differenzia dagli altri screening di popolazione già in atto per alcune caratteristiche peculiari: fin dalla progettazione, si è trattato di programma interaziendale, sviluppatosi attraverso la costituzione di un gruppo costituito da professionisti delle due Aziende sanitarie, all'interno del quale sono stati individuati un Responsabile di Programma e un Responsabile Organizzativo.

Il Centro Screening, a gestione dell'Azienda USL di Parma, è sito presso l'Ospedale di Fidenza, ed ha il compito di segreteria organizzativa, gestione inviti e gestione agende del secondo livello; i centri di secondo livello (che eseguono le colonscopie) agiscono in sinergia, coordinati da un responsabile di secondo livello.

I centri di secondo livello eseguono colonscopie diagnostiche ed operative, visite cliniche con indirizzo di follow up ai pazienti, ma anche visite chirurgiche quando necessarie, completando tutto il percorso clinico dei pazienti. Integra il percorso, l'effettuazione di esami istologici sulle lesioni polipose asportate, secondo



linee diagnostiche condivise da tutti gli anatomopatologi dei Centri della Regione, basate sulla codifica internazionale.

Un altro carattere distintivo del programma di screening colo-rettale della provincia di Parma è la forte collaborazione attiva da parte del volontariato nella gestione della consegna e ritiro del test: partendo dalla considerazione che già da 15/20 anni le associazioni di volontariato del territorio hanno avviato campagne di sensibilizzazione sul tema della prevenzione del tumore del colon retto, ottenendo lusinghieri risultati in termini di partecipazione e che tali associazioni sono presenti in modo capillare sul territorio, si è sviluppata una proficua collaborazione su tutto il territorio provinciale. A rotazione, nell'arco del biennio del round di screening, vengono attivati sportelli per la consegna e il ritiro dei campioni in comuni, sia presso le sedi delle associazioni che presso i comuni.

Per quanto riguarda i risultati del programma di screening coloretale provinciale, nel 2010 sono state invitate ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 92.940 persone: il 56,8% l'ha effettivamente eseguito, aderendo al programma e di questi il 4% è risultato positivo. Dei soggetto con sangue occulto positivo, il 62,2% ha effettuato approfondimenti mediante un esame di II livello (colonscopia).

**Tabella 1 risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2010 al 31.12.2010 (valori assoluti)**

2010	Totale
Popolazione bersaglio	92.940
Popolazione aderente	52.819
Sangue occulto positivi	2.136
Coloscopie eseguite	1.329
Adenomi rilevati in totale	257
Adenomi ad alto rischio	147
Adenomi a basso rischio	110
Carcinomi	27

Fonte - Database interno AOU-AUSL di Parma  
Dati parziali; in corso il completamento degli esami

**Tabella 2 Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2010 31.12.2010 (valori percentuali)**

2010	%
Adesione allo screening	56,8 %
Test screening positivo su popolazione esaminata	4 %
Coloscopie eseguite su sangue occulto positivo	62,2%
Adenomi su coloscopie eseguite	19 %
Carcinomi su coloscopie eseguite	2 %

Fonte - Database interno AOU-AUSL di Parma  
Dati parziali; in corso il completamento degli esami

I valori dell'adesione allo screening della popolazione sono simili alla media regionale; tuttavia, per incrementare ulteriormente tali dati si è anche attivato a livello del Centro Screening di Vaio un servizio di segreteria, che contatta telefonicamente i pazienti positivi al test di screening per una sollecita prenotazione degli esami endoscopici di II livello.

Per quanto riguarda il contributo che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma fornisce nell'ambito del programma di screening provinciale, si evidenzia che il 56% di tutte le coloscopie eseguite nel 2010 sono state effettuate all'interno dell'Azienda.

Nel 2010 presso la U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'AOU di Parma si è tenuta una giornata dedicata al "retraining in endoscopia", durante la quale sono stati eseguiti gli esami endoscopici, diagnostici e terapeutici, su pazienti positivi allo screening, sotto la supervisione di referenti regionali, con l'obiettivo di condividere le esperienze lavorative e standardizzare quanto più possibile le procedure, sia diagnostiche che terapeutiche, all'interno del programma di screening colo-rettale regionale.



## Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani

Secondo i dati raccolti nel 2010 dal pool delle Asl che partecipano al sistema nazionale di sorveglianza Passi, il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso: complessivamente, più di quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso ponderale, dato corrispondente anche a livello regionale. La stima corrisponde nella nostra Regione complessivamente a circa un milione e 290mila persone di 18-69 anni in eccesso ponderale (di cui circa 960mila in sovrappeso e 330mila obese). Il sistema di sorveglianza PASSI, a livello regionale, ha rilevato che l'eccesso ponderale nella popolazione cresce con l'età (59% nei 50-69enni), con il basso livello d'istruzione e con le difficoltà economiche, inoltre è maggiore negli uomini che nelle donne (51% contro il 34%).

Il programma "Guadagnare Salute", promosso dal Ministero della Salute e dal Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto Superiore di Sanità, ha avviato una campagna di comunicazione per promuovere corretti stili di vita riguardo i quattro fattori di rischio: attività fisica, alimentazione, fumo e alcol.

Il Piano Regionale della Prevenzione per il Triennio 2010 - 2012, contiene, nei programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute, il progetto "Promozione di corrette abitudini alimentari", mirato in particolare alla prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nell'infanzia e adolescenza.

Nell'ultimo Piano Attuativo Locale della Provincia di Parma (2009-2011) è stata evidenziata l'importanza dell'intervento a più livelli riguardo la promozione dei corretti stili di vita, anche attraverso attività di educazione alimentare (es. progetto "Crescere in armonia-Educare al BenEssere" del Comune di Parma).

Risulta quindi evidente la necessità d'intervenire nella prevenzione dell'obesità, incidendo sullo stile di vita, ma anche utilizzando, quando necessario, nuove terapie farmacologiche e chirurgiche. In questa prospettiva, nell'ottobre del 2010 si è tenuta la III edizione dell'Obesity Week, settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita, iniziativa di sensibilizzazione su sovrappeso e salute. Per l'occasione, il Centro Obesi della SSD Dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia in collaborazione il Centro Interdipartimentale di Morfologia, Biometria e Composizione Corporea (CMBC) dell'Università di Parma, ha realizzato un'attività informativa ed educativa, in forma gratuita e ad accesso diretto per gli utenti. Inoltre, il programma della settimana è stato caratterizzato da un insieme di undici iniziative, tra cui eventi, convegni, seminari e tavole rotonde, che hanno coinvolto a vario titolo, oltre all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, istituzioni locali, come Comune e Provincia di Parma, Azienda USL di Parma, Università degli Studi, Centro di Etica Ambientale, Museo Archeologico Nazionale, Unione Provinciale degli Industriali, Croce Rossa Italiana (CRI), la Lega per la Lotta contro i Tumori (LILT), associazioni di volontariato, Camera di Commercio, oltre a industrie agro-alimentari (Parmalat, consorzi). Nel corso del 2010 è continuata la collaborazione con il Comune di Parma, già iniziata nel 2005 con il Progetto di "Prevenzione delle malattie croniche con una corretta alimentazione", attraverso la partecipazione di un medico dell'Azienda alla Commissione Tecnico-Scientifica dell'Assessorato alle Politiche per l'Infanzia e per la Scuola, che ha studiato ed approvato il "Menù Scuole Primarie-Secondarie 1° grado e Scuole Infanzia Abbinate"; inoltre, nell'ambito del Progetto "Crescere in Armonia. Educare al Benessere", rivolto ad educatori, insegnanti, genitori e bambini, dai nidi d'infanzia alle scuole secondarie di primo grado per gli anni scolastici 2009/2010, sono stati realizzati i sottoprogetti: "Il refettorio inteso come ambiente di benessere educativo"; "Analisi Scarti a Mensa"; "La Mensa si fa bella"; "Cucine e Dispense aperte, come scegliere e cucinare"; "Lezioni di Cucina"; "Food-Bus".

È importante rilevare che il confronto dei dati antropometrici tra l'anno 2005 e 2010 fra i bambini di nove anni d'età, ha permesso di rilevare un deciso decremento dell'eccesso ponderale, soprattutto in riferimento alla prevalenza dell'obesità. Il dato di prevalenza dell'eccesso ponderale di Parma appare di particolare rilievo se messo a confronto con i dati regionali (29,6% nel 2005; 28,7% nel 2010) e nazionali (35% nel 2005; 34% nel 2010). Il miglioramento dello stato nutrizionale è coinciso con l'acquisizione di un più corretto stile di vita.

### *Obesità e disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

Il trattamento dei disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) richiede necessariamente il coinvolgimento di una equipe multidisciplinare, che, accanto al ruolo primario dello psichiatra e dello psicoterapeuta, preveda il supporto internistico-nutrizionale, da cui non è possibile prescindere per condurre un adeguato trattamento e per massimizzare le probabilità di risposta alla terapia stessa. In quest'ottica, nell'AOU di Parma è stato costituito il **TEAM DCA**, che prevede la partecipazione di diverse figure professionali: diabetologo, internista, nutrizionista, dietologo, pediatra e neuropsichiatra infantile. Il team inoltre è in contatto con il **Centro di Salute Mentale (CSM)** dell'Azienda USL di Parma, che si



occupa dei Disturbi del Comportamento Alimentare, il quale ha permesso di supportare al meglio i pazienti in carico.

Nell'ambito dell'obesità, l'attività della SS Malattie Endocrino - metaboliche si è distinta nella revisione e rimessa in funzione del calorimetro, apparecchio che, misurando direttamente il metabolismo basale, fornisce informazioni in grado di ottimizzare e personalizzare l'approccio dietetico nei confronti dei pazienti con obesità e disturbi del comportamento alimentare.

È stata inoltre messa a punto ed avviata una terapia psico-educazionale di gruppo, col coinvolgimento del medico, della dietista e della psicologa, finalizzata al trattamento dell'obesità. Tale approccio fornisce all'utenza una strategia alternativa e di dimostrata efficacia nella gestione e cura del paziente sovrappeso o obeso.

## Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

### **Percorso nascita**

#### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Il potenziamento dell'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito del percorso nascita si realizza attraverso la stesura e l'attuazione di progetti comuni e trasversali tra le due Aziende e con i Distretti, i Servizi Sociali ed il Volontariato.

In questa prospettiva le Aziende Sanitarie si pongono come obiettivo la creazione di alleanze utili al rafforzamento del percorso nascita in una logica di sinergia di intenti e di azioni con gli interlocutori delineati.

Lo sviluppo dell'attività è proseguito, anche nel corso 2010, in sinergia con le Linee di Area Vasta ed in un'ottica di forte integrazione con il territorio, attraverso la definizione di Progetti che danno risposta alla D.G.R. 533/2008. Le Aziende Sanitarie in stretta collaborazione hanno, in questa ottica, attivato gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali per definire/potenziare gli interventi comuni per il raggiungimento degli obiettivi proposti da raggiungere nel triennio 2008-2011.

Si propone di seguito una elencazione e una breve descrizione dei progetti attivati:

1. "Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)": è stata effettuata la formazione alla consulenza del personale delle due Aziende. In questo ambito è stato definito il percorso per garantire la possibilità di effettuare, a partire da marzo 2009, "TRANSLUCENZA NUCALE + BI-TEST" a tutte le gravide che afferiscono al Servizio Assistenza alla Gravidanza (SAG) della Clinica Ostetrica e all'U.O. Salute Donna di Parma e Fidenza con l'obiettivo di allargare l'offerta secondo un cronogramma stabilito.

Come da programma, è stata portata a termine la formazione di due operatori ecografisti dell'AUSL, 1 nel Distretto di Parma e 1 nel Distretto Sud-Est; attualmente può essere offerto il test combinato a tutte le gravide in carico ai Consultori di Parma città, Fidenza e Sud-est. Non sono stati addestrati nuovi operatori dell'Azienda Ospedaliera per indisponibilità di personale strutturato.

È stato definito ed è operativo il protocollo per l'iter diagnostico e consulenziale in caso di test positivo, con l'invio all'Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per l'effettuazione di esami invasivi (villocentesi o amniocentesi); a fronte di diagnosi di anomalia cromosomica è assicurata la consulenza genetica e l'iter scelto dalla donna/coppia, come suggerito dalla DGR 533.

Inoltre è garantita la presa in carico della paziente al momento dell'esecuzione del test combinato, la gravida completa in caso di necessità tutto l'iter diagnostico previsto dal protocollo interaziendale.

2. "Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato e tempestivo counseling alla donna (predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici)": sono stati definiti i percorsi tra il 1° livello del territorio e il 2° livello dell'Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per l'approfondimento delle patologie fetali e i conseguenti interventi diagnostico-terapeutici ed è stato strutturato uno specifico day-service c/o l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia come risposta organizzativa a tale obiettivo. Il servizio di ecografia è l'unico punto di ecografia di 2° livello del territorio provinciale al quale afferiscono tutte le richieste di ecografia ostetrica di 2° livello, di ecografie urgenti anche da professionisti esterni al percorso nascita.



A tale proposito, la criticità che emerge deriva dall'elevato numero di accessi impropri per quanto attiene la motivazione e la richiesta cosiddetta "urgente". In linea generale, si osserva un evidente aumento delle ecografie ostetriche di 2° livello (incremento del 50%).

Sono state effettuate, inoltre, n. 153 ecocardiografie fetali con la presenza dello Specialista Cardiologo neonatale che permette di eseguire un immediato counseling d'équipe anche nei casi giunti dal percorso dell'obiettivo n. 1 (ridefinizione del rischio e aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale).

3. "Applicazione delle Linee di Indirizzo Regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia": nella degenza ostetrica dell'U.O. Ostetricia e Ginecologia è stato introdotto un nuovo modello organizzativo che vede la figura dell'ostetrica quale riferimento globale per la diade madre-bambino ("modello a settori"); presso l'Azienda USL si è proseguito nel progetto di Assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, diversificando i percorsi assistenziali tra gravidanza a basso/ medio-alto rischio.
4. "Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno": è stata ridefinita la buona prassi per il parto naturale e l'allattamento al seno con il precoce contatto madre-bambino e controllo del corretto attaccamento al seno. Inoltre nel 2010-2011 è stata condivisa un'ulteriore formazione interaziendale per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno da parte dei formatori WHO interni all'Azienda (già in atto nel primo semestre 2010) ed affinato il percorso della dimissione appropriata propedeutico al sostegno dell'allattamento al seno.
5. "Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici": il relativo progetto prevedeva la rilevazione del vissuto delle donne nel "percorso" nascita attraverso appositi focus group che sono stati attuati nel corso del 2009.  
Nel 2010 i referenti per l'obiettivo hanno partecipato al relativo Gruppo di lavoro regionale. I dati sono ancora in via d'analisi, ma ad una prima valutazione gli elementi che vengono percepiti come punti di forza sono sicuramente, nella fase pre-parto, i corsi di accompagnamento alla nascita e nella fase post-parto, la dimissione appropriata. Nei corsi si riconosce l'importanza della relazione con l'ostetrica in un contesto sereno in cui la conoscenza di altre gravide/coppie svolge una funzione di "normalizzazione" delle paure, oltre che di condivisione dell'esperienza.
6. "Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie": è stato avviato ma non ancora completato il progetto di adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e di un protocollo diagnostico condiviso con l'Anatomia Patologica. Si è in attesa della diffusione della cartella clinica del nato morto prodotta a livello regionale.
7. "Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero" (mantenimento della collaborazione già assodata con il Territorio).
8. "Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata": l'obiettivo è stato attuato attraverso l'applicazione di un modello di Corsi di accompagnamento alla nascita condiviso tra le due Aziende sanitarie e offerto in modo gratuito.
9. "Aumentare la conoscenza e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema 'il dolore del parto', anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche":
  - le nuove Linee Guida sull'assistenza al travaglio/parto descrivono le metodiche finalizzate al sostegno non-farmacologico;
  - la parto-analgesia farmacologia sottende una progettualità che è ancora in via di definizione a livello Aziendale

Già nel 2009 sono state elaborate e applicate linee guida condivise in merito all'obiettivo "Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali". Inoltre, è stato definito il progetto per l'attuazione dell'obiettivo "Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali delle donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino", che prevede un corso di formazione multidisciplinare ed interaziendale per operatori con l'obiettivo di attivare la capacità di rilevazione della depressione e del disagio relazionale, della presa in



carico dei casi meno gravi e dell'accompagnamento eventuale al confronto con un professionista dell'aiuto.

Nel 2010, è proseguita la collaborazione tra il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e i Consulenti Familiari del Distretto di Parma per l'attivazione e il potenziamento di interventi ed iniziative finalizzate al sostegno alla genitorialità e alla maternità con particolare riguardo al periodo perinatale. Ciò ha consentito di strutturare un'offerta attiva di incontri per le future mamme in collaborazione con il personale dei due Enti, con particolare riguardo alle primipare gravide e alle donne in situazioni di svantaggio differenziando le proposte:

- corsi di accompagnamento per gruppi di mamme al primo figlio o che hanno già avuto bambini, di coppie, per donne provenienti da altre culture;
- incontri informativi per le gravide che accedono agli ambulatori consultoriali o S.A.G. e non fanno i corsi;
- incontri a libero accesso per tutto il periodo di gravidanza per donne con problemi di comprensione linguistica facilitanti l'alfabetizzazione per consentire una prima comprensione dei percorsi per l'assistenza alla mamma e al neonato.

### **Percorso Diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco e Rete cardiologica**

#### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Nel corso del 2010, la Commissione Cardiologica Provinciale ha presentato ai MMG il Progetto Regionale per la Prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari IMA/SCA in incontri organizzati nei Distretti Sanitari dell'AUSL di Parma.

Il tema è particolarmente rilevante e costituisce una delle aree prioritarie del nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012.

I risultati conseguiti nel 2010 per quanto riguarda le Azioni organizzative aziendali a garanzia della continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA) riguardano l'utilizzo di una lettera di dimissione secondo il format regionale per garantire lo scambio di informazioni rilevanti per il paziente.

Questo strumento informativo è stato utilizzato dalle U.O. di Cardiologia dell'AOU di Parma e dell'Ospedale di Vaio-Fidenza dell'USL di Parma. L'utilizzo di questo format è stato esteso all'U.O. di Medicina dell'Ospedale di Borgotaro dell'USL di Parma.

Il secondo obiettivo da perseguire per dare sistematicità ai percorsi ospedale/territorio riguarda la presenza di un follow up strutturato nelle fasi successive alla dimissione.

La prevenzione cardiovascolare dopo un primo evento è una fase delicata ed importante per il futuro del paziente. Troppo spesso l'adesione alla terapia farmacologica e la non osservanza dei consigli relativi allo stile di vita diventano elementi che gravano sul rischio di ricadute. Il coinvolgimento dei professionisti (medici ospedalieri, medici di medicina generale, personale infermieristico) è determinante per il buon esito del decorso post-dimissione.

L'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato un percorso clinico formale di collaborazione con gli specialisti della prevenzione secondaria, al fine di ridurre l'incidenza di recidive, migliorare l'aderenza agli stili di vita indicati ed alla terapia farmacologica.

La prevenzione secondaria è un percorso strutturato che contempla tre livelli di azione per complessità crescente.

Il primo livello avviene durante la degenza, dove vengono impartite le misure inerenti gli stili di vita e le prescrizioni farmacologiche appropriate per il singolo paziente, la verifica avviene durante la prima visita di controllo dopo le dimissioni.

Il paziente non "compiante" accede ad un secondo livello di azione, costituito dal counselling psicologico finalizzato al superamento degli ostacoli non superati al primo livello.

Il terzo livello è riservato ai pazienti non responsivi e prevede l'accesso a figure professionali specifiche, necessarie al superamento degli ostacoli non superati al secondo livello, tramite protocolli interni di accesso privilegiato ai Centri specialistici di riferimento per la prevenzione cardiovascolare (Diabete, Ipertensione, Antifumo, eccetera).

L'Azienda USL di Parma ha costituito un gruppo aziendale di lavoro interprofessionale per promuovere programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, individuare percorsi differenziati cui avviare i pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio, programmare la prevenzione degli errori di terapia a domicilio.

Tale gruppo comprende cardiologi, diabetologi, specialisti di Medicina dello Sport, specialisti del Centro antifumo, specialisti del Centro per i disturbi alimentari ed un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.



L'attività di questo gruppo si è svolta attraverso eventi educazionali, avvenuti nei Distretti di Parma, di Fidenza e di Borgotaro (con una edizione anche a Fornovo) rivolti ai MMG.

L'obiettivo principale è quello di creare percorsi specifici (utilizzando lo strumento del Day Service), a disposizione dei MMG, in grado di ridurre il profilo di rischio di recidiva dei pazienti infartuati.

Gli incontri hanno indicato i target appropriati da raggiungere nei pazienti infartuati per quanto riguarda la terapia, lo stile di vita e le patologie concomitanti ed il risultato atteso è quello di un maggior utilizzo delle risorse specialistiche presenti nei servizi.

### **Il percorso per le Dimissioni Difficili/Protette**

Il progetto "Dimissioni Difficili/Protette" si colloca nell'ambito dei percorsi integrati Ospedale-Territorio, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale nelle situazioni in cui, pur essendo raggiunta la stabilizzazione clinica, persiste un bisogno assistenziale e/o sanitario e la conseguente difficoltà della rete familiare ad attivare un'adeguata tutela.

L'attivazione delle Dimissioni Protette implica l'integrazione di competenze sociali e sanitarie per la valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone ricoverate. In tale contesto il Servizio Sociale Ospedaliero (S.S.O.) riveste un ruolo fondamentale: l'attività degli Assistenti Sociali è innanzitutto orientata ad affrontare le problematiche psicosociali connesse alla malattia e al ricovero ospedaliero, con attenzione alla persona e al suo contesto di vita. Il lavoro integrato con i professionisti dell'ospedale e del territorio consente di definire progetti di intervento a favore delle persone ricoverate, supportandone le risorse personali, familiari e di comunità e attraverso la messa in rete di risorse pubbliche (servizi domiciliari, case protette, RSA, eccetera) e del privato-sociale.

In linea con la mission aziendale, l'obiettivo principale è quello di garantire che la continuità delle cure sia innanzitutto considerata in quanto parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale. Attraverso lo strumento della "Scheda di segnalazione di dimissione protetta", le unità di degenza attivano il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO), in base alla rilevazione di indicatori sociali e/o assistenziali che fanno presumere la necessità di un intervento di consulenza psicosociale e/o l'attivazione di servizi socio-sanitari. Gli Assistenti Sociali Ospedalieri, in costante collaborazione con il personale sanitario, intervengono al fine di:

- valutare i bisogni sociali e assistenziali dei pazienti;
- svolgere un'azione di segretariato sociale, per promuovere la conoscenza dei servizi della rete territoriale;
- fornire la consulenza psico-sociale alla persona ricoverata e alla rete familiare;
- segnalare al Servizio Assistenza Anziani le situazioni per le quali è necessario attivare risorse dei servizi territoriali (assistenza di base, case protette, RSA, centri diurni, eccetera);
- collaborare con gli operatori della rete territoriale alla definizione del programma assistenziale individualizzato, necessario a consentire la dimissione protetta.

Nel corso del 2010 è proseguita l'attività di analisi e studio dell'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette a cui partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, dell'Azienda USL e dei Comuni del Distretto di Parma con l'obiettivo di confrontare le criticità emerse nella gestione dei percorsi integrati Ospedale-Territorio e monitorare la realizzazione degli obiettivi definiti nei Piani di Zona.

Il percorso valutativo avviato ha consentito di raggiungere alcuni obiettivi di miglioramento:

- messa a punto di linee guida per i percorsi assistenziali integrati che individuano gli attori, i compiti e i tempi di attivazione dei Servizi Territoriali;
- individuazione di soluzioni ad hoc per le tipologie di pazienti con problematiche socio-assistenziali che non rientrano nella definizione dell'attuale Protocollo (pazienti adulti, stranieri irregolari, eccetera);
- omogeneizzazione degli strumenti operativi per individuare la dimissibilità clinica e l'accesso alle strutture territoriali;
- formazione degli operatori coinvolti per promuovere modalità di lavoro multiprofessionale;
- apertura del sistema, nella sua interezza e complessità, alla cultura della valutazione, tramite l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori di esito sia in termini di variabili organizzative che di obiettivi di salute conseguiti.

Nel corso del 2010, è stata sperimentata una nuova Scheda di raccolta dati (Scheda Report) per la valutazione della qualità del percorso delle Dimissioni Difficili/Protette, Lo strumento è stato costruito in



collaborazione con il SAA Distrettuale per giungere ad una lettura condivisa delle rilevazioni che intende mettere in luce i punti di forza e le criticità del sistema integrato. La Scheda Report rileva i seguenti indicatori:

- motivo della segnalazione di dimissione difficile,
- tempi di attivazione del percorso dal momento del ricovero,
- tempi per la valutazione del territorio,
- data di reale dimissione dall'ospedale,
- tempi di attivazione delle risorse attivate al momento della dimissione.

Le evidenze rilevate consentiranno nel prossimo anno di avviare un Tavolo Tecnico allargato a tutti i Distretti dell'ambito provinciale per il miglioramento organizzativo e gestionale della rete Ospedale-Territorio.

Oltre all'analisi dei percorsi organizzativi, una delle azioni particolarmente efficaci è stata la promozione di spazi di confronto tra i diversi professionisti coinvolti (medici, assistenti sociali, infermieri, eccetera) al fine di condividere il linguaggio e le metodologie che orientano le prassi operative nell'ambito dei percorsi integrati. Sono stati realizzati inoltre interventi informativi per tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha partecipato alla definizione e alla implementazione dei progetti inclusi nei Piani di Zona del Distretto di Parma (Tavolo Anziani, Disabili, Povertà e Inclusione Sociale), con particolare riguardo ai progetti di:

- continuità assistenziale Ospedale Territorio per pazienti anziani e di altri soggetti (ad esempio disabili, adulti privi di rete familiare) che evidenziano necessità di presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari conseguenti alla malattia,
- potenziamento della rete sociosanitaria a tutela dell'anziano fragile,
- sostegno di coloro che soffrono di demenza,
- sviluppo del Servizio Assistenza Anziani,
- qualificazione dei servizi residenziali.

Per la tutela dei bisogni di tipo esclusivamente sanitario, è operativo un case-manager infermieristico dell'Azienda USL che ha facilitato i percorsi di accesso alle reti sanitarie del territorio (presidi, ADI, eccetera).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha inoltre preso parte ai programmi per la prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili esposti ad eventi climatici particolarmente sfavorevoli. Nelle azioni di prevenzione e a tutela della fragilità si è inoltre confermata la validità di un ulteriore strumento di segnalazione (alternativo a quello allegato al protocollo per le Dimissioni Protette), per la segnalazione al Territorio delle situazioni di anziani fragili.

## Emergenza territoriale

### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Nel corso dell'anno 2010, nell'ambito della attività del Sistema della Emergenza Urgenza 118, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, hanno portato avanti i percorsi iniziati in precedenza e dato l'avvio a nuove iniziative a valenza locale e regionale.

*Attivazione della rete radio multiservizi R3* in tecnologia TETRA: la nuova rete "R3" alla fine del 2010 non è operativa per il soccorso sanitario 118 e necessita di sviluppi ad hoc per renderla in grado di supportare le procedure e le applicazioni informatiche per la gestione integrata dei mezzi di soccorso nelle Centrali regionali.

*Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto non urgente svolto a mezzo autoambulanza.* Le Aziende Sanitarie hanno elaborato, come previsto dalla D.G.R. 44/09, il documento di verifica delle performance del sistema aziendale di emergenza territoriale e trasporto infermi producendo una relazione contenente una breve sintesi della organizzazione e composizione del sistema emergenza-urgenza nella Provincia di Parma con relative performance. Si è proceduto poi a verificare la presenza dei requisiti di autorizzazione da parte delle sedi delle Associazioni di Volontariato e sono stati svolti incontri di presentazione del percorso di accreditamento istituzionale.



Le Associazioni di Volontariato hanno seguito un percorso di autorizzazione guidato ed omogeneo ed hanno presentato domanda di autorizzazione al funzionamento, con particolare riferimento a quelle associazioni che ancora non avevano completato il percorso di autorizzazione delle sedi, in quanto l'autorizzazione dei mezzi di soccorso era presente, già in precedenza, in maniera capillare.

Nel corso del 2010, i Servizi Distrettuali di Igiene e Sanità Pubblica hanno preso in considerazione le domande di autorizzazione al funzionamento pervenute dalle sedi ANPAS e CRI ed hanno proceduto alle visite conseguenti.

Nel corso del 2010 si è completato il percorso autorizzativo e sono stati svolti numerosi incontri per fornire le corrette indicazioni per la presentazione della domanda di accreditamento istituzionale.

#### *Sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso*

Il decreto del 17.12.2008 pubblicato sulla G. U. il 13 gennaio 2009 che sancisce la costruzione del sistema informativo nell'area dell'emergenza/urgenza (118 e Pronto Soccorso) è stato presentato in Regione all'inizio del 2009 al Gruppo di Lavoro composto dai responsabili delle Centrali Operative 118.

Attualmente, la Centrale Operativa 118 di Parma è in grado di fornire tutte le informazioni richieste dal Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) per quanto attiene ai dati di competenza della stessa.

In particolare sono stati resi disponibili tutti i dati ricavati dal sistema informativo 118 relativi alla chiamata e al dispatch della Centrale Operativa.

Per quanto riguarda i dati richiesti relativi ai provvedimenti sanitari sul luogo dell'evento e durante il trasporto dei pazienti in Ospedale da parte dei mezzi di soccorso (Ambulanze, Automediche, Elisoccorso), la Centrale Operativa 118 di Parma può fornire fin da ora i dati relativi all'attività del servizio di Elisoccorso e a quella degli Infermieri dipendenti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in servizio sulle ambulanze 118. Questi dati vengono inviati mensilmente alla Regione dall'ottobre 2009.

Per quanto riguarda invece la rilevazione dei restanti dati, la competenza, quale titolare dell'Emergenza/Urgenza 118 territoriale, è dell'Azienda USL di Parma la quale, in condivisione con tutti i soggetti operanti nel Sistema sta individuando, in ottemperanza al decreto suddetto, il format cartaceo più idoneo al raggiungimento dell'obiettivo.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si stanno studiando le modalità per migliorare il collegamento tra gli eventi 118 e quelli di Pronto Soccorso in modo che ogni singolo paziente abbia un unico report sia per l'extra che per l'intra-ospedaliero.

*Percorso di integrazione delle Centrali Operative* presso il Centro Unico delle Emergenze: il trasferimento della Centrale 118 presso il Centro Unico delle Emergenze è di rilevante complessità e ha implicato la definizione di accordi con l'Amministrazione Comunale e compatibilità/competenze in ordine all'acquisizione delle tecnologie. Il trasferimento è avvenuto nel marzo 2010 (si veda a riguardo la sezione dedicata, *Centrale Operativa 118 "PARMA SOCCORSO"*, nel capitolo 7).

*Sviluppo della convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS*: la formalizzazione dell'accordo tra Regione e SAER/CNSAS che sarebbe dovuta avvenire all'inizio del 2009 non è avvenuta a causa di difficoltà insorte a livello regionale. Pertanto l'AUSL di Parma, con il parere favorevole dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha rinnovato nel 2010 la Convenzione in essere nel 2009, mantenendo una valenza provinciale.

*Percorso STEMI*: il percorso interaziendale dell'infarto miocardico acuto ST-Sopra è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dall'inizio 2008 con 9 Postazioni 118 dotate di apparati di trasmissione ECG, cui si sono aggiunte nel 2009 tre ulteriori postazioni 118 alle quali sono stati consegnati e resi operativi tre apparati per la trasmissione dell'ECG. Nel 2010 si è aggiunta una ulteriore postazione portando a 13 il numero complessivo delle stesse.

*Percorso STROKE*: il percorso interaziendale dell'ICTUS è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dal settembre 2008.

*Percorso Clinical Competence per Infermieri 118*: è stato completato nel primo trimestre 2009 il 3° Corso di Sviluppo delle Clinical Competence per Infermieri 118. Nel novembre 2009 i relativi Protocolli sono stati licenziati dalla Commissione Cardiologica Provinciale e dalla Giunta del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Non è stato possibile rendere operativi i protocolli anche in relazione all'esposto presentato dall'Ordine dei Medici di Bologna presso le procure di Bologna e Firenze.



**Organico infermieristico:** l'implementazione del personale infermieristico di C.O. 118 e sui mezzi di soccorso di Parma città è completata. L'implementazione dell'organico infermieristico, iniziata nel 2007/2008 con l'aggiunta di tre Infermieri, è stata completata nel 2009 con l'aggiunta di altri tre infermieri, ciò ha reso possibile l'estensione del turno infermieristico su Parma città sulle 24 ore/die.

Alla fine del 2010 è stato stipulato uno specifico accordo tra le Aziende Sanitarie, le Associazioni di Volontariato ed il Comune di Parma tramite il quale è stata introdotta in città una seconda ambulanza "infermierizzata" nelle dodici ore diurne.

È proseguito l'impegno a fornire assistenza in condizioni di emergenza al cantiere 'Pontremolese' anche tramite lo spostamento della postazione professionalizzata presso la Assistenza Pubblica di Fornovo.

**Progetto "A casa Sicuri":** al termine del primo trimestre 2007 si è interrotto il percorso iniziato nel 2006 con il Comune di Parma per arrivare ad una convenzione per la realizzazione di un nuovo sistema di Telesoccorso denominato "A casa sicuri". Alla fine del 2009, il Comune di Parma ha assunto in proprio la realizzazione e gestione del progetto per i propri assistiti, invitando gli altri Comuni della provincia ad allacciare i propri utenti al servizio "A casa sicuri". Al 31 dicembre 2009 tutti gli utenti dei Comuni della provincia erano ancora allacciati al Telesoccorso gestito nei locali della Centrale Operativa 118. Nel 2010 sono rimasti allacciati al Telesoccorso gestito dalla CO 118 oltre cento utenti di alcuni Comuni della provincia che non hanno aderito al Progetto del Comune di Parma. Nel 2011 è prevista la partenza di un nuovo progetto di Telesoccorso facente capo del Comune di Parma denominato "A casa mia" che sostituirà "A casa sicuri".

#### **NUE 112**

Nel 2010 è stata licenziata ed è operativa una Istruzione Operativa denominata "Istruzione Operativa per la gestione delle richieste sanitarie che transitano dalla CO 112 alla CO 118" condivisa con il Comando provinciale della Legione Carabinieri di Parma. Ciò in attuazione della "soluzione ponte 112 NUE" come richiesto dalle disposizioni dell'Assessorato regionale nella nota PG 2010/190305 del 26 Luglio 2010.

### Altre iniziative in tema di equità e approfondimenti sull'assistenza ai cittadini migranti

#### **Diritto ed Equità**

##### **Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**

Nell'ambito delle azioni previste dal progetto di modernizzazione "Equasanià" (anno 2009), finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, e del Programma regionale per la gestione delle differenze nel rispetto dell'equità, promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale, il gruppo regionale ha progettato un percorso formativo composto da 6 laboratori tematici, con l'obiettivo di fornire elementi teorici e strumenti concreti di lavoro in tema di valutazione di equità nei servizi sanitari (equality impact assessment). In tale contesto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha organizzato due dei suddetti laboratori (fase 1 e fase 2 del progetto), dal titolo: "Diritto ed Equità: analisi di casi aziendali", con l'intento di promuovere lo studio e le pratiche dei rapporti tra cura del corpo, istituzioni sanitarie e modelli legali di intervento medico in una prospettiva interculturale. Il progetto, biennale, è iniziato nel 2010 e proseguirà per tutto il 2011.

Il progetto ha visto coinvolti: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL di Parma, l'Associazione di ricerca e promozione sociale IDEDI - INTERCULTURA DEMOCRAZIA DIRITTO, l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e, nella seconda fase del progetto, che si completerà nel 2011, altre Aziende sanitarie della regione, che partecipano al progetto di modernizzazione.

L'idea-guida del progetto, articolato come detto in due fasi, è stata l'elaborazione di piattaforme di comunicazione interculturale suscettibili di favorire il rapporto medico e/o operatore sanitario-pazienti in situazioni di diversità culturale. Tali percorsi di interfacciamento interculturale dell'assistenza sanitaria necessitano di un raccordo con gli ambiti giuridici, in quanto vi è in gioco sia l'etica professionale che la responsabilità legale di chi presta le cure.

Nella prima fase del progetto sono stati individuati professionisti medici e infermieri delle due Aziende Sanitarie per le seguenti aree: pronto soccorso e area emergenza, pediatria, ostetricia e percorso nascita, infettivi, medicina legale. Questa fase di formazione-ricerca è stata pensata come un percorso di 6 incontri, durante i quali realizzare laboratori d'indagine mirati all'analisi dei bisogni e delle priorità, sia dal punto di vista dei fruitori che degli operatori. I laboratori di indagine, che hanno previsto la partecipazione di sanitari ed esperti non-sanitari (antropologi, psicologi culturali, giuristi, esperti di etica



medica con riferimento alle diverse tradizioni culturali e religiose, semiologi ed esperti in comunicazione e traduzione interculturale), consistono in un'attività di gruppo che parte dalla individuazione di una casistica maturata nel corso dell'esperienza clinico-assistenziale e lavorativa e caratterizzata da aspetti di criticità culturale. Nell'ambito di questa casistica, sono state incluse quelle situazioni in cui il rapporto medico-paziente o operatore sanitario-paziente è reso più complesso sia dalle condizioni di differenza culturale, capaci di impattare direttamente con il trattamento sanitario, sia dalle più generali difficoltà di comunicazione, che spesso sono presenti tra medico e paziente, connesse al loro divario di conoscenze, a indici di specificità psicologica (collegate ad esempio a condizioni di disabilità), infine alla concezione del malato e della malattia.

La prima parte del lavoro ha previsto l'individuazione, l'analisi e la delimitazione dei casi raccolti e una prima lettura multiprofessionale, al fine di individuare soluzioni orientate alla prassi e capaci di integrazione interculturale. Alla prima fase di mappatura, segue la riflessione giuridica sui temi trattati. Lo sforzo di coordinazione tra gli ambiti giuridico e sanitario è di primario rilievo al fine di fornire effettività istituzionale ai tentativi (peraltro già condotti da diverse istituzioni ospedaliere italiane e straniere) di coadiuvare l'assistenza sanitaria con processi di mediazione culturale. Ciò perché fornire criteri, metodologie e pratiche di comunicazione/assistenza medica interculturale deve necessariamente coordinarsi con i profili di responsabilità legale che accompagnano l'esercizio della professione medica e, più in generale, tutte le voci e le professionalità ricomprese nell'assistenza sanitaria. Diversamente, l'adeguamento in senso interculturale dei protocolli, anche comunicativi (si pensi, ad esempio, ai linguaggi utilizzati in sede di ricezione del c.d. consenso informato) relativi alla somministrazione di cure rischierebbe di lasciare esposto il personale medico a possibili contestazioni legali e a conseguenti responsabilità di ordine sia civile, sia penale.

Gli esiti dell'analisi effettuata nella fase 1 del progetto verranno approfonditi attraverso la realizzazione di alcuni focus group e costituiranno la base di riferimento per ideare e realizzare un percorso formativo rivolto ai professionisti delle Aziende sanitarie che partecipano al progetto di modernizzazione Equasinità (fase 2). I partecipanti alla fase 2 potranno fruire dei risultati di un'attività di indagine frutto della combinazione integrata di attività di ricerca e di formazione. In questa seconda parte del progetto, nell'ambito del percorso formativo si provvederà a costruire con gli operatori sanitari una sorta di vademecum circa le domande, i quesiti e gli interrogativi da porsi qualora si presenti una situazione medico-clinica caratterizzata da indici di diversità o di difficoltà comunicative imputabili ai fattori culturali.

### SMS di emergenza, un servizio per persone sorde

Dopo un primo periodo di prova, è partito alla fine del 2009, entrando nella piena operatività nel 2010, un sistema di messaggistica verso la centrale operativa 118 che sostituisce integralmente la chiamata vocale di emergenza

In caso di emergenza sanitaria, le persone affette da sordità prelinguale potranno, in modo autonomo, chiamare tramite un normalissimo messaggio via cellulare la centrale dell'Azienda Ospedaliera.

Il modo di comunicazione, testato con l'Ente Nazionale Sordi che ha dato riscontri positivi sull'iniziativa, risulta pratico e rapido. Si tratta di un numero dedicato ai non udenti, che non comporta spese particolari ed è basato su una tecnologia che permette di gestire più comunicazioni in contemporanea. Fondamentale per la riuscita del progetto è stata la condivisione del servizio con i rappresentanti delle associazioni che hanno diffuso il sistema tra gli iscritti.

Con un semplice sms al 339 9941118 si attiva il sistema di soccorso del 118. Ricevuta la chiamata la risposta dell'operatore dal terminale verrà inviata al richiedente sempre sottoforma di sms. Nel 2010 ci sono state 5 attivazioni, mentre 6 sono state le attivazioni dei primi 5 mesi del 2011. Il sistema di messaggistica istantanea sostituisce integralmente la telefonata vocale: si potrà definire il luogo del chiamante e le principali informazioni sull'accaduto. In base ad una breve comunicazione il personale infermieristico del 118 stabilisce la codificazione dell'urgenza, fornendo la risposta più qualificata e coordinando l'immediato invio dei mezzi di soccorso più appropriati per l'evento. Parma è stata la prima città in Regione a sperimentare questo innovativo sistema di emergenza.

### L'accesso ai servizi e l'assistenza per i cittadini stranieri

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2010 è di 437.308 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 50.147, il 9% in più del 2009, equivalente all'11,5% del totale dei

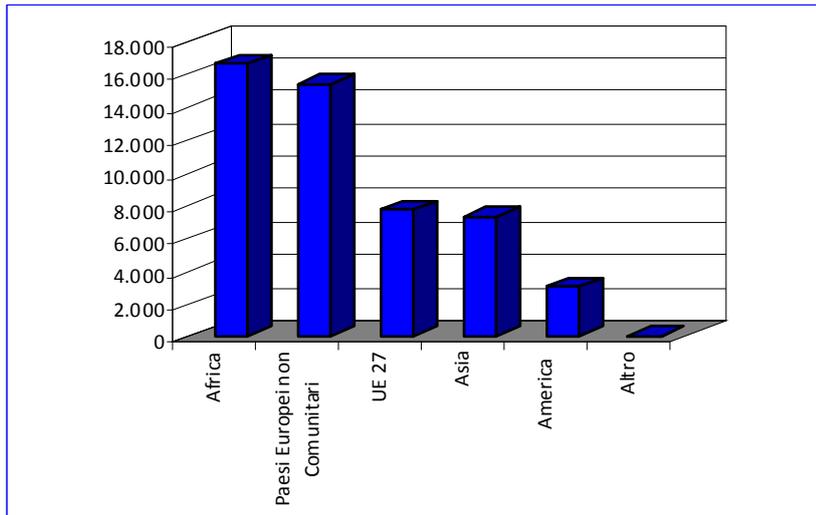




residenti. Dal 1° gennaio 2007 al 1° gennaio 2010 nella provincia di Parma si è assistito ad un aumento del 47,7% della popolazione residente di origine straniera, passando dall'8,1% di tutta la popolazione residente del 2007 all'11% del 2010. È da rilevare che la popolazione totale residente nello stesso periodo è aumentata solo del 4%, riconducibile quasi esclusivamente all'aumento della popolazione migrante.

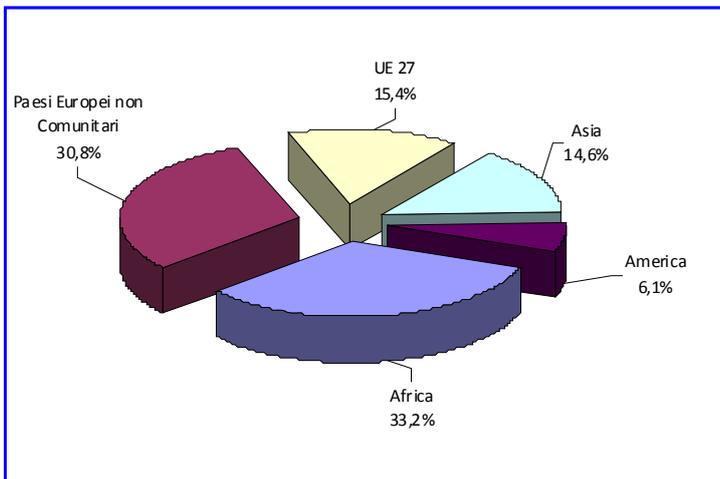
Per quanto riguarda la composizione, essa è costituita per la maggior parte da africani (33%), specialmente del Nord Africa (32% del totale), seguono gli europei dei paesi non comunitari (31%), gli europei comunitari (15,4%) e gli asiatici (14,6%).

**Grafico 1a - Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2010 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroarea di provenienza**



Fonte: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica)

**Grafico 1b – Composizione percentuale della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2010 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza**



Fonte: [www.regione.emilia-romagna.it/statistica](http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica)

### Ricoveri ospedalieri

Nel 2010 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso il flusso regionale SDO, sono stati registrati 5.363 ricoveri di pazienti stranieri, il 2% in più rispetto al 2009, corrispondenti al 12% di tutti i ricoveri. In questo dato sono compresi anche 624 neonati.

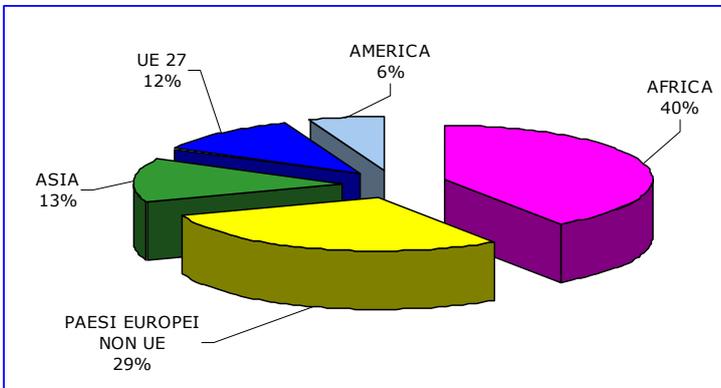
L'82% di tutti i ricoveri è stato effettuato in regime di ricovero ordinario, mentre il 18% in regime diurno. Negli ultimi anni è proseguito il trend in aumento dei ricoveri nella popolazione straniera (nel 2010 + 18% rispetto al 2007), comunque in linea con l'aumento della popolazione straniera nella provincia di Parma (+ 48% rispetto al 2007).

Tra i pazienti dimessi di nazionalità non italiana, c'è una predominanza di africani, seguiti da pazienti provenienti dall'Est europeo, da asiatici e da europei comunitari, perfettamente corrispondente alla



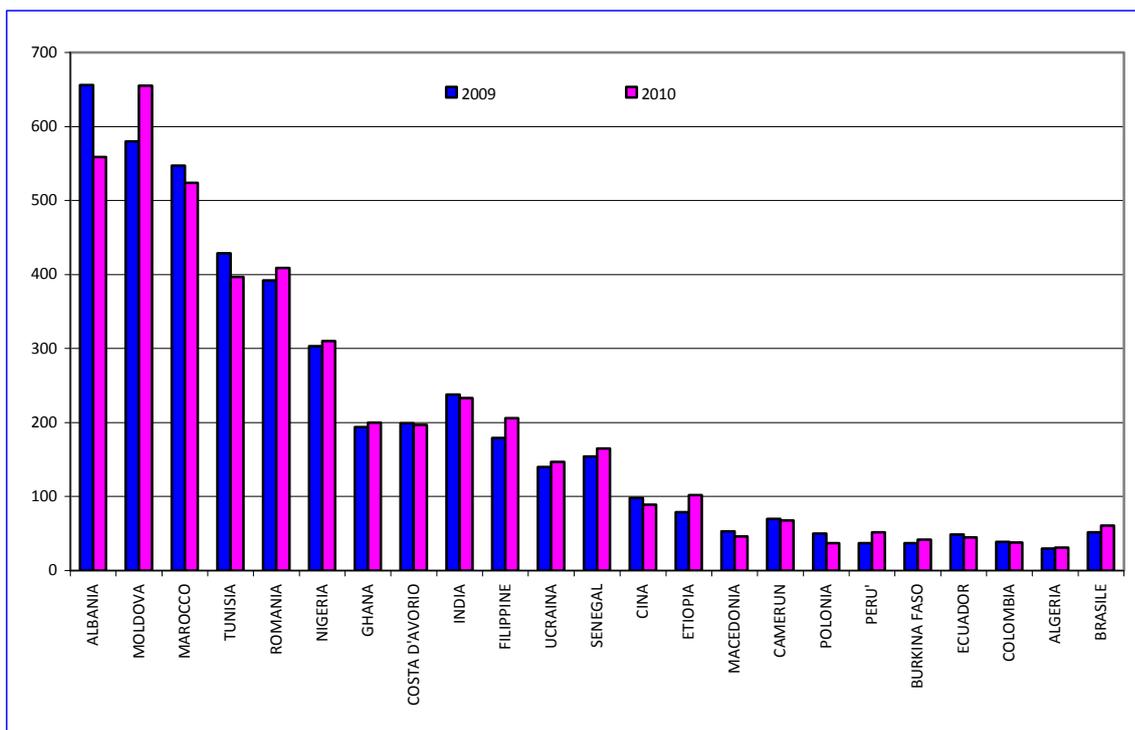
composizione della popolazione migrante residente nel territorio. Le nazionalità più rappresentate sono quelle moldava, albanese, marocchina, romena, tunisina e nigeriana, che da sole costituiscono il 53% dei ricoveri di pazienti di origine straniera.

**Grafico 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2010**



Fonte: Banca dati SDO RER

**Grafico 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate). Confronto 2009-2010**



Fonte: Banca dati SDO RER

**Tabella 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2010**

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
MOLDOVA	655	12,21%	FILIPPINE	206	3,84%
ALBANIA	559	10,42%	GHANA	200	3,73%
MAROCCO	524	9,77%	COSTA D'AVORIO	197	3,67%
ROMANIA	409	7,63%	SENEGAL	165	3,08%
TUNISIA	397	7,40%	UCRAINA	147	2,74%
NIGERIA	310	5,78%	ETIOPIA	102	1,90%
INDIA	233	4,34%	CINA	89	1,66%

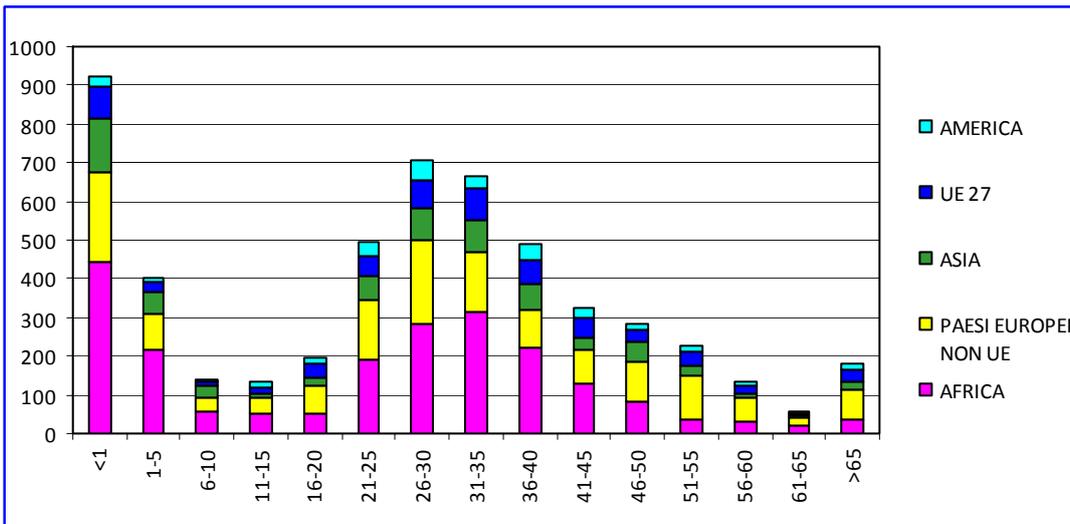
Fonte: Banca dati SDO RER



Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani adulti di età compresa tra i 21 e i 45 anni (50%) e di bambini sotto i 5 anni, che costituiscono il 25% dei ricoveri totali di pazienti non Italiani. Gli africani, così come negli anni precedenti, sono presenti prevalentemente nelle fasce di età adulto-giovanili, anche se negli ultimi anni si sono registrati ricoveri anche a carico delle fasce di età più avanzate.

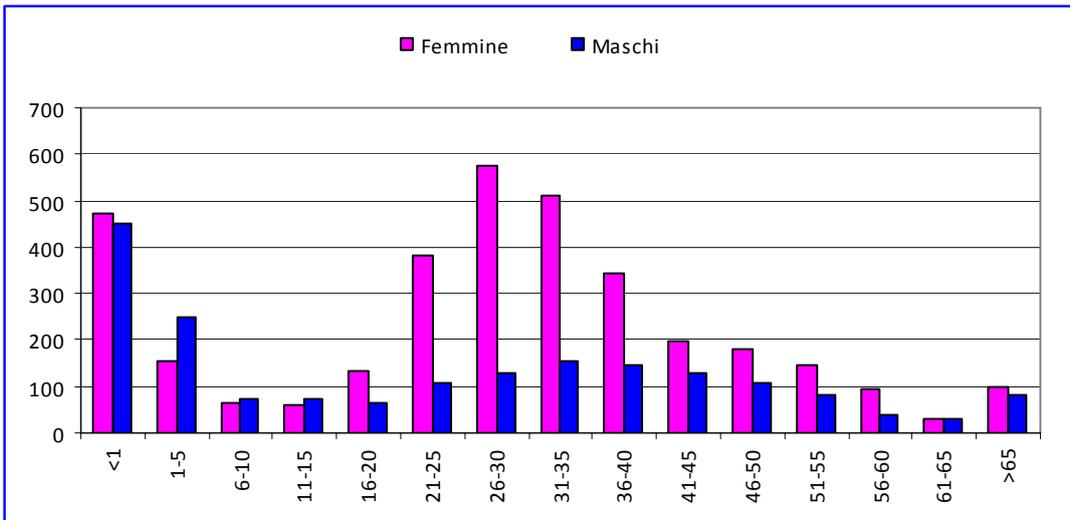
Per quanto riguarda le fasce sopra i 50 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (61%) da popolazioni provenienti dai paesi europei, sia appartenenti all'Unione Europea che non (45%). Da notare comunque che solo l'11% dei pazienti ricoverati stranieri ha un'età superiore a 50 anni.

**Grafico 4 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per macroaree di provenienza e classe di età, anno 2010**



Fonte: Banca dati SDO RER

**Grafico 5 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per classe di età e sesso, anno 2010**



Fonte: Banca dati SDO RER

La distribuzione per sesso vede il 64% dei dimessi di sesso femminile e il 36% di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia adulto-giovanile (21-40), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 34% di tutti i ricoveri. Se si prendono in considerazione i bambini sotto dell'anno di vita e le giovani donne in età fertile, si arriva al 51% dei ricoveri totali.



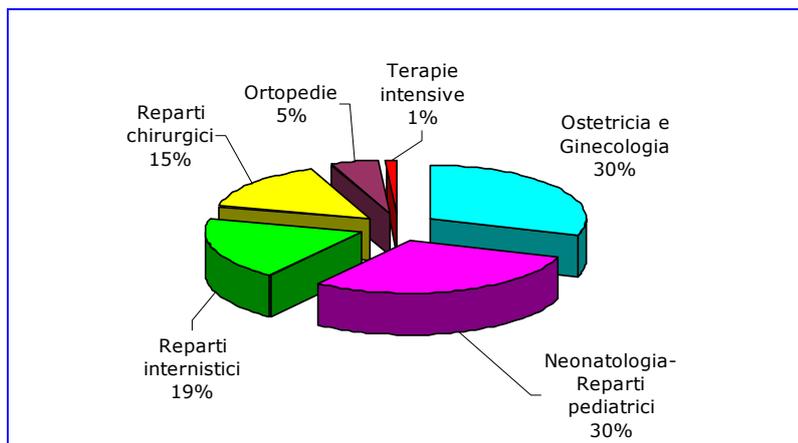
A conferma dei dati sulla prevalenza numerica dei ricoveri riguardanti le giovani donne e i bambini, si evidenzia come anche nel 2010 il reparto in cui è stato registrato il maggior numero di ricoveri è stata l'Ostetricia e Ginecologia (30,32%), seguita dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale), con il 29,6% di tutti i ricoveri. Nell'insieme, i reparti del Dipartimento Materno-Infantile hanno accolto il 60% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

**Tabella 4 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per reparti di dimissione, anno 2010**

Reparti di dimissione	N. casi	%	
Ostetricia e Ginecologia	1.626	30,32%	60%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1.587	29,59%	
Reparti Internistici	1.014	18,90%	
Reparti Chirurgici	807	15,05%	
Ortopedie	269	5,02%	
Terapie intensive	60	1,12%	
Totale	5.363	100,00%	

Un dato interessante riguarda i parti che nel 2010 si sono avuti in cittadine straniera all'interno dell'AOU di Parma, pari a 910, corrispondenti al 32% di tutti i parti (2.844). La maggior parte si sono avuti in donne moldove (13.4%), marocchine (11%), tunisine (8%), nigeriane (6,3%) e romene (6%).

**Grafico 6 Popolazione migrante: reparti di dimissione più frequenti, anno 2010**



**Accessi al Pronto Soccorso**

Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2010 il 15,8% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (13.221). Non è possibile effettuare un confronto rispetto allo scorso anno, in quanto nell'ultima analisi è stata applicata una diversa metodologia di estrazione dei dati (nazionalità invece di Paese di nascita).

Per quanto concerne l'ospedalizzazione, il 7% degli accessi in PS da parte di popolazione migrante è stato ricoverato in un reparto di degenza (17% la percentuale di ricovero su tutti gli accessi), di questi il 25% è stato ricoverato in un reparto medico internistico, il 21% in Medicina d'Urgenza, il 10% nelle Ortopedie, il 9% in Chirurgia d'Urgenza, il 7% alle Malattie Infettive e il 5% nelle terapie intensive.

Tunisia, Moldavia, Marocco, Albania, Romania e Nigeria sono i paesi di provenienza più frequenti degli utenti stranieri che hanno avuto nel 2010 un accesso in Pronto Soccorso.

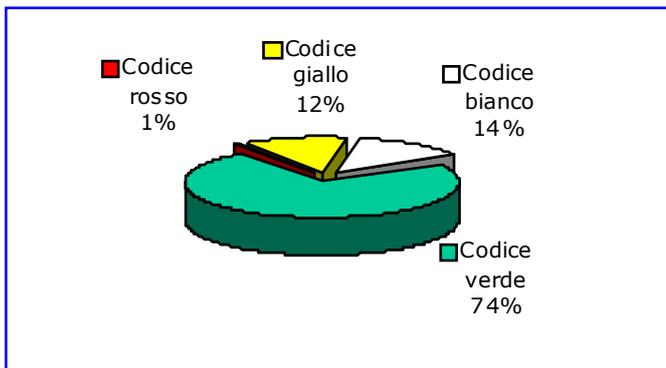


**Tabella 5 Accessi al Pronto Soccorso da parte della popolazione migrante: suddivisione per paese di provenienza, anno 2010**

Paese di provenienza	N. casi	%
TUNISIA	1.510	11,4%
MOLDOVA	1.481	11,2%
MAROCCO	1.449	11,0%
ALBANIA	1.422	10,8%
ROMANIA	1.033	7,8%
NIGERIA	625	4,7%
SENEGAL	418	3,2%

Database interno AOU di Parma

**Grafico 7 Accessi in PS suddivisi per codice colore nella popolazione straniera, anno 2010**



### Sanità multietnica in ospedale - il ruolo degli operatori

La costruzione di una partnership tra cittadini e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e per offrire un'assistenza sociale e sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi di equità, accessibilità ed efficacia.

Nel 2010, il Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagini dell'AOU ha intrapreso un percorso per rafforzare i collegamenti tra i servizi ospedalieri e il territorio, aprire nuovi canali di comunicazione, condividere strategie per dare risposte a nuovi bisogni di salute, rafforzare e rendere stabile il rapporto con coloro che si dedicano al mondo socio-sanitario, affinché il cittadino possa sentirsi accolto nella sua interezza. Il Dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagini è spesso considerato solamente un "contenitore di tecnologia", con obiettivi legati unicamente a efficienza, competenze tecniche, produttività. In realtà si tratta di un punto nodale attraversato da professionisti della salute, cittadini del territorio o di altra provenienza, pazienti: un vero e proprio crogiuolo di esigenze che la tecnologia può contribuire a tradurre.

Obiettivo del percorso intrapreso è quello di far emergere la realtà del Dipartimento e la sua complessità, creando una rete tra soggetti istituzionali, cittadini, associazioni di volontariato, utenza straniera, medicina del territorio per:

- aprire alla comunità;
- orientare sempre più le strategie verso il mondo della "medicina personalizzata" allo scopo di incrementare l'efficacia delle attività svolte;
- attivare sistemi di ascolto e di intervento innovativo rivolti agli utenti e, particolarmente a quelli in condizioni di fragilità o disagiati;
- progettare iniziative comuni per migliorare sviluppare i servizi offerti.

Nel corso del 2010, è stata effettuata all'interno del Dipartimento un'indagine riguardante l'utenza straniera, che si proponeva di analizzare la tipologia delle prestazioni erogate per soggetti stranieri e le principali nazionalità afferenti al Dipartimento. Si è così rilevato che circa 10.000 utenti stranieri accedono ogni anno al Dipartimento per sottoporsi a prestazioni diagnostiche (nel 58% dei casi si tratta di radiologia convenzionale): la maggior parte dei pazienti proviene da Moldavia, Tunisia e Romania. L'analisi si è conclusa con la redazione di un rapporto interno (Stranieri 2010) e l'organizzazione di un



incontro rivolto a tutte le professioni sanitarie (comparto assistenziale, amministrativi, dirigenza medica) sul tema dell'interculturalità, dal titolo "Sanità multietnica in ospedale- il ruolo degli operatori".

L'idea del corso è nata dalla rilevazione delle problematiche emerse durante l'indagine: difficoltà di comprensione tra utente e operatore (legate a lingua e differente approccio alla malattia), scarsa collaborazione del paziente all'esecuzione delle procedure complesse dovuta alle difficoltà di linguistiche, scarsa consapevolezza e quindi ridotta capacità di scelta dell'utente rispetto alla procedura da erogare e ai suoi rischi legata alle difficoltà linguistiche. Durante l'incontro erano presenti anche professionisti in possesso di competenze specifiche sul tema dell'interculturalità (mediatore culturale, sociologo): l'occasione è stata importante per gettare le basi di futuri progetti di sviluppo e collaborazione con gli attori principali del dialogo interculturale.

### **Corso di Perfezionamento in "Psicologia dei processi immigratori per operatori sociali e sanitari"**

È stato attivato per l'A. A. 2009/2010, su proposta del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma, il Corso di Perfezionamento in "Psicologia dei processi immigratori per operatori sociali e sanitari".

Il corso era rivolto agli operatori che lavorano nell'ambito della salute e dei servizi sociali, a psicologi e a tutti coloro che vogliono approfondire le problematiche legate ai rapporti tra popolazione immigrata e servizi del territorio (psicologi e psicoterapeuti, mediatori culturali, operatori dei servizi sociali e sanitari, laureati in psicologia e materie affini, nonché specializzandi di scuole di psicoterapia). L'obiettivo è quello di fornire una approfondita formazione nel campo delle problematiche psicologiche legate ai processi immigratori e ai rapporti tra immigrazione e servizi del territorio, attraverso una prospettiva orientata sia all'approfondimento teorico-metodologico, sia al perfezionamento della pratica professionale in ambiti sanitari e sociali.

Gli insegnamenti previsti hanno inteso:

- allargare le conoscenze teoriche e metodologiche sui processi immigratori utilizzando i più recenti contributi della psicologia culturale e sociale;
- sviluppare le conoscenze teoriche e metodologiche sui concetti di salute/malattia e benessere/malessere nelle diverse culture attraverso i contributi derivanti dagli approcci psicologici, sociologici, epidemiologici e antropologici;
- sviluppare competenze nell'esercizio della pratica professionale in relazione all'utenza immigrata e quindi favorire l'apprendimento di modalità applicative adeguate alle necessità sanitarie e sociali dei migranti.

Per i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono stati riservati 3 posti per la frequenza complessiva del corso e 10 posti per ognuno dei seguenti seminari. Sono stati coinvolti complessivamente 20 professionisti.

- Tortura e salute mentale,
- Violenza, sofferenza e memoria nell'esperienza della migrazione. Modelli di cura nella prospettiva dell'etnopsichiatria critica,
- Tra difese e discriminazioni: dalle immagini preconcepite ai pregiudizi,
- La comunicazione pubblica in una società complessa,
- Essere madri nella migrazione: problematiche psicologiche e sociali,
- L'esperienza del "Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini" di Bologna.

### **Mediazione culturale**

L'impiego della mediazione culturale all'interno di una struttura ospedaliera porta ad agevolare la pratica clinica e, di conseguenza, il lavoro e la sua organizzazione; essa permette di aiutare ammalati e familiari, da una parte, e operatori sanitari dall'altra, riguardo la necessità di comunicare reciprocamente, e contribuisce all'avvicinamento e alla comprensione reciproca di culture diverse.

L'intervento di mediazione culturale all'interno della nostra Azienda ha raggiunto negli ultimi anni una certa stabilità, il cui utilizzo da parte degli operatori sanitari dimostra come sia radicata l'esigenza di comunicare con il malato, non solo per motivi medico-legali, ma anche per una adeguata accoglienza e comunicazione, in grado di ottenere un appropriato Counselling, sia nel percorso di degenza che nel processo della dimissione. Gli operatori stessi segnalano la necessità di comunicare con il paziente e la famiglia, per comprendere la persona nella sua globalità psichica, fisica, sociale e culturale, oltre all'obbligo giuridico e medico-legale: ciò risulta particolarmente vero in caso di ricovero di un minore, sia nella fase diagnostica che terapeutica, che impone la necessità di rapportarsi in modo chiaro ed inequivocabile con chi esercita la potestà genitoriale.



Nel corso del 2010 le ore di utilizzo del servizio di mediazione culturale sono state pari a 359. La maggior parte degli interventi hanno interessato le lingue indiana, punjabi e hindi (152 ore, 42%) e la lingua cinese (140 ore, pari al 39%). Meno rilevante il ricorso alla lingua araba (39 ore, 11%) ed altre lingue: tedesco (13 ore) serbo-croato (15 ore) o idiomi africani.

L'evoluzione a cui assistiamo di anno in anno nel ricorso allo strumento della mediazione è connesso ai cambiamenti che si registrano nella popolazione migrante. Con riferimento all'anno 2010, si sono verificati nell'ambito delle comunità marocchina, tunisina, e indiana molti ricongiungimenti familiari, con l'arrivo di numerose giovani donne in stato di gravidanza.

La comunità indiana è maggiormente radicata nei territori della Comunità Montana e Bassa Parmense, dove viene richiesta mano d'opera nelle campagne e nella cura di bestiame. L'intervento del mediatore è stato prevalentemente richiesto nelle aree ospedaliere di maggior accesso: pronto soccorso, accettazione maternità, area pediatrica, rianimazione e chirurgia d'urgenza. Si sono registrati due casi di malati sottoposti a trapianto di reni.

Nella comunità cinese non emergono variazioni rispetto agli anni passati. L'utilizzo della mediatrice riguarda prevalentemente l'area materno-infantile, mentre nelle altre unità operative è rivolto a persone adulte con gravi patologie o in fase d'urgenza per incidenti stradali.

La comunità araba (Marocco, Tunisia, eccetera) è una comunità stanziale, radicata nel territorio e abbastanza integrata. La mediatrice è stata richiesta quasi esclusivamente dai reparti pediatrici, per la consapevolezza di una adeguata comunicazione ed informazioni ad entrambi i genitori.

### 3.3 Centralità del cittadino

La capacità dell'Azienda di rapportarsi ai propri utilizzatori e di adattarsi alle loro esigenze ponendoli al centro del proprio operare è il profilo sotto il quale assumono rilevanza qualitativa le iniziative riportate in questa parte del volume e che documentano, almeno in parte, lo sforzo compiuto dall'Azienda nel proporre un servizio il più possibile a misura di cittadino.

#### Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti

Il Comitato Consultivo Misto istituito con Legge Regionale n. 19/94 della Regione Emilia Romagna così come modificato dalla Legge Regionale n. 3/99, nasce con la funzione principale di favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale aziendale inerente gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi a disposizione degli utenti con particolare attenzione ai percorsi di accesso.

Il Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è composto da rappresentanti, a livello aziendale, di membri eletti delle Associazioni di tutela e volontariato, da rappresentanti Aziendali o delegati, da un componente dell'Ordine dei Medici e del Comune di Parma.

Funzioni fondamentali del CCM sono:

- assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- sperimentare l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale, che tengano conto di specificità locali ed effettuati con il coinvolgimento degli organismi di partecipazione dell'utenza;
- utilizzare la sperimentazione sulle modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio come attività di ricognizione dell'attuale realtà ospedaliera e del progredire del suo sviluppo.

Nel 2010 il CCM ha vissuto il secondo anno dal suo insediamento ed ha promosso un'approfondita ricognizione della realtà aziendale che ha consentito riflessioni comuni, evidenziato le criticità e stimolato suggerimenti. In accordo e in collaborazione con la Direzione ha avviato una serie di incontri che hanno interessato Dipartimenti e Unità Operative e hanno visto di volta in volta protagonisti, unitamente al CCM, i Direttori delle varie strutture.

Il Comitato Consultivo Misto ha sviluppato e realizzato un programma per visite organizzate, al termine dei lavori, nei diversi edifici in fase di rifacimento dell'Azienda.

Anche nel 2010 ha effettuato un momento di confronto con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche. Si sono affrontate le criticità relative alle indicazioni dei cartelli riguardanti i percorsi e al problema inerente la sosta delle auto all'interno dell'Azienda Ospedaliera. Ha costituito oggetto di esame anche lo stato di avanzamento dei lavori del nuovo Ospedale dei Bambini che suscita attesa nei cittadini.



Il Comitato Consultivo Misto si è inoltre occupato del problema della popolazione straniera, in costante aumento, proponendo l'ausilio di un servizio telefonico in diverse lingue e il potenziamento di mediatori culturali all'interno dei vari reparti e ambulatori dell'Azienda.

### Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Si è concluso nell'anno 2010 il progetto per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, curato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in collaborazione con l'Ufficio Coordinamento Attività Specialistica Ambulatoriale ed il Servizio attività tecniche e logistiche.

Sono stati realizzati i seguenti interventi:

- elaborazione di idoneo strumento in linea con la nuova segnaletica, da consegnare al cittadino al momento della prenotazione CUP, contenente precise indicazioni sul percorso più breve e più semplice da utilizzare per facilitare l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali, iniziando dall'ingresso più vicino da cui accedere fino all'ubicazione esatta della struttura erogante la prestazione, avvalendosi dei percorsi cromaticamente segnalati. Nella scheda di orientamento è stata inserita anche l'informazione relativa al bus navetta ed al numero verde per prenotazioni e disdette 800219978 (già pubblicizzato nella prima pagina delle prenotazioni);
- adeguamento di tutti gli indirizzi delle agende specialistiche contenute nella banca dati CUP, nel rispetto della nuova denominazione dei padiglioni evidenziando l'accesso più vicino all'ambulatorio;
- semplificazione della denominazione degli ambulatori allo scopo di facilitarne la lettura e la relativa comprensione.

Nella prima pagina delle prenotazioni, attentamente analizzata anche tenendo conto delle diverse tipologie di richieste che giungevano all'U.R.P., è stata inserita la frase "per raggiungere l'ambulatorio: vedi percorso allegato" in sostituzione dell'indicazione della sede legale dell'Azienda, che era fuorviante e ingannevole e che, peraltro, è già citata nell'intestazione.

È stato inoltre integrato, con le nuove modalità di pagamento (modulo MAV e on-line), l'allegato informativo che viene stampato al momento della prenotazione.

Nel corso del 2010, è stato effettuato un monitoraggio continuo delle segnalazioni specifiche giunte all'U.R.P., dal quale è emerso che le segnalazioni relative a problematiche correlate alla segnaletica sono pressoché nulle.

### Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva

Nell'anno 2010, l'Unità di Cardiocirurgia Terapia Intensiva ha proseguito il percorso di formazione del personale e di revisione dei modelli organizzativo-assistenziali al fine di fornire, ai professionisti che operano nella terapia intensiva, strumenti di presa in carico/prendersi cura, di fronte soprattutto alle tematiche del dolore e della morte.

Tali azioni sono state definite nell'ambito del percorso "Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva", già attivo da diversi anni, che pone particolare attenzione sia ai bisogni del malato, sia al rapporto con i familiari o caregiver (persone di riferimento), articolandosi nel progetto interno chiamato "Percorsi del Prendersi Cura", e in piena sintonia con gli obiettivi dello specifico programma sperimentale del modello assistenziale "Terapie Intensive Aperte" promosso dalla Regione Emilia-Romagna, che si propone di formare il personale alla gestione di un diverso modello di comunicazione con i familiari o caregiver anche nei momenti di particolare criticità o di lutto e alla accettazione della morte, nonché di assorbire l'impatto organizzativo dell'ampliamento dell'orario di apertura alla visita parenti, previsto per il 2011.

Il Progetto, che vede coinvolte tutte le figure sanitarie dell'Unità Operativa, ha sviluppato ed approfondito, con esperti, alcune tematiche d'interesse. Nella seconda parte del corso, iniziato nel febbraio 2010, sono state effettuate 100 ore di formazione (lezioni frontali, role playing, focus group, ma anche Cicli Esperienza - attraverso esperienze personali vissute nel gruppo - ossia esercitazioni in coppia, in piccoli gruppi, in grande gruppo, elaborazione dell'esperienza nel grande gruppo, trasformazione dell'esperienza in conoscenza degli altri attraverso la costruzione condivisa di esperienza e elaborazione di nuove prospettive di modalità di lavoro attraverso la discussione di materiale proposto dai conduttori, eccetera), che hanno coinvolto tutto il personale: Cardiocirurghi, Medici Intensivisti (3), Coordinatore, Infermieri (24), OSS (6).

Di seguito viene brevemente presentato il percorso formativo, che ha condotto:

- alla produzione, nell'ambito lavori di gruppo, di materiale informativo e di supporto ai parenti per introdurli all'"arte di rendere visita al malato";
- alla elaborazione di un poster con contenuti che propongono spunti di riflessione positiva anche con riferimento ai momenti legati al lutto;
- all'elaborazione e consegna dei "testimonial" ai parenti dei pazienti defunti
- alla visita al centro di rianimazione dell'AUSL 4 Torino nord, in quanto è un centro di Terapia Intensiva che ha aperto le porte ai parenti H24.



#### MODULO DI INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE (per un totale di 12 ore):

Il corso è stato progettato per proporre una riflessione circa la cura del dolore, analizzando il dolore come manifestazione bio-psico-sociale e prendendo poi in esame i diversi metodi valutativi attualmente in uso nei luoghi di cura per arrivare a dimostrare come la percezione del dolore dipenda da una serie di fattori riconducibili non solo alla sfera fisica psichica e cognitiva, ma anche all'esperienza culturale e sociale e all'ambiente di vita.

Obiettivi di approfondimento sono stati: le conoscenze relative al dolore del paziente con particolare attenzione al linguaggio del corpo nelle manifestazioni di dolore e l'utilizzo delle scale di valutazione del dolore per oggettivare il dolore percepito; la riflessione e la consapevolezza del proprio agire professionale nei confronti del dolore incontrato; la capacità di lettura dei bisogni della persona/paziente relativi alle manifestazioni di dolore, la riflessione sulle modalità comunicative attivate attraverso il corpo sofferente.

Il dolore è intimo, ma anche impregnato di sociale, di culturale; è il frutto di un'educazione, non sfugge al legame sociale ma è, forse prima di ogni altra cosa, esperienza di relazione. È proprio in questa dimensione che i professionisti della cura sono chiamati a misurarsi nella quotidianità per rispondere in maniera efficace ai bisogni delle persone incontrate nel percorso di cura.

**MODULO DI BIOETICA (per un totale di 12 ore)** centrato su Fondamenti generali di Bioetica; principi: Autonomia Beneficenza Giustizia; il dibattito etico sugli interventi terapeutici in terapia intensiva; il diritto alla vita e il diritto alla morte dignitosa; dall'ostinazione all'abbandono terapeutico; il limite nelle cure in terapia intensiva.

**MODULO IN COMPRESENZA CON DOCENTI DI TANATOLOGIA, DEMO-ETNO-ANTROPOLOGIA e BIOETICA (8 ore):** modulo interattivo sul tema del testamento biologico, allo scopo di condividere con le diverse discipline diversi punti di vista e fornire ai professionisti nozione della normativa vigente sul territorio nazionale e una visione personale circa la tematica.

**MODULO dedicato alla relazione (32 ore): L'INCONTRO SULLA SCENA DELLA UNITA' OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA E CARDIOCHIRURGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA: PROTAGONISTI E IMMAGINI**

La formazione è stata strutturata considerando l'articolarsi di relazioni in gioco in cui è coinvolto il personale, che tiene conto dei vissuti sia dei pazienti che dei familiari che degli operatori sanitari stessi. Nella nostra prospettiva diventa importante che le persone coinvolte in un'équipe di lavoro siano sostenute da un lavoro di gruppo che permetta loro di confrontarsi sulle difficoltà e sulle diverse possibilità di muoversi in questa vasta quantità di relazioni.

Il progetto si inserisce nelle tre dimensioni maggiormente sensibili rispetto alle difficoltà vissute dagli operatori:

- le relazioni interpersonali tra membri dell'équipe;
- la relazione tra personale curante e assistiti (ruolo professionale);
- il raggiungimento di adeguato benessere per ogni singolo componente del gruppo di lavoro.

Presupposto del percorso formativo risiede nel fornire un sostegno agli operatori dell'équipe per facilitarli nella costruzione di un percorso che non è centrato sul lavoro in sé bensì rivolto alla promozione del loro benessere personale, relazionale e lavorativo e della scoperta di nuove prospettive all'interno del proprio ruolo professionale, che possano permettere di non sentire "l'affanno delle emozioni" suscitate dagli eventi che accadono, a cui far fronte quotidianamente.

Le varie fasi che non vanno interpretate come step, bensì come processi contemporaneamente presenti su cui si è concentrato il lavoro, sono:

- costruzione di un ruolo personale all'interno del gruppo di lavoro;
- costruzione di alternative nel giocare un ruolo nelle relazioni con i membri del gruppo;
- costruzione e conoscenza dei ruoli professionali dei membri del gruppo;
- costruzione di alternative nel giocare un ruolo professionale tra membri del gruppo di lavoro;



- costruzione di alternative del gruppo di lavoro nel giocare un ruolo con le persone ospiti del reparto e con i familiari con cui lavorano i partecipanti al gruppo.

Sono obiettivi specifici:

- Favorire il benessere individuale degli operatori socio-sanitari esplorando, in modo particolare, la sofferenza e fatica del tipo di lavoro;
- Favorire la comunicazione costruttiva dei membri del gruppo;
- Favorire una riflessione sul proprio ruolo professionale e sul proprio agire professionale all'interno del gruppo e con le persone assistite e con i familiari
- Favorire l'esplorazione di alternative sia personali che di gruppo rispetto al ruolo professionale
- Favorire il gruppo nel costruirsi come risorsa attiva nell'attività lavorativa e nelle nuove esperienze

**MODULO CON TANATOLOGA (40 ore) Approfondimenti sulle pratiche di accompagnamento di accompagnamento empatico al dolore e alla morte:**

**ASCOLTARE:** le tecniche di ascolto empatico, dallo stato meditativo;

**DIRE:** parlare della morte con il morente e con la famiglia: approcci comunicativi dallo stato meditativo; la comunicazione "sana" improntata a Carl Simonton; tecniche aptonomiche (M. De Hennezel) di comunicazione empatica; Come comunicare con famigliari di pazienti morenti in giovane età. Esposizione di problemi comunicativi riscontrati e assegnazione dei lavori di gruppo.

**FARE:**Laboratorio: applicazione delle soluzioni trovate dai gruppi di lavoro sulle istanze comunicative difficili; simulazione con casi di particolare costrizione comunicativa

**IL PRE LUTTO**

**IL MOMENTO DEL LUTTO** l'approccio empatico a morte avvenuta

Accompagnamento del lutto della famiglia del paziente. Metodiche applicabili in ospedale: ritualità semplici e universali; la tecnica del "testimonial"; "fare per l'altro".

Il lutto dell'équipe terapeutica: lutti accumulati.

Come detto, parte della formazione è stata dedicata a lavori di gruppo allo scopo di produrre:

- un **opuscolo** di orientamento dedicato ai parenti dei pazienti degenti in Terapia Intensiva per introdurli "all'arte di rendere visita" al proprio congiunto, informandoli circa i comportamenti corretti da tenere in Terapia Intensiva.

Il concetto chiave è: ingresso più aperto, ma non senza regole che servono allo scopo di tutelare il parente, il paziente, ma anche gli altri degenti. Dare quante più informazioni possibili a persone che normalmente non vivono questo tipo di ambiente serve ad abbassare in loro il livello di ansia, ad essere pronti ad affrontare un ambiente molto diverso dai normali reparti di degenza e che spesso incute timore e ansia, che rischiano di far spostare l'attenzione dalla visita "all'ispezionare" sospettosamente tutto e tutti. Informare rende anche più comprensivi e collaborativi i parenti se qualche volta viene chiesto loro di uscire, o se si è costretti ad eseguire manovre sul proprio parente. Sono inoltre stati preparati una serie di poster che racchiudono una raccolta di pensieri di pazienti che hanno vissuto la Terapia Intensiva.

- un **poster**, frutto della rielaborazione del testo di Christine Longaker, "Finding hope facing death", realizzato dal personale del reparto con la supervisione della docente di tanatologia, con lo scopo di dare voce ad un argomento "tabù" soprattutto nei reparti di T.I., in un modo diverso dal solito: è il paziente in prima persona che esprime le proprie emozioni in merito al momento della morte.

Il cambiamento organizzativo prodotto con l'elaborazione del poster, come peraltro dell'opuscolo, è di tipo qualitativo sull'assistenza; l'accompagnamento empatico dei pazienti e dei loro parenti è uno degli obiettivi che ci era prefissati. Il personale formato ha saputo farsi carico della sofferenza dei pazienti e dei loro parenti creando una rete di solidarietà che è molto apprezzata. I parenti hanno espresso vivo apprezzamento anche nei momenti più tragici del loro percorso in quanto si sono sentiti "accolti" dal personale sanitario non solo nelle normali funzioni, ma anche nella loro sofferenza. L'équipe ha saputo rielaborare i lutti dei propri pazienti non vivendoli più come una sconfitta personale, ma come un'inevitabile percorso della vita.

- **TESTIMONIAL:** i testimonial sono pensieri, poesie, racconti scritti da personaggi famosi della letteratura, che in qualche modo affrontano il tema della morte in chiave positiva, sono un messaggio di speranza. Il percorso di accompagnamento è anche la creazione di un legame tra il personale ed pazienti/parenti, che è rafforzato dalla situazione di sofferenza in cui una delle parti si trova, la speranza, il riuscire a "vedere" oltre la tragicità dell'evento fa parte del processo di rielaborazione del lutto, cosa che molto spesso accade a posteriori ed è per questo motivo che i



“testimonial” vengono donati dal personale dell’unità operativa ai parenti dei pazienti con i quali si creato questo tipo di legame.

L’apprezzamento è manifestato dalle tante segnalazioni positive presso l’URP, e dagli articoli pubblicati sulla stampa locale in segno di ringraziamento per le attenzioni ricevute, che vengono raccolti in una carpetta di reparto.

- o La visita a Torino è stata organizzata in collaborazione con l’AUSL di Torino e si è svolta tra ottobre e novembre 2010, ha avuto lo scopo di poter avere un confronto concreto con colleghi, medici e infermieri che vivono la realtà della rianimazione aperta da circa 5 anni. All’iniziativa hanno preso parte la maggior parte del personale che opera in T.I. Cardiochirurgia.

### Ospedale-Territorio senza dolore

Con la legge 38/2010 e con le successive indicazioni della Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione, nota del 15 aprile 2010 (Prot. 2010/105913), si è introdotto l’obbligo di implementare il monitoraggio del dolore (Scala numerica NRS) in cartella clinica. Secondo indicazioni regionali, si prevede che le Aziende effettuassero, nei reparti, controlli periodici della registrazione giornaliera del dolore in cartella clinica.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si era già attivata ad operare un censimento delle unità operative che adottassero, in cartella clinica, la rilevazione e monitoraggio del dolore.

Le Unità operative di Chirurgia hanno adottato in cartella clinica la “Scheda di Terapia” che rileva anche la scala del dolore, la sede, tipologia e terapia dello stesso. Il lavoro è stato il frutto di un Gruppo di lavoro che ha visto la collaborazione delle Unità Operative dei Dipartimenti Chirurgico e di Emergenza Urgenza (U.O. di Anestesia e Terapia Antalgica).

Scale per il Dolore (NOPAIN e VAS) sono utilizzate anche in area medica presso le Unità Operative di Geriatria e Lungodegenze, nonché Medicina Riabilitativa, Oncologia Medica ed Ematologia, Anestesia e Terapia Antalgica, che utilizzano le scale suddette ed operano il monitoraggio del dolore.

Inoltre, l’art. 10 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore” modifica le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, dando continuità al processo di semplificazione avviato con l’ordinanza 16 giugno 2009. L’Azienda si è adeguata emanando indicazioni come previsto dalla norma di legge al riguardo di farmaci stupefacenti inseriti nella tabella II Sezione D.

Per diffondere quanto previsto dagli articoli della legge regionale 38/2010, nel giugno 2010 è stato proposto agli operatori sanitari un evento formativo, in due sezioni, in cui si tratta come primo argomento la “Detabellizzazione del farmaci stupefacenti” e di seguito le raccomandazione sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica.

## **3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale**

### Gestione del rischio

#### **Rischio clinico**

Le cure chirurgiche stanno assumendo un impatto sempre maggiore in termini di sanità pubblica: infatti si stima che ogni anno nel mondo vengano effettuati 234 milioni di interventi chirurgici e che, nei paesi industrializzati, a questi si associno tassi di complicanze post-operatorie compresi tra il 3 e il 17% e tassi di mortalità compresi tra lo 0,4 e 0,8% . Dalla letteratura si evince inoltre che quasi la metà di questi eventi avversi sono evitabili (Alex B. Haynes et al NEJM 2009:360; 491:499).

Il programma “Safe Surgery Saves Lives”, lanciato nel 2008 dalla World Health Organization (W.H.O). si prefigge l’obiettivo generale di migliorare la sicurezza delle cure chirurgiche, definendo un insieme di standard minimi universalmente applicabili, che contribuiscano a generare un ambiente chirurgico sicuro e a migliorare sia l’accesso che la cura dei pazienti chirurgici.

Nell’ottobre del 2009 il Ministero ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria che propone raccomandazioni in materia e una check list per verificare l’applicazione delle buone pratiche per la sicurezza elaborate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nell’ambito del programma “Safe Surgery Saves Lives”.

Nella nostra Regione un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da diverse figure professionali (anestesisti, chirurghi, infermieri di sala operatoria, medici di direzione sanitaria), coordinato dell’Area Accreditamento e Qualità dell’Agenzia Sanitaria e Sociale, ha provveduto ad effettuare una lettura del



documento ministeriale e, recependone i contenuti, ha introdotto adattamenti per il contesto operativo Regionale giungendo all’emanazione a Febbraio 2010 delle Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria

A marzo 2010 è stato proposto alle Aziende il progetto regionale SOS.net, con l’obiettivo generale di aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche attraverso la diffusione dell’utilizzo della SSCL nelle sale operatore degli ospedali della RER e l’applicazione delle raccomandazioni di sicurezza.

Attraverso azioni di networking il progetto intende inoltre promuovere una co-operazione e una sinergia tra le strutture e gli operatori coinvolti nella erogazione delle procedure chirurgiche.

Allo scopo è inoltre attivo un sito regionale all’indirizzo <https://sosnet-rer.it/>.

Nel corso del 2010, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha aderito al progetto regionale SOS.Net.

Le fasi di realizzazione del progetto aziendale sono state:

- Assegnazione all’Ufficio Qualità’ del coordinamento del progetto a livello aziendale
- Individuazione dei referenti che partecipano alla rete regionale identificati nelle seguenti figure:
  - 2 anestesisti, uno appartenente alla SC 1° Anestesia e Rianimazione, uno appartenente alla SC 2° Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica,
  - 2 chirurghi: uno appartenente al dipartimento Testa Collo, uno appartenente al Dipartimento Emergenza Urgenza
  - 2 coordinatori: comparto operatorio 3° piano Corpo A Pad monoblocco, uno per le sale Neurochirurgia e Oculistica e uno per le sale Chirurgia d’urgenza, Urologia
  - 1 medico di direzione Sanitaria di Presidio
  - 1 referente per la gestione del rischio
  - 2 referenti dell’Ufficio Qualità
  - 1 operatore del Servizio Informativo Aziendale
- Individuazione di un gruppo di referenti per ogni blocco operatorio dell’Azienda composto da:
  - 1 medico anestesista
  - 1 medico chirurgo
  - 1 coordinatore infermieristico
  - 1 infermiere
  - 1 OSS
- Diffusione delle raccomandazioni regionali nei blocchi operatori.
- Realizzazione di un progetto per l’analisi dell’applicazione delle raccomandazioni regionali all’interno dei blocchi operatori.
- Avvio di una fase di sperimentazione dell’applicazione della check list di sicurezza nelle U.O Chirurgia Toracica, Urologia, Cardiocirurgia.
- Analisi per l’integrazione dei dati di registrazione delle deviazioni standard nel registro operatorio.

In particolare il progetto per la valutazione del livello di applicazione delle raccomandazioni regionali all’interno dei blocchi operatori aveva lo scopo di analizzare la situazione in essere e di identificare eventuali aree di miglioramento con necessità di definizione o aggiornamento di documentazione/procedure a livello Aziendale, di U.O. o Blocco operatorio .

Il gruppo di referenti aziendali ha preso in esame ogni singolo obiettivo (in totale 16) delle raccomandazioni, trasformando le azioni previste in altrettante domande, sotto forma di check list. Il risultato sono state 16 check list per un totale complessivo di 162 domande in grado di esplorare le attività riguardanti la sicurezza del processo chirurgico.

Le check list sono state inviate a tutti i blocchi operatori dell’Azienda dove i professionisti individuati come referenti hanno risposto con si, se l’aspetto indagato era completamente applicato, no, o parzialmente applicato. Sono state previste anche delle note a margine della domanda.

L’ufficio Qualità ha elaborato le risposte tenendo anche in considerazione le note e le domande senza risposta.

Nelle tabelle sono riportati gli obiettivi che compongono le raccomandazioni regionali e le percentuali

Percentuale generale ( tutti i blocchi operatori) sul totale degli obiettivi	Si %	NO %	Parzialm Applic %	Manca dato
	75,98	10,15	11,20	2,5



Singoli obiettivi	Si %	NO %	Parzialm Applic %	Manca dato
1-Operare il paziente corretto ed il sito corretto	71,11	14,44	14,44	0
2 Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico	81,75	9,52	8,73	0
3-Identificare in modo corretto i campioni chirurgici.	76,67	7,78	13,33	1,11
4 Preparare e posizionare in modo corretto il paziente.	84,13	4,76	11,11	0
5 Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali	93,65	2,65	3,17	0,53
6 Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria.	94,44	0	5,56	0
7 Controllare e gestire il rischio emorragico.	69,14	17,28	12,35	0
8 Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica	77,46	12,68	5,63	4,23
9 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio.	79,63	14,81	5,56	0
10 Prevenire il tromboembolismo postoperatorio.	71,11	22,22	6,67	0
11 Prevenire le infezioni del sito chirurgico.	75,72	12,76	9,88	1,65
12 Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria.	83,33	1,85	14,81	0
13 Gestire in modo corretto il programma operatorio.	54,70	23,93	21,37	0
14 Garantire la corretta redazione del registro operatorio.	77,78	11,11	11,11	0
15 Garantire una corretta documentazione anestesiologicala.	87,04	5,56	7,41	0
16 Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria.	29,63	14,81	14,81	40,74

Il gruppo aziendale ha analizzato i risultati individuando alcune aree di miglioramento risultate comuni ai Blocchi operatori che si riassumono in :

*Comunicazione:*

Necessità di migliorare e promuovere un efficace processo di comunicazione sia a livello aziendale che di U.O;

Necessità di maggiore diffusione/condivisione dei documenti aziendali (linee guida, regolamenti già esistenti, eccetera).

*Processo assistenziale*

Definire o aggiornare linee guida o procedure comuni per tutti i blocchi operatori riguardanti la procedura di identificazione del paziente, la prevenzione il tromboembolismo postoperatorio, la prevenzione e la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico, il controllo e la gestione del rischio emorragico ed eventuali procedure specifiche dei blocchi operatori.

*Migliorare la gestione della programmazione settimanale e quotidiana della seduta operatoria*

in particolare per il comparto ortopedia

*Misurazione della qualità dell'attività in sala operatoria*

È risultata molto evidente la necessità di disporre e rendere noto a tutto il personale di un set i indicatori aziendali utilizzati per la valutazione della qualità definiti a livello regionale.

Rispetto all'obiettivo "Prevenire le infezioni del sito chirurgico" è stato avviato il progetto aziendale per l'adesione al progetto regionale SichER che si va ad integrare nell'obiettivo 11.

Il risultato di questo progetto così come i dati sulla sperimentazione della check list di sicurezza (SSCL), sono stati presentati il 12 novembre 2010 nel corso della presentazione del progetto a tutte le UU.OO chirurgiche dell'Azienda che saranno coinvolte progressivamente nel corso del 2011 con la partecipazione del Responsabile organizzativo Area Accreditamento e Qualità della Regione.

Per quanto riguarda le azioni di miglioramento, alcune di queste sono state programmate in coerenza con quanto definito dalla D.G.R. 1706 /2009" Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio" in particolare per quanto riguarda la procedura per la corretta identificazione del paziente, e la profilassi antitromboembolica e antibiotica in chirurgia.

Sempre in coerenza con quanto definito nella D.G.R. 1706/2009, nell'ambito del Progetto" Nuovo Ospedale dei Bambini", è stato attivato un gruppo di lavoro allo scopo di costruire uno schema di Foglio



Unico di Terapia applicabile a livello dipartimentale per l'area pediatrica. La finalità è di ridurre gli eventi avversi da somministrazione, garantire la sicurezza del bambino, attraverso la condivisione di modalità di comportamento, l'individuazione delle responsabilità nella prescrizione e nella somministrazione terapeutica consentendo la tracciabilità delle prescrizioni (cartella clinica/documentazione infermieristica), favorendo complessivamente la collaborazione multidisciplinare.

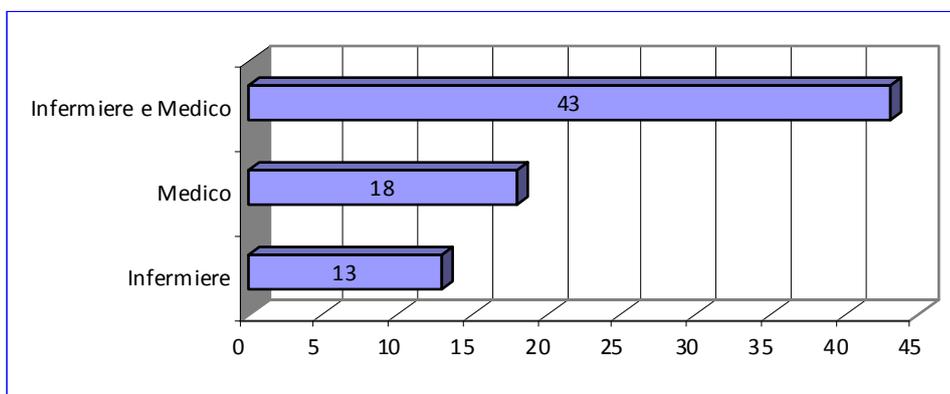
*"Sicurezza nella terapia farmacologia: La Ricognizione premessa alla prescrizione"*

Nel marzo 2010 è stata diffusa la Raccomandazione "Sicurezza nella terapia farmacologia: La Ricognizione premessa alla Prescrizione", elaborata dal Gruppo Regionale sul Rischio Clinico da farmaci. La raccomandazione riconosce l'importanza di una puntuale conoscenza della terapia assunta dal paziente al domicilio al fine di una corretta prosecuzione delle cure e fornisce una serie di indicazioni utili alla realizzazione di una procedura che abbia come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle prescrizioni terapeutiche. La raccomandazione ha stimolato una riflessione ed una analisi critica delle procedure adottate nelle unità operative dell'Azienda. Nel mese di giugno è stata condotta un'indagine che ha previsto la somministrazione, ai Coordinatori, di un questionario per indagare l'aderenza delle modalità utilizzate nelle unità operative, alle indicazioni contenute nella raccomandazione regionale. Le domande del questionario sono relative a: quale professionista effettua la ricognizione, con quali strumenti e quali dati vengono raccolti. In particolare sono stati indagati gli aspetti relativi allo strumento utilizzato, in quanto elemento importante che garantisce la completezza delle informazioni e la loro tracciabilità. Sono stati compilati 74 questionari riferibili ad unità operative di degenza, Day Hospital e altri setting di cura che necessitano di una puntuale conoscenza della terapia assunta dal paziente. Dai dati ricavati si evidenzia che le informazioni, abitualmente registrate nella ricognizione, sono complete per quanto riguarda il nome del farmaco, il dosaggio, la forma farmaceutica, la dose giornaliera, la via di somministrazione, la modalità di assunzione, la presenza di allergie e gli effetti indesiderati. Tuttavia, nella maggioranza dei casi, non vengono rilevati dati importanti quali: i parametri antropometrici del paziente, le informazioni circa l'ultima dose di farmaco assunta, la fonte delle informazioni, i prodotti assunti liberamente senza prescrizione medica.

Gli strumenti utilizzati per la ricognizione non sono omogenei tra le diverse unità operative e non sono presenti in Azienda strumenti strutturati che possano guidare il professionista favorendo la rilevazione di tutti i dati necessari per la successiva prescrizione.

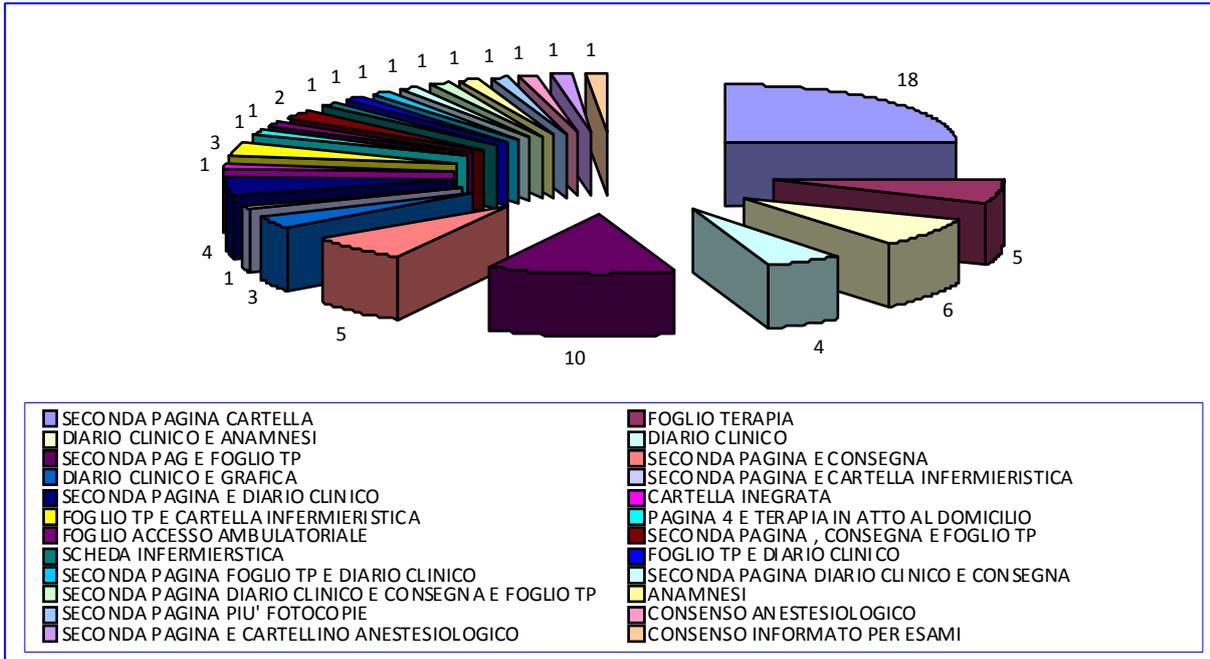
Spesso la ricognizione viene effettuata da più operatori con l'utilizzo di diversi strumenti o annotazioni in differenti parti della cartella clinica, determinando sovrapposizioni di dati e inutili ridondanze. Si è ritenuto quindi di elaborare uno strumento condiviso ed uniforme per tutte le articolazioni aziendali, al fine di ottenere informazioni complete ed accurate, utili per migliorare la sicurezza della successiva prescrizione. La sperimentazione della scheda ha avuto inizio nel dicembre 2010 la successiva validazione consentirà la diffusione progressiva nelle unità operative.

**Grafico 8 Chi effettua la ricognizione**





**Grafico 9 Difformità degli strumenti utilizzati**



### Gestione del contenzioso

All'interno della Azienda il processo di ascolto e mediazione dei conflitti è una realtà consolidata. Esso è garantito dalla esistenza di un Gruppo di Mediazione costituito da tre dipendenti (il Responsabile del Settore Medico Legale, la Responsabile dell'URP e una impiegata dello stesso ufficio) ed anche nel corso del 2010 il Gruppo ha condotto interventi di mediazione del conflitto coinvolgenti utenti e professionisti sanitari dell'Azienda. Le procedure di attivazione del percorso di mediazione sono state oggetto di revisione anche nell'ottica di assicurare un monitoraggio della qualità, efficacia e frequenza delle azioni svolte.

In un'ottica di corretta gestione della sinistrosità ospedaliera, il Settore Medico Legale aziendale mantiene l'implementazione dei rapporti di interazione e collaborazione con le Unità Operative i cui professionisti sono coinvolti nella gestione valutativa dei sinistri denunciati alla Compagnia Assicuratrice e nelle successive fasi di contenzioso giudiziario.

L'attività del Settore Medico Legale si è ormai consolidata nel corso degli anni ed è precipuamente indirizzata alla cogestione assicurativa del contenzioso. In particolare specifici accordi con la Compagnia Assicuratrice consentono una istruttoria medico legale completa di visita del paziente che ha presentato richiesta risarcitoria e successiva valutazione medico legale del caso con parere motivato sia sull'an che sul quantum del caso specifico. Il successivo iter risarcitorio prevede la condivisione della decisione (liquidazione del danno o resistenza in giudizio) con l'Ufficio Legale e il Centro Liquidazione Danni della Compagnia in sede di Commissione Valutazione Sinistri. Il Settore Medico Legale, inoltre, attraverso l'istituto della Pronta Disponibilità garantisce un servizio ininterrotto di supporto e consulenza ai professionisti nella risoluzione di problemi specifici.

I reclami vengono monitorati al fine di valutare anche le problematiche di non stretta pertinenza tecnico professionale, intervenendo mediante i processi di ascolto e mediazione al fine di migliorare e risolvere le problematiche relazionali evidenziate.

L'Azienda, attraverso il Settore Medico Legale, partecipa al sottoprogetto regionale "Malpractice claims dataset and policy" finalizzato alla implementazione del database regionale inerente i sinistri sanitari e alla creazione di un "Minimum data set" per informazioni inerenti la sinistrosità sanitaria regionale da inviare al Ministero della Salute. Tali dati consentiranno anche di mappare meglio la sinistrosità aziendale in termini di frequenza, gravità e luogo di occorrenza.

La revisione della procedura inerente la corretta acquisizione del consenso informato è stata ultimata e pubblicata, a partire dal gennaio 2010, sul sito Intranet Aziendale così da renderla fruibile agli operatori. Sono state rese fruibili attraverso la rete Intranet aziendale specifiche Linee Guida inerenti la corretta gestione della cartella clinica, mutate dal DGR 1706/2009. Sono stati calendarizzati eventi formativi inerenti la corretta gestione delle cartelle cliniche, la corretta applicazione della normativa privacy in



ambito ospedaliero sia, infine, aspetti medico legali specifici (ad esempio contenzione, consenso informato, eccetera).

### L'accreditamento

Nel corso del 2010, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha sostenuto l'attività finalizzata alle rivisite di accreditamento previste dopo quattro anni dalla data di rilascio dei decreti (dicembre 2006 per i dipartimenti Chirurgico ed Emergenza-Urgenza e febbraio 2007 per i dipartimenti ex Cuore e Neuroscienze).

La normativa regionale prevede che la domanda di rinnovo sia inviata sei mesi prima della data di scadenza dei decreti e che questa sia corredata del manuale qualità del dipartimento e della documentazione che consente di identificare le attività, i livelli di responsabilità e le risorse.

L'Ufficio Qualità Aziendale ha supportato i quattro dipartimenti in un lavoro articolato su due filoni strettamente integrati riguardanti:

- la predisposizione di tutta la documentazione da allegare alla domanda di rinnovo;
- l'aggiornamento del manuale ma soprattutto una riflessione sull'evoluzione intercorsa nei dipartimenti dalla prima visita nel 2006 al momento attuale e la produzione della documentazione utile a darne evidenza.

Contestualmente sono proseguite le attività di supporto e ai fini dello sviluppo del percorso di accreditamento, rivolte ai dipartimenti Materno Infantile, Diagnostica di Laboratorio e Medico Polispecialistico 1 divenuto poi Onco-Ematologico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che dispone di una rete di facilitatori/valutatori per l'accreditamento, si è resa disponibile, nell'ambito del piano di formazione per il mantenimento delle competenze dei valutatori programmato a livello regionale, a realizzare in loco un evento formativo, proposto dall'area Accreditamento regionale su: "L'accreditamento e il controllo delle infezioni ospedaliere", realizzato a giugno 2010.

L'evento ha avuto lo scopo di formare i valutatori regionali con l'obiettivo di facilitare il loro lavoro nel processo di accreditamento delle strutture sanitarie e di migliorare l'adeguatezza della valutazione. Il corso era rivolto anche ad approfondire le tematiche emergenti e/o oggetto di progetti regionali (infezioni correlate all'assistenza, valutazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, eccetera) con elementi di collegamento con l'accreditamento. dove i destinatari sono visti nella duplice veste di Valutatori dell'accreditamento e di professionisti che operano quotidianamente nelle realtà sanitarie del territorio regionale.

A questo proposito si aggiunge, nell'ambito della gestione del rischio, l'adesione dell'Azienda al progetto regionale SOS.net. Il progetto ha lo scopo di realizzare un network per il monitoraggio e la misura degli outcomes all'interno delle Sale Operatorie e all'implementazione della della surgical safety check list (SSCL) negli ospedali della Regione Emilia Romagna ai fini della valutazione delle ricadute sulla sicurezza del processo chirurgico.

Le fasi del relativo progetto aziendale attuate nel 2010 sono state:

1. individuazione del coordinamento a livello aziendale assegnato all'Ufficio Qualità;
2. individuazione dei referenti che partecipano alla rete regionale: 2 anestesisti, 2 chirurghi: 2 coordinatori dei blocchi operatori, 1 Referente per la gestione del rischio, 1 Referente di Direzione Sanitaria. 2 referenti dell'Ufficio Qualità, 1 Referente per la gestione dei dati Servizio Informativo Aziendale;
3. analisi delle Raccomandazioni Regionali per la sicurezza in SO e individuazione delle procedure necessarie;
4. individuazione delle aree di debolezza;
5. diffusione del progetto a tutta l'Azienda;
6. avvio della sperimentazione in tre sale operatorie (Urologia, Chirurgia toracica, Cardiochirurgia);
7. analisi delle modalità di integrazione dell'applicativo fornito dalla Regione nel registro operatorio al fine della rilevazione delle deviazioni standard.

In merito all'applicazione delle indicazioni contenute nella D.G.R. 1706/2009. "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio" al fine di integrare nella documentazione per l'accreditamento la documentazione per la gestione del rischio sono state individuate le procedure aziendali/dipartimentali/di unità operativa che necessitano di essere adeguate rispetto a quanto indicato nelle raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria.



In riferimento alla D.G.R. 1706/2009 e all' introduzione del requisito di accreditamento 7.3 Req generali di U.O, per implementare le raccomandazioni relative alla gestione della cartella clinica ed individuare le aree di miglioramento integrate nel processo di accreditamento sono stati realizzati audit organizzativi sulla tenuta della cartella rispettivamente nelle strutture Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, Chirurgia Toracica, Clinica Ortopedica e nel Dipartimento Materno Infantile.

## Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

### *Sorveglianza delle malattie infettive*

Proseguimento del controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive, oltre 900, provenienti dalle singole Unità Operative, in linea con la Delibera della Giunta Regionale n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida", che ha consentito il monitoraggio puntuale degli eventi infettivi in ambito nosocomiale, la tempestiva messa in atto delle misure di controllo e contenimento della diffusione e l'attivazione dei servizi territoriali preposti, per le opportune considerazioni epidemiologiche e gli eventuali interventi preventivi post-esposizione.

### *Indagini di prevalenza ripetute*

Nel corso del 2010 è proseguita l'attività di sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) tramite l'esecuzione sistematica di indagini di prevalenza, utilizzando il protocollo HELICS (European Link for Infection Control through Surveillance). La sorveglianza ha consentito sia di presidiare meglio le attività inerenti il rischio infettivo, innalzando contestualmente l'attenzione dei Professionisti, sia di soddisfare alcuni degli elementi specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie, quale il tasso delle infezioni correlate all'assistenza, che rappresenta uno degli indicatori di valutazione delle performance sanitarie.

Nel dettaglio, le indagini hanno interessato 45 Unità Operative, sono stati presi in esame 750 pazienti ed il tasso di prevalenza del 7,5% evidenziato, risulta sostanzialmente sovrapponibile a quanto riportato nella letteratura di riferimento (tasso di riferimento intorno al 5-10% a seconda dei vari studi).

### *Sorveglianza dei microrganismi sentinella*

L'attività di sorveglianza degli eventi epidemici e degli eventi sentinella, rimane uno degli aspetti fondamentali dell'attività di sorveglianza delle ICA, in linea con la Delibera Regionale n. 186 del 7.02.2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle Strutture Sanitarie", in modo da prevenire/controllare la diffusione di microrganismi ad elevata diffusibilità e pericolosità o epidemiologicamente importanti, garantendo quindi la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e degli operatori. Il monitoraggio consente il continuo aggiornamento della mappatura di diffusione degli MDR (Multidrug resistant) in ambito locale e la verifica dell'andamento del fenomeno, intercettando tempestivamente eventuali aumenti significativi, in un breve arco temporale, di isolamenti riferiti ad un microrganismo in sorveglianza o con profilo di resistenza inusuale, in modo da intraprendere opportuni interventi clinico-assistenziali. Il monitoraggio ha riguardato la raccolta e l'analisi, tramite database dedicato, di oltre 2000 segnalazioni trasmesse sistematicamente dal Laboratorio di Microbiologia. Con cadenza quadrimestrale sono stati inviati alle UU.OO. aziendali i Report riepilogativi periodici, al fine di agevolare le opportune valutazioni a carattere clinico ed epidemiologico.

In tale contesto, si è provveduto inoltre a realizzare specifici audit clinici, con lo scopo di verificare la corretta applicazione delle misure assistenziali previste per ogni caso di specie, promuovendo, ove necessario, eventuali azioni di miglioramento rispetto alle eventuali "non conformità" riscontrate.

### *Sindrome Influenzale*

In linea con il Piano Regionale inerente la Sindrome influenzale, sono state elaborate e diffuse le indicazioni igieniche atte a sorvegliare e controllare l'epidemia da virus influenzale.

A tal proposito si è provveduto ad aggiornare le linee guida aziendali inerenti le misure igieniche da adottare per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati, con particolare riguardo all'isolamento ospedaliero, al trasporto dei pazienti ed alla sanificazione/sanitizzazione ambientale e delle ambulanze.

È stata inoltre predisposta una specifica campagna vaccinale.

### *Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori*

In linea con il Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza ed il controllo delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue) e *Culex* (West-Nile Disease), si sono effettuati diversi interventi volti sia a fornire indicazioni comportamentali (modalità di isolamento per i pazienti affetti da Chikungunya e Dengue, accorgimenti per limitare l'attrattiva, acquisizione ed impiego di



repellenti cutanei), sia a realizzare interventi strutturali (installazione zanzariere, corretta gestione e manutenzione delle aree verdi esterne e delle aree di cantiere) per limitare l'infestazione all'interno ed all'esterno delle strutture. Si è provveduto altresì a trasmettere a tutte le UU.OO. aziendali ed a pubblicare sulla Intreanet aziendale le Linee Guida Ministeriali sulla sorveglianza della Malattia West-Nile. Inoltre d'intesa con l'Azienda municipalizzata e con le strutture dell'Azienda USL sono state intraprese, su tutto il territorio aziendale, una serie di attività riguardanti la lotta alla zanzara tigre, tra cui la pulizia dei pozzetti fognari prima dell'inizio della lotta antilarvale ed al bisogno, l'organizzazione degli interventi anti- larvali nell'ambito del controllo igienico-gestionale delle attività di disinfestazione/derattizzazione appaltata e disinfestazioni adulticide mirate in presenza di infestazione particolarmente significativa.

#### *Prevenzione e controllo della Legionellosi in Ospedale*

L'attività si è concretizzata sia nella prosecuzione della sorveglianza e controllo di tutte le polmoniti con diagnosi differenziale di legionella, attraverso il monitoraggio prospettico dell'incidenza delle polmoniti sostenute da Legionella spp, sia nell'applicazione del piano di controllo atto a prevenire/controllare la presenza di Legionella spp nel sistema idrico aziendale, secondo quanto previsto dai documenti aziendali "Valutazione del rischio da Legionella per tutte le Unità Operative aziendali" e "Programma di Controllo della Legionellosi".

In tale contesto si è provveduto a pianificare e coordinare sia l'esecuzione di indagini microbiologiche sull'acqua di rete, intervenendo in caso di "non conformità" con interventi mirati di disinfezione degli impianti idrici, sia l'acquisizione/installazione di filtri antibatterici per i terminali idrici considerati ad alto rischio dal punto di vista infettivo.

#### **Prevenzione del rischio infettivo**

##### *Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)*

Le principali attività svolte nel 2010 dal Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) a livello aziendale, sono state:

- realizzazione di audit nelle UU.OO. chirurgiche, in merito all'antibiotico profilassi in chirurgia, al fine di adeguare le linee guida aziendali al documento di riferimento nazionale;
- revisione della procedura di sorveglianza dei Microrganismi Sentinella;
- coordinamento dei progetti attivati dall'Agenzia Sanitaria Regionale.

##### *Prevenzione e controllo delle infezioni*

Uniformare i comportamenti, tra quanti coinvolti nei processi clinico-assistenziali, in particolar modo per i pazienti considerati ad alto rischio dal punto di vista infettivo, è obiettivo prioritario. A tal proposito infatti sono state elaborate e diffuse specifiche indicazioni e raccomandazioni igieniche per alcune aree quali ad esempio il Centro PUVA, l'Ematologia e CTMO, la Sala Parto, gli Ambulatori Chirurgici Ostetrico-Ginecologici ed il Centro di Incapacità Riproduttiva.

Nel corso dell'anno, a cadenza settimanale, sono state inoltre eseguite le analisi microbiologiche delle preparazioni allestite presso l'UmaCA, per verificare l'efficacia delle procedure adottate durante le fasi di allestimento delle terapie. Gli esiti di tutte le indagini effettuate hanno confermato la sicurezza igienica delle preparazioni.

##### *Prevenzione e controllo delle infezioni in Terapia Intensiva ed in Endoscopia*

Nell'ambito del Progetto Regionale "Monitoraggio delle Infezioni in reparti a rischio - SiTiER - Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva", si è provveduto a monitorare nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le Terapie Intensive, le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale attraverso l'esecuzione di specifici sopralluoghi, per verificare l'adeguatezza delle procedure in essere ed il rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali.

Nel corso del 2010 è proseguito lo sviluppo a livello aziendale, del Progetto Regionale "Reprocessing degli Endoscopi", messo a punto dall'Agenzia Sanitaria Regionale - Area Rischio Infettivo in collaborazione con la rete dei Comitati Infezioni Ospedaliere delle Aziende Sanitarie della Regione, al fine di sensibilizzare i Professionisti sulle buone pratiche per il controllo del rischio infettivo e di verificare la corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito endoscopico.

A seguito dello svolgimento dell'audit clinico regionale nelle UU.OO. di Endoscopia Digestiva e Respiratoria di I e II livello presenti a livello aziendale, sono stati istituiti alcuni gruppi di lavoro ad hoc, con l'obiettivo di aggiornare alcuni protocolli operativi, migliorandone l'aderenza rispetto al documento di riferimento regionale.



#### *Progetto LASER – Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna*

È proseguita l'attività di trasferimento nella pratica degli interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla mortalità della sepsi, in piena sintonia con l'Agenzia Sanitaria Regionale nell'ambito del Programma Ricerca e Innovazione (PRI-ER). Dopo il completamento del percorso formativo, avviato nel 2007, il progetto si è sviluppato attraverso la pianificazione delle soluzioni operative necessarie a sanare le criticità emerse dall'analisi dell'attuale percorso clinico assistenziale. In particolare si è provveduto ad individuare le UU.OO. in cui implementare la sperimentazione della "Scheda percorso diagnostico e terapeutico nel paziente settico", strumento messo a punto dal Team Sepsi Aziendale, sia per supportare i clinici durante la cura dei pazienti settici, sia per agevolare l'analisi retrospettiva della gestione del caso, in modo da evidenziare eventuali criticità.

Inoltre è stato trasmesso il Protocollo per il controllo e la rilevazione della temperatura corporea, messo a punto da un gruppo di lavoro aziendale composto da personale infermieristico, al fine di uniformare e standardizzare l'esecuzione delle procedure assistenziali correlate al percorso diagnostico terapeutico del paziente settico, in cui sono dettagliatamente descritte le modalità di utilizzo e di ricondizionamento dei termometri non invasivi in uso a livello aziendale.

Nell'ambito dello studio "Strategie efficaci a ridurre la mortalità per sepsi", messo a punto dall'Agenzia Sanitaria Regionale - Area Rischio Infettivo, al fine di verificare se il progetto "Lotta alla Sepsi in Emilia Romagna - Laser" ha prodotto un effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza prestata ai pazienti affetti da sepsi, sono state sviluppate le iniziative necessarie all'implementazione della rilevazione che avverrà, a cura dei Referenti Regionali, nelle Unità Operative di Terapia Intensiva e Rianimazione aziendali, attraverso l'esame delle cartelle cliniche dei pazienti trattati, tutt'ora in corso di svolgimento.

#### *Progetto SICHER - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nella Regione Emilia-Romagna*

L'avvio del progetto ha previsto la realizzazione di alcuni incontri con i vari Ambiti aziendali coinvolti, in cui hanno partecipato anche i Referenti Regionali, al fine di definire e pianificare gli interventi organizzativi utili all'implementazione del progetto stesso. In particolar modo si è cercato di approfondire la possibilità di realizzare un supporto informatico dedicato, che sia in grado di scaricare le informazioni inerenti il Progetto, direttamente dai software già presenti a livello aziendale, con il fine di agevolare i Professionisti durante la raccolta dati, diminuendo contestualmente la possibilità di errori durante l'immissione dei dati stessi.

Nell'impossibilità, in fase iniziale, di coinvolgere nella sorveglianza tutti gli interventi chirurgici inclusi nella lista delle procedure eleggibili, si è provveduto ad individuare, per ciascuna delle UU.OO. chirurgiche coinvolte, le due tipologie di intervento maggiormente rappresentative, al fine di promuovere sia la conoscenza del sistema tra quanti coinvolti, sia la qualità dei dati rilevati.

La sorveglianza delle infezioni delle ISC (Infezioni Sito Chirurgico), oltre a fornire dati epidemiologici, determina un maggior presidio delle attività correlate alla prevenzione del rischio infettivo e fornisce alcuni degli elementi specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie, tra cui il tasso delle infezioni correlate all'assistenza, quale indicatore di valutazione delle performance delle UU.OO.

Si è provveduto altresì ad individuare per ogni Reparto, i Referenti medici ed infermieristici del Progetto ed a pianificare eventi formativi specifici, al fine di agevolare l'implementazione e standardizzare la metodologia utilizzata.

#### *Progetto "Clean care is safety care" – Mani pulite sono mani sicure*

Nell'ambito della Campagna "Clean care is safety care" e sulla scorta delle nuove linee guida promosse dall'OMS, nel corso del 2010, sono state intraprese diverse iniziative atte migliorare ed incrementare l'adesione all'igiene delle mani, fra quanti coinvolti nei processi clinico-assistenziali.

In particolare, si è provveduto sia a revisionare e diffondere le indicazioni aziendali relative alla tematica in questione, divulgando contestualmente in tutte le UU.OO., alcuni poster sulle diverse tecniche di lavaggio/decontaminazione e sui "cinque momenti fondamentali" in cui è necessario eseguire tale procedura, sia ad installare erogatori a muro di gel idroalcolico per la decontaminazione delle mani, presso tutte le sale d'attesa ed aree ambulatoriali aziendali.

Inoltre, in occasione del "Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani", 5 maggio 2010, al fine di tenere viva l'attenzione sulla tematica, è stato proposto, a tutti gli operatori sanitari presenti in turno in tale giornata, un questionario sulla percezione dell'igiene delle mani, ed è stata effettuata un'indagine osservazionale all'interno delle Terapie Intensive aziendali sulla compliance dell'igiene delle mani "prima del contatto con il paziente".

I dati della rilevazione sul grado di compliance all'Igiene delle mani, riferite alle varie figure sanitarie (Medici, Infermieri, OSS, Tecnici, ecc.) sono stati trasmessi ai Referenti delle Unità Operative coinvolte, in modo da agevolare le opportune valutazioni clinico-assistenziali e, ove necessario, adottare idonee



misure correttive al fine di promuovere ed aumentare l'adesione a tale pratica, ritenuta fondamentale nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

#### *Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU)*

Sono stati sviluppati alcuni progetti legati alla prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vescicale. In particolare, in collaborazione con il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, si è provveduto ad introdurre a livello aziendale le sacche di raccolta diuresi a circuito chiuso per il drenaggio urinario a lungo termine, dispositivi riconosciuti efficaci nella prevenzione delle IVU.

Inoltre è stata data ampia diffusione al Dossier 190 "Infezioni delle vie urinarie nell'adulto", redatto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, sulla base dei dati regionali di prescrizione antibiotica e di farmacoresistenza dei patogeni urinari, al fine di ridurre l'utilizzo eccessivo ed improprio degli antibiotici nel paziente adulto, attraverso il miglioramento della gestione delle IVU.

#### *Antisepsi e disinfezione in ospedale*

L'antisepsi e la disinfezione rappresentano momenti fondamentali di una buona pratica sanitaria, perché in grado di incidere in modo significativo nel processo di diagnosi, cura ed assistenza della persona malata. Anche per il 2010 si è provveduto ad incrementare la diffusione della conoscenza dei fattori che influenzano l'efficacia degli interventi di disinfezione, tra cui le caratteristiche del principio attivo, le corrette indicazioni d'uso, le modalità di impiego, che risultano di fondamentale importanza per i singoli professionisti, chiamati a garantire l'appropriatezza e qualità della prestazione sanitaria.

Inoltre di concerto con il Servizio di Farmacia Ospedaliera e Governo Clinico del Farmaco, si è provveduto ad esaminare i prodotti disponibili nelle Gare Intercent-ER ed AVEN, al fine di intraprendere una politica corretta sull'uso razionale dei prodotti presenti in ambito aziendale, con innegabili ripercussioni sia nel campo della prevenzione delle infezioni, sia della sicurezza, sia in termini di contenimento dell'impegno economico.

Al fine di ottimizzare il tempo-operatore e standardizzare le attività di bonifica dei trasduttori ecografici durante l'impiego tra un paziente ed il successivo, sono state introdotte salviette pronte all'uso per la pulizia degli stessi e contestualmente sono state trasmesse le indicazioni generali per il ricondizionamento delle sonde, d'ausilio agli operatori nella routine assistenziale.

#### *Sicurezza igienica di attrezzature sanitarie e dispositivi medici*

È proseguita l'attività di valutazione degli aspetti di sicurezza igienica legati all'utilizzo di attrezzature sanitarie e di dispositivi medici in ambito aziendale, attraverso la valutazione delle schede tecniche, relative alle attrezzature/presidi sanitari, sia di nuova acquisizione, sia di impiego corrente, al fine di fornire indicazioni puntuali per il trattamento e ricondizionamento, in relazione al rischio infettivo correlato all'impiego. L'attività si è sviluppata con la realizzazione di protocolli operativi specifici.

Inoltre, la nostra Azienda ha collaborato con il Gruppo di Coordinamento Comitato Infezioni Ospedaliere Regionale per la realizzazione del Documento di recente pubblicazione, "MEMO 5 – La sterilizzazione in ambito sanitario e sociosanitario", con l'intento di contenere il rischio infettivo correlato alla corretta gestione dei dispositivi medici e delle attrezzature. In tale contesto è stata richiesta la convalida periodica delle autoclavi a vapore e di tutte le apparecchiature coinvolte nel processo di ricondizionamento dei dispositivi medici, quale ulteriore certificazione della validità del processo di sterilizzazione, atto a dimostrare che lo stesso può essere eseguito in modo efficace e riproducibile ad ogni ciclo successivo, a tutela del paziente e dell'Azienda.

### **Sicurezza igienica ambientale**

#### *Monitoraggio microbiologico ambientale delle aree ad alto rischio*

In linea con le linee guida di riferimento, è proseguita l'attività di pianificazione e coordinamento dell'esecuzione dei monitoraggi attivi e passivi, con cadenza almeno semestrale, per la verifica della contaminazione microbiologica delle superfici e dell'aria nelle aree ad alto rischio (Blocchi Operatori, il Centro Ustioni, il CTMO, l'UMaCA e la Centrale di Sterilizzazione)

Tali verifiche consentono di valutare:

- l'adeguatezza delle attività di sanificazione e sanitizzazione ambientale poste in essere;
- il rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali di area critica;
- il buon funzionamento degli impianti di ventilazione dei locali e l'adeguatezza delle relative attività di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Nel corso dell'anno, sono stati inoltre eseguiti alcuni monitoraggi di tipo particellare, con il fine di classificare le aree ad alto rischio secondo quanto previsto dalla norma UNI EN ISO 14644-1 e dalle



“Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio” – ISPESL dicembre 2009.

#### *Verifiche igieniche*

Nel 2010 si sono svolte numerose verifiche, a cura degli organi competenti, volte ad ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Sanitarie aziendali. In tale ottica l'attività di controllo ha assunto particolare importanza in quanto ha garantito la presenza di condizioni igieniche appropriate per l'ottenimento delle certificazioni richieste.

Il programma di intervento si è sviluppato attraverso:

- la verifica ed il mantenimento del controllo degli aspetti igienico preventivi di maggiore criticità negli ambienti assistenziali ed in particolare in quelli ad alto rischio (comparti operatori, terapie intensive);
- la realizzazione, ove necessario, in caso di “non conformità”, di immediati interventi correttivi;
- lo sviluppo di interventi informativi/formativi del personale, volti ad implementare le buone pratiche igienico-assistenziali, partendo dalla rilevazione di eventuali comportamenti “non conformi”, osservati nel corso dei sopralluoghi effettuati, specie in quelli svolti nelle strutture a maggior rischio.

Parimenti è proseguito il controllo degli aspetti igienico sanitari legati ai servizi in gestione appaltata inseriti nel Global Service Economale, con il fine di garantire adeguati standard di sicurezza igienica, contenendo il rischio infettivo correlato alle attività di pulizia/disinfezione degli ambienti, lavanoleggio biancheria ed effetti lettereci, disinfestazione e derattizzazione, igiene degli alimenti, eccetera.

#### *Definizione percorsi*

L'attività ha previsto sia l'individuazione, all'interno delle varie strutture aziendali, di percorsi adeguati, rispetto ai vincoli strutturali e di cantiere, per l'accesso dell'utenza e degli operatori, l'approvvigionamento del materiale pulito e lo smaltimento del materiale sporco e dei rifiuti, sia il controllo sull'aderenza, con il fine di mantenere idonei standard di sicurezza igienico ambientale.

#### **Attività di formazione**

Nell'arco del 2010 sono state svolte le seguenti attività formative:

- corso formativo sul Rischio Clinico, in linea con gli obiettivi fissati dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
- attività di formazione al VI Corso Nazionale Teorico Pratico di Pneumologia Interventistica
- iniziative di formazione nell'ambito dei corsi istituzionalmente previsti per i preposti ai sensi del DLgs 81/2008 su temi riguardanti la prevenzione del rischio biologico: inquadramento normativo, infezioni associate all'assistenza sanitaria, prevenzione, scelta ed utilizzo di idonei DPI, vaccinazioni e sorveglianza sanitaria;
- specifiche attività di formazione nell'ambito dei moduli formativi su temi di prevenzione delle Infezioni correlate all'Assistenza nei vari Dipartimenti Aziendali.

#### Governo clinico del farmaco

##### *Assistenza farmaceutica ospedaliera.*

Nel 2010 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è ulteriormente consolidata ed ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 18.984 con 1.747.843 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di 332.671 € corrispondente ad un costo pari a 1.399.082 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per le strutture AUSL di appartenenza pari a 1.066.411 €.

Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo erogato è stato nel 2010 pari a 22.458.990 €.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, le attività sono state orientate in particolare ai progetti di gestione delle gare in unione d'acquisto di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e regionali (INTERCENT-ER), di centralizzazione logistica, di monitoraggio ed appropriatezza dei trattamenti, di monitoraggio dei consumi e di implementazione dell'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale.

L'andamento dei consumi e della spesa conseguente per beni sanitari si pone nell'anno 2010 in linea con l'obiettivo che il documento di programmazione 2010 prevedeva come contenimento della spesa rispetto



a quella del 2009. Il sistema di governo clinico messo in atto sull'appropriatezza prescrittiva ha consentito di contenere i consumi e la spesa per farmaci in un aumento del 4.5% rispetto al tetto di aumento previsto dalla Regione del 7,5%.

*Uso razionale dei farmaci potenzialmente innovativi e attività di gestione del Prontuario dei Farmaci di Area Vasta Emilia Nord (Aven) e delle gare dei beni sanitari in unione d'acquisto.*

L'attività si è svolta con una partecipazione continua e attiva sia ai tavoli delle commissioni tecniche dei sanitari per lo studio delle equivalenze terapeutiche / sovrapposibilità cliniche, sia ai tavoli gestionali per la produzione dei capitolati tecnici e l'allestimento delle gare in unione d'acquisto.

Tale attività, sia di tipo scientifico che di tipo gestionale, condotta anche come capofila, ha concorso alla consolidamento dei giudizi di equivalenza terapeutica dei farmaci, alla loro applicazione e/o al consolidamento della loro applicazione nella prescrizione riguardo una quindicina di categorie di farmaci.

L'attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull'appropriatezza prescrittiva e sull'adesione della prescrizione ai termini delle equivalenze terapeutiche attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, che hanno coinvolto il Servizio di Farmacia, il Nucleo Operativo Provinciale (NOP) e la Commissione del Farmaco Aven (CFAven), ha permesso e mostrato risultati più che soddisfacenti. Dalla rilevazione relativa ai consumi dell'anno 2010, l'adesione alle gare in unione d'acquisto e, particolarmente, ai lotti in equivalenza terapeutica, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata superiore alla media attesa.

Ciò ha consentito contestualmente il miglioramento della qualità della cura uniformando la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative delle equivalenze terapeutiche e trasmettendo tali caratteristiche alla prescrizione territoriale nell'ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero - medico di medicina generale (MMG).

Il Prontuario Terapeutico di Area Vasta (PT-AVEN), interamente revisionato ed aggiornato, è riconosciuto come lo strumento fondamentale del governo clinico sui farmaci ed è stato applicato rispettando i vincoli regionali e gli orientamenti della Commissione Regionale del Farmaco (CRF). Il Nucleo Operativo Provinciale ha operato con continuità valutando ed adottando, in armonia con le decisioni della CF-AVEN e con la CRF, gli inserimenti di nuovi farmaci. Inoltre ha svolto un'azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo diretta al monitoraggio d'uso dei farmaci specialistici da parte dei centri prescrittori individuati, dell'uso dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, Antimicrobici generali per uso sistemico con particolare riguardo agli Antiretrovirali, Emoderivati, farmaci dell'Apparato Gastrointestinale e del Metabolismo, del Sistema Cardiovascolare, del Sistema Respiratorio ed i farmaci derivati dagli anticorpi monoclonali per l'uso in diversi campi specialistici. In tutto l'anno 2010, è stata condotta una partecipazione continua agli incontri delle segreterie scientifiche di CF-AVEN e di coordinamento con la segreteria scientifica della CRF al fine di rendere omogenee le azioni e la versione del PT-AVEN con quello regionale. Sono stati condotti audit in collaborazione con l'AUSL di Parma presso alcuni Dipartimenti ospedalieri coinvolgendo tutti i prescrittori specialisti assegnati.

Sono stati recepiti e divulgati tutti i documenti scientifici prodotti dalla CRF collegati all'applicazione del PT-AVEN e quelli elaborati dai gruppi multidisciplinari RER (GREFO e Specialisti Psoriasi - Artrite Reumatoide - Epatite).

L'attività gestionale sul farmaco ha concorso all'applicazione di tutte le tranche di gara in unione d'acquisto sui farmaci ed alla prosecuzione del programma gare in ambito Dispositivi Medici.

L'attività sul farmaco e sui Dispositivi Medici è stata aderente ed espletata in linea anche con la programmazione e l'aggiudicazioni di gare Intercent-ER.

È stata nominata la Commissione Aziendale sui dispositivi medici. (CADM), che ha iniziato la sua attività di analisi dei prodotti e di autorizzazione all'utilizzo in base alle evidenze scientifiche di efficacia e di tollerabilità valutando la ricaduta gestionale e di sostenibilità economica (cfr. in questo capitolo il paragrafo *La Commissione aziendale dispositivi medici* nella sezione 3.5). Il Servizio di Farmacia ha condotto per quanto di sua competenza le operazioni di anagrafica dei D.M. secondo la CND ed ha implementato la prima parte del Repertorio Aziendale sui D.M.

Si rappresenta di seguito il dettaglio più significativo dell'attività di assistenza farmaceutica ospedaliera e dell'andamento dei consumi e della spesa per farmaci nell'anno 2010.

**Tabella 6 Andamento della prescrizione, dei consumi e della spesa totali in Azienda, anno 2010**  
(i dati sono desunti dall'applicativo SISIFO)

Consumi e spesa totali (farmaco e non farmaco)	
Totale pezzi	Totale valore
18.343.619	36.247.162



Nella tabella 6 è riportato il valore di spesa totale per materiali sanitari erogati ai reparti e servizi nel 2010 comprensivo quindi di tutti i farmaci e dei prodotti "non farmaco" relativi a materiali di medicazione, disinfettanti, materie prime, alimenti, strisce reattive, eccetera.

**Tabella 7 Andamento della prescrizione, dei consumi e della spesa per farmaci in Azienda, anno 2010** (i dati sono desunti dall'applicativo SISIFO)

Consumi e spesa della sola la categoria "farmaco" (inclusi i farmaci erogati in dimissione)	
Totale pezzi	Totale valore
10.267.707	34.715.469

La tabella 7 riporta il dato di consumo e di costo, relativo solo all'utilizzo interno ospedaliero, di farmaci in PTP ed extra PTP, compresa l'erogazione dei farmaci a pazienti in dimissione, comprensivo anche di soluzioni di largo volume, emoderivati, farmaci diagnostici e mezzi di contrasto, stupefacenti, galenici, sieri e vaccini e farmaci esteri nell'intero anno 2010, inclusa la somma a compensazione economica (vedi tabella 10).

Nel 2009 la spesa corrispondente era stata di € 33.167.172, che, rapportata alla spesa di € 34.715.469 del 2010 determina un aumento di circa il 4,7% nel 2010 rispetto al 2009, quindi nettamente inferiore al tetto di aumento di spesa del 7,5% previsto dalla RER per il 2010 (il dato è confermato dalla reportistica AFO - RER che indica un aumento del 4,3%).

Se dal totale valore di spesa per farmaci nel 2010 pari a € 34.715.469 si sottrae il valore della compensazione economica dei farmaci prodotta nel 2010 (pari a € 22.458.990 vedi tabella 10) la spesa per consumo interno dei farmaci per pazienti ricoverati è risultata diminuita di circa il 7,6%. Quindi l'aumento della spesa nel 2010 è sostenuto totalmente dai farmaci a compensazione economica consegnati ai pazienti ambulatoriali in assistenza diretta, utenti delle rispettive AUSL di provenienza.

**Tabella 8 Consumi Specialità Medicinali (registrate in Italia) in ed extra Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP ora PTAVen)** (i dati sono desunti dall'applicativo SISIFO)

Totale unità erogate anno 2010	Totale valore anno 2010	Unità erogate in dimissione intero anno 2010	Valore erogato in dimissione intero anno 2010	Unità erogate al netto da dimissione	Valore erogato al netto da dimissione
7.809.196	30.764.846	1.747.831	332.027	6.061.365	30.432.819

La tabella 8 si riferisce alle sole specialità medicinali (registrate in Italia) presenti nel Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP ora PTAVen) o acquistate in deroga al PTP secondo le decisioni assunte dalla Commissione Provinciale del Farmaco (CPF), ora Commissione del Farmaco AVEN, inclusa la somma a compensazione economica.

Nell'anno 2009 la corrispondente spesa per farmaci in valore totale al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione era stata di € 28.816.120.

Quindi la spesa di € 30.432.819 per farmaci intra ed extra PTA al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione ha fatto registrare nel 2010 un aumento di circa il 5,5% rispetto a quella del 2009.

**Tabella 9 Erogazione farmaci ai pazienti in dimissione, anno 2010** (i dati sono desunti dall'applicativo SISIFO)

	1 gennaio - 31 dicembre 2009
Numero dei paz. dimessi con farmaci	18.984
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fl, cpr, cer,...)	1.747.843 pz
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	332.671 euro
Spesa territoriale corrispondente (applicato sconto medio del 3,7% praticato da AUSL alle farmacie al pubblico)	1.399.082 euro
Risparmio per il SSN	1.066.411 euro



**Tabella 10 Farmaci in compensazione anno 2010 vs 2009 per causale** (i dati sono desunti dall'applicativo SISIFO)

<b>Totale Azienda:</b>					
<b>Cod. causale</b>	<b>Causale</b>	<b>Valore 2009</b>	<b>Valore 2010</b>	<b>Delta 2010-2009</b>	<b>Delta %</b>
SC1	Dimissione Degenze	434.779,48	406.006,08	-28.773,40	-6,6%
SC3	Ambulatoriale	12.962.620,72	13.939.966,18	977.345,46	7,5%
SC4	DH	2.188.910,02	2.197.805,57	8.895,55	0,4%
SC6	Fattori della Coagulazione	1.641.467,38	3.097.735,60	1.456.268,22	88,7%
SC9	Circ. 3/07 DH	2.579.930,35	2.390.766,43	-189.163,91	-7,3%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	195.127,01	165.138,02	-29.988,99	-15,4%
S11	Prestazione con erogaz.farmaci	46.392,09	256.070,37	209.678,28	452,0%
SEC	Emocomponenti	2.842,00	5.502,00	2.660,00	93,6%
<b>Totale complessivo</b>		<b>20.052.069,04</b>	<b>22.458.990,25</b>	<b>2.406.921,21</b>	<b>12,0%</b>
<b>Parma e Provincia:</b>					
<b>Cod. causale</b>	<b>Causale</b>	<b>Valore 2009</b>	<b>Valore 2010</b>	<b>Delta 2010-2009</b>	<b>Delta %</b>
SC1	Dimissione Degenze	340.957,05	328.450,53	-12.506,52	-3,7%
SC3	Ambulatoriale	10.263.485,15	11.210.793,15	947.308,00	9,2%
SC4	DH	1.377.317,10	1.463.161,06	85.843,96	6,2%
SC6	Fattori della Coagulazione	292.376,71	328.071,98	35.695,27	12,2%
SC9	Circ. 3/07 DH	2.244.884,08	2.087.147,31	-157.736,77	-7,0%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	154.455,76	139.698,22	-14.757,54	-9,6%
S11	Prestazione con erogaz. farmaci	17.396,77	172.332,52	154.935,75	890,6%
SEC	Emocomponenti		509,00	509,00	
<b>Totale complessivo</b>		<b>14.690.872,62</b>	<b>15.730.163,77</b>	<b>1.039.291,15</b>	<b>7,1%</b>

La tabella 10 mostra l'andamento della spesa per erogazione di farmaci a compensazione economica. Tale ritorno economico è ulteriormente aumentato nel 2010 rispetto al 2009 ed ha subito un incremento del 12% (+ 2.406.921 €) nel totale ed un aumento del 7,1% (+ 1.039.291) sulla sola provincia di Parma. Si segnala il valore particolarmente alto dell'aumento della compensazione economica dei fattori della coagulazione (in particolare farmaci per emofilia) dovuto a pochi pazienti particolarmente critici.

L'andamento dei consumi relativi ai farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC viene presentato nella sezione 2.1 del presente volume.

#### *Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (UMaCA)*

Il Laboratorio Centralizzato di Farmacia Oncologica (UMaCA) nel corso del 2010 ha consolidato e ampliato la propria attività superando in maniera significativa i carichi di lavoro previsti nella fase progettuale e raggiungendo oltre l'80% di aumento delle preparazioni allestite rispetto all'anno precedente.

Il fenomeno è da attribuirsi allo sforzo operativo ed alla realizzazione del modello che UMaCA ha saputo assicurare in adesione in particolare alle richieste della U.O. di Oncologia Medica, modello che - al fine di migliorare la standardizzazione e sicurezza della terapia farmacologia - prevede l'allestimento di tutti farmaci compresi nella terapia del paziente onco-ematologico, farmaci ancillari inclusi.

L'aumento del carico di lavoro è poi da attribuirsi in parte al graduale arruolamento, fino all'assorbimento a regime, in UMaCA dell'Oncologia e dell'Ematologia degenza e D.H, avvenuto nel corso del 2009-2010.

Le tabella sinottica sottostante riporta i dati d'attività. L'aumento delle terapie a base di anticorpi monoclonali è correlato non solo all'arruolamento graduale delle UU.OO. di maggior prescrizione (Oncologia, Ematologia e Clinica Medica) ma anche alla pubblicazione delle Raccomandazioni GRaFO (Gruppo Regionale Farmaci Oncologici) relative all'uso di Bevacizumab e Cetuximab nel tumore del colon-



retto e all'autorizzazione della Regione Emilia Romagna all'uso di bevacizumab per via intravitreale nei pazienti affetti da DMLE (degenerazione maculare legata all'età) anche in prima prescrizione.

**Tabella 11 Dati attività laboratorio oncologico UMaCA 2010 vs 2009**

	2010	2009	Δ
Totale terapie allestite (oncologiche e ancillari)	50.172	27.297	+84%
Totale terapie oncologiche	<b>20.713</b> (17.142 citotossici + 3571* anticorpi monoclonali)	<b>13.720</b> (11.910 citotossici + 1810* anticorpi monoclonali)	+51%
Totale allestimenti ancillari	<b>29.459</b>	<b>13.577</b>	+117%
Totale pazienti trattati	2080	1604	+ 30%
Totale accessi	14.345	10.713	+ 34%
Totale schemi terapeutici validati e inseriti in banca dati	452	310	-----
Totale UU.OO. arruolate	27	22	-----

**Tabella 12 Anticorpi Monoclonali: dettaglio attività UMaCA 2010 vs 2009**

Principio attivo	Specialità Medicinale	Allestimenti eseguiti 2010	Allestimenti eseguiti 2009
Bevacizumab	AVASTIN	1726	1008
Cetuximab	ERBITUX	351	112
Gemtuzumab	MYLOTARG	11	0
Infliximab	REMICADE	5	7
Rituximab	MABTHERA	729	516
Trastuzumab	HERCEPTIN	749	167

### Programma Stroke Care

In accordo alle indicazioni contenute nella D.G.R. 1720/2007, "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con Ictus – Programma Stroke Care", il Programma Stroke Care ha conseguito nel 2010 i seguenti risultati:

#### *Realizzazione di due aree dedicate allo stroke*

Alla fine del 2010 sono state realizzate 2 aree dedicate allo stroke per un numero complessivo di 20 posti letto. Sei posti letto sono collocati nell'area stroke della neurologia destinati ad accogliere i pazienti fino a 70-75 anni e tutti i pazienti sottoposti a trombolisi i.v. e/o ad altre procedure intra-arteriose (trombolisi intra-arteriosa meccanica e/o farmacologica, stenting carotideo). 14 posti letto sono collocati nella "SS stroke" della Clinica Geriatrica per i pazienti di età superiore a 70-75.

#### *Documento PDT – ictus cerebrale (primo evento e recidive delle forme ischemiche, emorragiche e del TIA)*

Il documento, inizialmente limitato al primo evento delle sole forme ischemiche, è stato esteso alle forme emorragiche, alle recidive sia ischemiche che emorragiche ed al TIA. È stata avviata la revisione del programma informatizzato, già operativo fin dal 2003, al fine di realizzare una banca dati comprendente tutte le forme della malattia cerebrovascolare acuta.

#### *Verifica del grado di implementazione e di efficacia del PDT ictus*

L'attività svolta nel 2010 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Ictus è stata valutata attraverso una serie di indicatori di processo e di outcome predefiniti. I dati del 2010 sono sostanzialmente sovrapponibili agli anni precedenti, confermando un trend favorevole a dimostrazione dell'efficacia dello strumento PDT-stroke.



**Tabella 13 Adesione agli indicatori 2007-2010**

INDICATORI	Anno 2007 (95%IC)	Anno 2008 (95%IC)	Anno 2009 (95%IC)	Anno 2010 (95%IC)
Esecuzione TAC	<b>97%</b> (95-99)	<b>100%</b> (100-100)	<b>100%</b> (100-100)	<b>100%</b> (100-100)
Ricovero presso reparti dedicati	<b>79%</b> (74-84)	<b>84%</b> (78-89)	<b>80%</b> (75-87)	<b>80%</b> (75-87)
Visita fisiatrica tempestiva < 48 h	<b>89%</b> (82-95)	<b>90%</b> (81-98)	<b>91%</b> (82-99)	<b>90%</b> (80-98)
Destinazione alla dimissione	<b>95%</b> (80-100)	<b>92%</b> (76-100)	<b>92%</b> (76-100)	<b>95%</b> (80-100)
Visite di follow-up a 1 mese	<b>75%</b> (68-81)	<b>84%</b> (77-91)	<b>90%</b> (80-92)	<b>95%</b> (88-97)

#### *Attività ambulatoriale*

Nel corso del 2010 nell'ambito dell'attività ambulatoriale clinica per le malattie cerebrovascolari è stato avviato un processo di integrazione con l'attività di diagnostica neurosonologica ambulatoriale estendendo così l'offerta anche a prestazioni di tipo strumentale. L'attività clinico-strumentale è principalmente rivolta a:

- follow-up dei pazienti colpiti da ictus, ricoverati e arruolati nel PDT, con visite programmate ad 1 - 6 - 12 mesi ed oltre con finalità specifica di continuità terapeutica e di prevenzione secondaria;
- inquadramento diagnostico e attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria per tutti i pazienti, non arruolati nel PDT, afferenti agli ambulatori dal territorio;
- diagnostica neurosonologica dei TSA, doppler trans-cranico e ricerca del PFO.

#### *Integrazione tra AOU e AUSL di Parma*

Prosegue il processo di integrazione tra l'AOU e l'AUSL di Parma e riguarda la fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.

*Fase pre ospedaliera* – In collaborazione con l'AUSL sono stati realizzati alcuni incontri di educazione della popolazione finalizzati al riconoscimento precoce dei sintomi ed all'importanza di un tempestivo allertamento della Centrale Operativa 118 per un trasporto rapido verso i presidi ospedalieri organizzati secondo un modello stroke care.

*Fase ospedaliera acuta* - Nell'AOU e nei presidi ospedalieri dell'AUSL la gestione del paziente con ictus viene attuata secondo percorsi aziendali sostanzialmente sovrapponibili ed in linea con il modello *stroke care*.

*Fase post-ospedaliera riabilitativa* - Per ogni paziente è prevista la costruzione di un progetto riabilitativo e assistenziale personalizzato in collaborazione con le figure di riferimento territoriali al fine di una dimissione precoce, concordata e organizzata. Il Case Manager Ospedaliero ha un ruolo fondamentale nella realizzazione del progetto assistenziale.

#### *Protocollo Trombolisi*

Il Protocollo Trombolisi è stato attivato il 1° ottobre 2008 nell'ambito di tutto il territorio provinciale (Rete Stroke Provinciale) con 2 presidi di riferimento, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Ospedale di Fidenza, in grado di eseguire la trombolisi i.v.

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono coinvolte le seguenti U.O.: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico. L'eleggibilità (anamnestico-clinica, Tac e laboratoristica) del paziente viene verificata in Pronto Soccorso, mentre la fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) viene effettuata presso l'area monitorata della Neurochirurgia che soddisfa i requisiti richiesti dal D.M. 24 luglio 2003. La terapia trombolitica i.v. è attualmente limitata ai pazienti con età ≤ 80 anni ed entro 3 ore dall'esordio dei sintomi. Nel 2010 sono state effettuati 14 trattamenti di trombolisi i.v. e 5 trattamenti endovascolari.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è in possesso di tutti i requisiti aggiuntivi previsti dalla D.G.R. n. 1720/2007 e pertanto si pone come centro di riferimento in grado di erogare non solo la terapia trombolitica i.v., ma anche tutte le altre terapie innovative come la trombolisi intra-arteriosa meccanica e/o farmacologica, stenting carotideo ed intracranico, tromboendoarteriectomia.



### *Audit Clinico-Organizzativo*

Nel corso del 2010 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato al "Progetto Stroke Care: un Programma Nazionale di Audit Clinico-Organizzativo nell'ambito del Programma Strategico coordinato dalla Regione Emilia-Romagna "Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale".

### Progetti di ricerca per il miglioramento della qualità della pratica clinico-assistenziale

La Regione Emilia-Romagna valorizza e promuove da anni iniziative volte alla verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa, dell'accessibilità dei servizi sanitari, dell'introduzione di importanti elementi di cambiamento nei processi assistenziali e/o nell'organizzazione dei servizi.

Ciò si esprime in particolare con l'allocatione di finanziamenti per progetti di ricerca volti a realizzare localmente interventi per il miglioramento della qualità della pratica clinico-assistenziale, mediante l'utilizzo di metodologie scientifiche validate e che, pertanto, assicurano risultati generalizzabili a tutto il contesto regionale. Grazie a tali finanziamenti, la AOU da alcuni anni attua studi con un notevole impatto pratico e immediato sull'assistenza; di seguito vengono brevemente descritti 6 progetti in atto nel 2010 dei quali la AOU di Parma è azienda capofila, in quanto il progetto è stato ideato da un suo professionista che ne garantisce la realizzazione.

### **Interventi sull'accessibilità**

Il tema dell'accessibilità è una questione ricorrente nella gestione dei servizi sanitari, essendo uno dei fattori determinanti della qualità dell'assistenza. La possibilità di fruire al meglio dei servizi necessari e disponibili presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dotata di quasi tutte le tipologie di reparti e ambulatori specialistici, è condizionata prevalentemente dal tempo di erogazione delle prestazioni. È ormai noto che qualsiasi intervento correttivo che si intende attuare per migliorare l'accessibilità ai servizi e alle cure deve essere sostenuto e condiviso dagli amministratori e dagli operatori sanitari.

A tale proposito, nel corso dell'ultimo triennio è stato condotto un progetto di ricerca dal titolo "*Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia*", volto alla riduzione della permanenza non necessaria in ospedale, concluso a fine 2010, i cui risultati saranno pubblicati su una rivista scientifica nel corso del 2011.

L'idea del progetto è nata dalla constatazione che nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma da alcuni anni le giornate di degenza eccedevano i valori medi regionali. Per risolvere il problema, si è deciso di attuare uno studio con l'obiettivo di valutare l'efficacia di una strategia volta a rendere responsabili i clinici sulle problematiche connesse a degenze eccessive evitabili e capaci di individuare misure correttive (secondo i principi del Governo Clinico).

Il disegno dello studio ha previsto l'attuazione di una serie di interventi su 6 reparti (braccio attivo) e l'osservazione del fenomeno (senza alcun intervento di miglioramento) in altrettanti reparti (braccio di controllo<sup>9</sup> dell'area medica).

Il progetto, disegnato e condotto da un team di clinici della U.O. Lungodegenza Critica e da metodologi della U.O. Ricerca e Innovazione dell'Azienda, è stato finanziato dalla Regione nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009; lo studio ha previsto la rilevazione periodica, da parte di personale medico addestrato, delle cause di degenze eccessive in tutti i reparti partecipanti tramite scheda ad hoc, desunta e adattata dalla letteratura, e interventi mirati a comprendere le cause e apportare correttivi (solo per i reparti del braccio attivo). In breve, la strategia prevedeva l'invio periodico ai singoli medici di un elenco di pazienti che in base alla rilevazione risultavano essere presenti in reparto senza alcuna giustificazione clinica, seguito da incontri di audit clinico gestiti dai clinici stessi, per l'analisi dei motivi e l'individuazione di azioni di miglioramento.

I risultati, in via di pubblicazione, mostrano che la strategia, condivisa e "governata" dai clinici, riduce le giornate di permanenza non necessaria in ospedale di circa il 15%.

Sempre nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009, è stato finanziato nel 2008 un progetto dal titolo "*L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il governo clinico-organizzativo*", finalizzato a garantire l'accesso alle strutture dedicate e la conseguente gestione ottimale al paziente traumatizzato. Il progetto, coordinato dal 1° Servizio Anestesia e Rianimazione, uno dei tre centri Hub regionali per l'assistenza ai pazienti traumatizzati, è di particolare rilievo per la nostra Azienda in quanto rafforza il ruolo di riferimento della struttura di Rianimazione di Parma nel contesto regionale.

I traumi rappresentano una patologia ad elevata rilevanza clinico-epidemiologica: nel mondo occidentale sono la prima causa di morte nei soggetti con meno di 40 anni, con alta incidenza di invalidità



permanenti. È stato dimostrato che lo sviluppo di sistemi organizzativi dedicati all'assistenza al paziente traumatizzato ha un impatto significativo sugli esiti; tale miglioramento necessita però di tempo per manifestarsi e la verifica dell'impatto a livello locale è fondamentale. La Regione Emilia Romagna è all'avanguardia nel campo dell'organizzazione dell'assistenza ai pazienti traumatizzati, con l'istituzione del sistema 118, della rete Hub and Spoke per l'assistenza ai traumi e del registro traumi regionale.

Il presente progetto ha l'obiettivo principale di attuare un sistema validato di monitoraggio a livello regionale, che permetta di analizzare la qualità dell'assistenza erogata al paziente traumatizzato e di promuovere il miglioramento dei percorsi clinico-organizzativi.

Il progetto permetterà inoltre di approfondire l'epidemiologia del trauma grave in RER, e di ottimizzare e completare il Registro Traumi regionale, database che consentirà, al termine dello studio, di verificare in maniera sistematica la qualità dell'assistenza fornita.

### Interventi sui processi assistenziali

Il miglioramento dell'appropriatezza rappresenta uno degli obiettivi principali perseguiti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma da molti anni, attraverso interventi e strategie multiapproccio scientificamente validati (la cui efficacia è documentata in letteratura).

La definizione di appropriatezza, condivisa a livello internazionale, è quella secondo cui una prestazione è appropriata se oltre ad essere efficace viene fornita avendo identificato correttamente i pazienti che ne possono beneficiare, il setting assistenziale più idoneo (comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti) e il momento che rende più favorevole il profilo rischio-beneficio. L'appropriatezza viene in genere distinta in due componenti: organizzativa e clinica.

**L'appropriatezza organizzativa** concerne prevalentemente l'ambito nel quale gli interventi sono erogati e l'utilizzo ottimale delle risorse economiche disponibili. Viene esaminata mediante strumenti e indicatori ad hoc, finalizzati a verificare se la pratica è conforme rispetto a standard condivisi (per esempio, casi trattati in regime di ricovero ma trattabili in altri setting assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse) e a monitorare l'andamento dei fenomeni nel tempo, ad esempio per verificare l'effetto di interventi correttivi. A Parma da molti anni l'appropriatezza dei ricoveri e delle durate di degenza viene verificata e monitorata sistematicamente mediante l'analisi di un campione di cartelle cliniche, e utilizzando come riferimento un set di variabili prestabilite, individuate quali criteri di giudizio di appropriatezza di ricovero in un ospedale per acuti: questa modalità di approccio è l'Appropriateness Evaluation Protocol, in Italia denominato PRUO (Protocollo di Revisione per l'Uso dell'Ospedale).

L'analisi dell'appropriatezza ha riguardato un campione di 720 ricoveri in degenza ordinaria, dimessi nell'anno 2010, di cittadini residenti e non nella provincia di Parma, pari al 1,7% del totale dei ricoveri ordinari.

**L'appropriatezza clinica**, l'altra dimensione dell'appropriatezza, fa riferimento all'applicazione di interventi/procedure di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo rischio-beneficio per i pazienti si mantiene favorevole. In questo caso l'appropriatezza assume un prevalente significato tecnico-scientifico, e il giudizio di appropriatezza si esprime in termini di adesione alle indicazioni prodotte in letteratura (linee-guida, revisioni sistematiche, trial clinici randomizzati, consensus conference, eccetera). Allo scopo di favorire l'implementazione di linee guida e quindi promuovere/sostenere l'appropriatezza clinica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ideato due progetti, finanziati nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009, avviati alla fine del 2009. Il primo, dal titolo "*Progetto integrato di razionalizzazione delle risorse cliniche e laboratoristiche nel governo clinico dell'infezione da virus dell'epatite B in Emilia Romagna*", creato e coordinato dalla Unità Operativa Malattie Infettive ed Epatologia della AOU di Parma, coinvolge tutti i centri specialistici deputati al trattamento dell'epatite B in Emilia-Romagna. La necessità di attuare questo progetto è nata dalla complessità della gestione attuale dell'Epatite B, dovuta in particolare all'incremento negli ultimi anni delle infezioni da importazione, alla disponibilità di un maggior numero di farmaci anti-epatite B il cui utilizzo va attentamente stabilito in base alle caratteristiche del singolo paziente, e dal fatto che tali farmaci sono prescritti anche in centri non specialistici. Sulla base di queste considerazioni è stato avviato il presente studio, che intende sia documentare in modo più dettagliato e analizzare la variabilità comportamentale a livello diagnostico-terapeutico nella gestione delle infezioni da HBV in RER, sia verificare l'effetto nella pratica clinica corrente, nel migliorare l'appropriatezza della gestione clinica, di strategie correttive condivise da tutti i centri specialistici della RER. I risultati di questo studio saranno disponibili alla fine del 2011.



Il secondo progetto, dal titolo *“Gestione clinica dei farmaci ipoglicemizzanti e ipolipemizzanti ad alto costo nel diabete tipo 2 non complicato”*, ideato e coordinato dalla Unità Operativa Clinica e Terapia Medica dell’Azienda, coinvolge 4 Province della RER (Parma, Bologna, Reggio-Emilia e Piacenza), intende stabilire, con uno studio clinico randomizzato, la migliore strategia terapeutica per pazienti con diabete non complicato in fase iniziale.

Lo studio nasce dalla consapevolezza che una delle principali cause di complicanze del diabete di tipo 2 è il mancato controllo glicemico, difficile da ottenere per l’elevata frequenza di fallimenti del trattamento farmacologico. I farmaci ipoglicemizzanti tradizionalmente utilizzati infatti perdono progressivamente la loro efficacia dopo un certo periodo di utilizzo, anche quando impiegati in associazione. Di recente sono stati introdotti nuovi farmaci, le incretine, molto più costosi di quelli tradizionali (da 10 a 25 volte maggiore) finora però testati solo in studi sperimentali di breve durata (follow-up massimo di 54 settimane).

Pertanto, il presente progetto, finanziato dalla Regione nel 2008, mette a confronto la strategia terapeutica ipoglicemizzante tradizionale con un nuovo approccio comprendente le incretine, su circa 300 soggetti con diabete di tipo 2 non complicato, per verificare l’efficacia, la durabilità degli effetti e la sicurezza, a breve e lungo termine.

I risultati del progetto possono avere un impatto pratico importante, in quanto permetteranno la definizione di algoritmi terapeutici standardizzati per regolamentare l’utilizzo dei farmaci ad alto costo nella pratica clinica.

### **Interventi sulla sicurezza dei pazienti**

“Sicurezza” per i pazienti significa non essere esposti a danni potenziali e inutili derivanti dall’assistenza sanitaria. Una recente metanalisi rivela che si verificano errori nel 10% circa delle ospedalizzazioni, e che circa la metà di questi sarebbe prevenibile [de Vries 2008], anche se incidenti avvengono in tutte le circostanze in cui sono prestati servizi di assistenza sanitaria, compresa quella primaria, secondaria, locale, sociale e privata, e quella per gli infortuni gravi e le malattie croniche.

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori che determinano la qualità delle cure e deve rappresentare, pertanto, uno degli obiettivi prioritari dei servizi sanitari. Poiché dipende dall’interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, essa deve essere affrontata attraverso l’adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. L’attenzione a queste problematiche è crescente, e da anni viene enfatizzata anche in sede di Unione Europea, dove nel 2005 è stato istituito un meccanismo per esaminare le questioni attinenti alla sicurezza dei pazienti e per promuoverle a priorità del settore sanitario, comprendente un gruppo di lavoro attraverso il quale la Commissione europea intende agevolare il lavoro svolto dagli Stati membri. Partecipano all’attività del gruppo anche l’Organizzazione mondiale della sanità, il Consiglio d’Europa, l’OCSE e le associazioni europee di pazienti, medici, infermieri, farmacisti, dentisti e ospedali.

La Regione Emilia-Romagna è impegnata da anni nella ricerca sulla gestione del rischio clinico, e promuove iniziative volte alla conoscenza delle cause e all’individuazione di strategie correttive.

A tale proposito, nel 2009 si è concluso il progetto dal titolo *“Screening degli eventi avversi nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna”*, finanziato dalla Regione nell’ambito del Bando di Modernizzazione, coordinato dalla Unità Operativa Ricerca e Innovazione della AOU di Parma in collaborazione con le AUSL di Parma e Piacenza. Il progetto, ispirato dall’alta frequenza di eventi avversi registrata in letteratura e dalla consapevolezza della prevenibilità di una grande proporzione di essi, ha effettuato la validazione di un sistema di screening automatizzato volto a segnalare la presenza di “potenziali” eventi avversi avvenuti durante il ricovero, applicando un set di indicatori alle informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), quindi a dati già disponibili. Le cartelle corrispondenti ai casi segnalati dal sistema di screening informatizzato sono state esaminate da revisori infermieristici e medici, per valutare la capacità del sistema di identificare l’effettiva esistenza di eventi avversi. I risultati, che saranno pubblicati su una rivista scientifica nel 2011, hanno dimostrato che il sistema di screening utilizzato nell’ambito del progetto è un metodo estremamente efficiente per identificare potenziali eventi avversi: infatti, per scoprire un evento avverso occorre analizzare 6 cartelle estratte dal sistema di screening, contro 18 cartelle di un campione casuale. Purtroppo la strategia riesce a catturare solo il 41% degli eventi avversi, implicando il rischio di sottovalutare il problema; tuttavia il costante miglioramento degli indicatori utilizzati dallo screening automatizzato, come sottolineato in letteratura [Kaafarani 2009], permetterà sicuramente di migliorare la sensibilità del sistema e di ottenere una fotografia reale della frequenza di eventi avversi, consentendo ai professionisti di analizzarne le cause in tempi brevi e quindi di adottare misure mirate per prevenirli.



### **Interventi sulla continuità assistenziale**

Compito essenziale dei Servizi Sanitari è attuare un'adeguata prevenzione, intesa non solo come prevenzione dell'insorgenza di malattie, ma anche delle complicanze di patologie esistenti, aiutando il paziente a convivere con il suo problema di salute e ad effettuare tutte le cure necessarie per ridurre/posticipare le sequele. In particolare, le patologie croniche, in costante aumento, presentano un'alta incidenza di complicanze, spesso potenzialmente evitabili, con la stretta collaborazione tra ospedale e territorio. Da questa costante collaborazione possono trarre particolare beneficio quei pazienti affetti da malattie cronic-degenerative nei primi stadi, quando la loro gestione non è ancora ben definita e i loro sintomi non sono ancora palesi o abbastanza gravi da indicare chiaramente l'approccio più adatto all'individuo. L'applicazione di tecniche innovative capaci di diagnosticare precocemente tali patologie e le loro complicanze, costituisce un elemento essenziale della continuità dell'assistenza, in quanto permette di pianificare la corretta strategia terapeutica di concerto tra l'ospedale e il territorio.

In quest'ottica è stato avviato nel 2010 il progetto dal titolo *"Clinical effectiveness della Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) in campo cardiovascolare e neurologico in pazienti con patologia ad alto rischio evolutivo"*, finanziato nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009, ideato e coordinato dalla Unità Operativa Medicina Nucleare della AOU di Parma con il coinvolgimento delle 4 Province dell'Area Vasta Emilia Nord.

Il presente progetto intende valutare l'impatto clinico e gestionale dell'introduzione della PET (Positron Emission Tomography) in specifici percorsi diagnostico-terapeutici gravati da ampia variabilità di comportamento nel settore cardiovascolare e neurologico. La PET è una sofisticata tecnica di imaging ampiamente utilizzata in oncologia, il cui impiego si sta diffondendo anche in altri ambiti, in particolare quello neurologico e cardiovascolare, quale strumento di valutazione del rischio, di progressione di malattia e di efficacia terapeutica.

In particolare, in ambito cardiovascolare lo studio valuterà l'utilizzo della PET per individuare pazienti diabetici con malattia coronarica in fase subclinica, quindi ad alto rischio di sviluppare malattia conclamata, da trattare con l'intensità riservata alla prevenzione secondaria. In ambito neurologico, la PET verrà utilizzata per studiare i pazienti con deficit cognitivo lieve (mild cognitive impairment), per identificare i soggetti ad alto rischio di sviluppare demenze.

Il progetto intende sviluppare algoritmi di prevenzione primaria e secondaria di patologie ad alto rischio evolutivo (come l'*Alzheimer*), al fine di diffondere e promuovere l'utilizzo ad altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

### Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

La politica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in materia di acquisto di beni e servizi è stata volta anche nel 2010 a garantire la qualità degli approvvigionamenti nel rispetto del contenimento dei costi e dei tempi di gara.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi si è data continuità alle attività di collaborazione in Area Vasta e tramite l'agenzia regionale Intercent-ER, pur senza trascurare le iniziative aziendali volte al costante aggiornamento dei prezzi, oltre che alla razionalizzazione dei consumi e delle modalità di fruizione forniture (sviluppo conto deposito).

L'obiettivo fissato dalla Regione di mantenere una percentuale minima di acquisti effettuati tramite Intercent-ER pari al 25% del volume degli acquisti, come si evince dai dati forniti dall'Agenzia Intercent-ER appare ampiamente raggiunto in quanto, nel complesso, gli acquisti effettuati tramite l'Agenzia regionale hanno raggiunto il 36% rispetto all'intero ammontare di beni e servizi acquisiti. Per il calcolo dell'incidenza delle convenzioni Intercent-ER sulla spesa delle Aziende Sanitarie sono stati considerati gli ordinativi di fornitura stipulati nel 2010 e quelli stipulati negli anni precedenti con efficacia anche nel 2010; i dati relativi alla spesa sono desunti dal preconsuntivo 2010.

Al fine di contribuire al rafforzamento del sistema regionale per gli acquisti, un secondo obiettivo che ci si è proposti di raggiungere nel corso dell'anno 2010 è rappresentato dal consolidamento dei percorsi e di modalità di collaborazione con Intercent-ER nelle diverse fasi del processo di acquisizione, secondo gli indirizzi già avviati negli anni precedenti

Inoltre sono stati attivati percorsi finalizzati a garantire il coordinamento e la gestione centralizzata delle problematiche inerenti casistiche di inadempienze contrattuali, non adeguatezza dei prodotti, segnalazione di incidenti e/o difetti di fabbricazione, difficoltà di rifornimento di prodotti aggiudicati tramite convenzioni Intercent-ER.

Per quanto concerne l'obiettivo legato all'incentivazione delle procedure di acquisto centralizzate a livello di Area Vasta si segnala preliminarmente la costituzione del DIA (Dipartimento Interaziendale Acquisti di



Area Vasta), delegato alla promozione, monitoraggio, rendicontazione delle attività di acquisto centralizzata.

Le prime attività del DIA si sono orientate al complessivo aggiornamento dei documenti regolamentari e costitutivi (statuto), risalenti ai primi anni di AVEN, aggiornamento concluso a novembre 2010.

L'introduzione del DIA ha prodotto altresì significativi risultati in termini di rispetto e ampliamento della programmazione delle gare.

In generale nel corso del 2010 sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Adozione di modalità innovative di definizione della programmazione degli acquisti di Area Vasta, procedendo all'esame dettagliato delle scadenze contrattuali delle aziende associate al fine di individuare tutte le procedure di acquisto che potevano risultare di interesse sovra-aziendale, e, in successione logica, le procedure di acquisto da mantenere a livello aziendale, definendo il quadro complessivo della programmazione.
- Strutturazione e maggiore integrazione delle attività riferite alla fase di selezione e standardizzazione dei prodotti.
- Sulla base del Piano gare approvato, le Direzioni Aziendali hanno provveduto alla individuazione e nomina dei professionisti e tecnici da coinvolgere nelle relative gare in programmazione, per garantire le competenze necessarie e un adeguato grado di rappresentatività.

Il valore complessivo delle gare aggiudicate a livello di Area Vasta risulta pari ad €. 50.101.324,72 (iva esclusa), con un risparmio valutato in € 6.314.162,81 pari all'11,20% rispetto alla base d'asta o, ove non presente, rispetto ai prezzi storici.

Si rileva infine che, con riferimento al progetto di logistica integrata (magazzino unico per farmaci e dispositivi medici), di notevole impatto sia economico, sia organizzativo, sono proseguiti i lavori del team multiprofessionale di cui fanno parte, tra gli altri, i direttori amministrativi come referenti aziendali, con l'obiettivo di presidiare ed assicurare il buon andamento del progetto stesso in una logica di condivisione del nuovo sistema organizzativo, di risoluzione delle criticità connesse ed il progressivo coinvolgimento del personale operativo interessato.

È stato inoltre costituito un gruppo ad hoc di fornitori che ha avviato un'attenta analisi organizzativa e di valutazione delle risorse umane attualmente impiegate nelle aziende e da riconvertire dopo l'attivazione del magazzino unico.

### **Relazione Area Vasta Emilia Nord**

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena:

- **Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza**
- **Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma**
- **Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma**
- **Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia**
- **Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia**
- **Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena**
- **Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena**

L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione a livello di Area Vasta, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, al fine di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

L'Area Vasta Emilia Nord ha provveduto a definire la propria programmazione degli acquisti per il biennio 2010 - 2011 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati (Regionale, di Area Vasta e Aziendale).

La riorganizzazione dei Servizi Acquisti, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2010 - 2011, in coerenza con la pianificazione 2009 - 2010, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.



### Acquisti centralizzati

A dicembre 2010 risultano concluse 33 gare AVEN; inoltre si segnalano 15 procedure in avanzato stato di svolgimento (già pubblicate) e altre 38 già attivate (fase di predisposizione del capitolato).

**Tabella 14 Esiti economici delle gare AVEN 2010**

	Numero	Importo complessivo d'aggiudicazione	Differenza su importi a base d'appalto o spesa storica	Differenza %
Gare AVEN concluse nel 2010	32	50.101.324,72	-6.314.162,84	-11,20
Gare AVEN svolte da Intercent-ER	1	80.657.310,00	-4.833.410,00	-5,65
<b>TOTALI COMPLESSIVI</b>	<b>33</b>	<b>130.758.634,72</b>	<b>-11.147.576,84</b>	<b>-7.86</b>

In merito all'attività di acquisto svolta tramite l'Agenzia Intercent-ER, è proseguita la collaborazione con l'Agenzia, sia in fase di programmazione, che in fase di espletamento delle procedure (supporto di professionisti e tecnici per la predisposizione dei capitolati), che in fase di gestione e risoluzione delle problematiche post-aggiudicazione.

Complessivamente l'obiettivo fissato dalla Regione di incrementare la quota di committenza nei confronti di Intercent-ER, è stato raggiunto dalle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord per il 2010, come si evince dai dati forniti dall'Agenzia Intercent-ER. Per il calcolo dell'incidenza delle convenzioni Intercent-ER sulla spesa delle Aziende Sanitarie sono stati considerati gli ordinativi di fornitura stipulati nel 2010 e quelli stipulati negli anni precedenti con efficacia anche nel 2010.

Gli importi relativi all'adesione alle Convenzioni Intercent-ER sono stati valorizzati dall'Agenzia regionale come da schema sottostante:

**Tabella 15 Percentuale di acquisti AVEN tramite Intercent-ER**

	AVEN
Totale spesa annualizzata gestita da Intercent-ER nel 2010	351.981.592
Spesa aziende sanitarie beni e servizi	986.017.000
<b>Incidenza Intercent-ER</b>	<b>36%</b>

Le gare previste nella programmazione Intercent-ER alle quali i professionisti dell'Area Vasta stanno partecipando, sia nei gruppi di lavoro, che nelle Commissioni giudicatrici comprendono: la riedizione di procedure per le quali è scaduto il tempo di validità della Convenzione (Antisettici e Disinfettanti, Dispositivi per prelievo di sangue e raccolta urine, TNT non sterile, Ambulanze...), le gare da tempo in corso e che sono giunte alla fase finale dell'iter amministrativo (soluzioni infusionali, di mezzi di contrasto), le nuove gare da attivare (sistemi di diagnostica rapida per diabetologia territoriale, Lentine intraoculari, materiale per sterilizzazione ed imballaggi, Sonde-cateteri-tubi, Vestiario e Dispositivi di protezione individuale, eccetera).

### Progetto di logistica integrata - magazzino centralizzato

L'attività 2010 dell'Area Vasta Emilia Nord è stata prioritariamente indirizzata alla predisposizione del contesto indispensabile per la realizzazione del Progetto di logistica integrata delle Aziende AVEN con l'obiettivo di garantire le condizioni operative, organizzative e gestionali necessarie per l'attivazione nel corso del 2011 della struttura e del complesso sistema della logistica integrata.

Un settore chiave in tale contesto, che è stato sviluppato nel corso del primo semestre del 2010, è quello relativo all'allineamento delle anagrafiche beni sanitari, in quanto il progetto di Logistica centralizzata ha subito messo in evidenza la necessità di identificare in modo univoco i prodotti per poter procedere ad un corretto scambio dei dati (inoltre richieste di approvvigionamento dalle Aziende Sanitarie al Magazzino Centrale, ricevimento dati di ritorno). Si è pertanto proceduto a creare un sistema informatizzato (attraverso la creazione di un apposito portale AVEN) che comprendesse:

- una funzione di attribuzione di un codice numerico identificativo dei prodotti e della loro denominazione in ambito AVEN;
- una funzione di attribuzione di altri elementi anagrafici;



- una funzione di gestione dell'interoperabilità tra tutte le aziende AVEN e il Magazzino Centralizzato.

Attraverso la nuova procedura informatica, attualmente in fase di test, sarà possibile per le Aziende:

- 1) ricercare un prodotto sull'archivio comune;
- 2) richiedere la codifica di un nuovo prodotto a gestione centralizzata;
- 3) richiedere la codifica di un nuovo prodotto a gestione locale.

#### *Attività di integrazione in ambito clinico-assistenziale, in ambito amministrativo-gestionale e nel settore ICT e sperimentazione di nuovi schemi organizzativi*

Nel 2010 si è puntato in particolare all'implementazione del lavoro nei seguenti gruppi:

- Sottogruppi MO-RE e PR-PC per l'integrazione delle attività dei Centri Trasfusionali: nel I° semestre 2010 è stata resa operativa la centralizzazione in due poli, uno per l'area di MO-RE e l'altro per l'area PR-PC delle attività di qualificazione biologica (sierologia e biologia molecolare) delle unità di sangue raccolte. Sono inoltre in fase di completamento gli studi di fattibilità per la realizzazione di una struttura centralizzata (sempre per aree, MO-RE e PR-PC) per la produzione di emocomponenti, estesa all'intero processo, dalla raccolta del sangue, alla sua lavorazione fino alla distribuzione.
- Gruppo Laboratori: il gruppo di lavoro ha prodotto a marzo 2010 un documento condiviso contenente raccomandazioni in materia di appropriatezza e progressivo allineamento dei protocolli in uso e dei percorsi diagnostici, in particolare per: esami pre-operatori, TSH reflex, PSA reflex, Profili per autoimmunità e celiachia, Profili e protocolli diagnostici per dolore toracico e trombosi. Si è proceduto alla diffusione e al recepimento di tali raccomandazioni nelle singole Aziende AVEN.
- Gruppo Ricerca-Innovazione: il gruppo ha lavorato sulla proposta operativa per la costruzione di un'infrastruttura in Area Vasta a supporto della ricerca.
- Gruppo Assistenza in Emergenza-Urgenza: il gruppo ha completato lo studio e la definizione dei modelli organizzativi dei settori relativi all'emergenza urgenza nell'ambito del territorio AVEN, a livello provinciale e in area ospedaliera. I documenti prodotti hanno offerto informazioni utili al lavoro di implementazione dei requisiti richiesti dall'accreditamento. È in fase di elaborazione il lavoro relativo al mandato che i Direttori Generali hanno affidato al gruppo per il 2010 in merito allo sviluppo di uno studio di fattibilità su ipotesi di integrazione delle Centrali Operative.
- Gruppo Integrazione Socio-Sanitaria e Gruppo Responsabili Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: tramite la suddivisione del lavoro in sottogruppi, sono state prodotte, per ciascuno dei settori sottoelencati, relazioni contenenti analisi e proposte a supporto dell'attività programmatica delle Direzioni Generali sui seguenti temi:
  - emergenza adolescenti: assistenza e residenzialità;
  - riorganizzazione servizi sanitari nelle carceri;
  - rapporti con Enti ausiliari e Case di Cura AIOP: relazioni interistituzionali e negoziazione;
  - integrazione DSM-assistenza socio sanitaria, partecipazione alla spesa degli utenti e accreditamento strutture;
  - realizzazione/adequamento del sistema informativo integrato.
- Gruppo "Modalità innovative di Distribuzione del farmaco"/Progetto PRISMA: anagrafica Prescrizione Informatizzata: nel corso del 2010 il gruppo di lavoro ha portato a compimento gli step previsti dal Progetto.

Si è inoltre provveduto a collaborare strettamente con la Regione relativamente alla definizione e partecipazione di rappresentanti dell'Area Vasta all'interno di diversi gruppi di lavoro costituiti dalla Regione: Commissione Regionale Riabilitazione; Rete clinico assistenziale per neurologia infanzia adolescenza; Piano Regionale Prevenzione; Rete clinica ortopedica; Attività di Day Service Ambulatoriale; Audit Regionale Stroke Care.

Sul versante delle attività di integrazione in ambito amministrativo-gestionale sono proseguiti i lavori dei gruppi Normativa Appalti Beni e Servizi, Assicurazioni, Responsabili Risorse Umane, Responsabili Servizi Bilancio; le priorità trattate hanno riguardato in particolare l'esigenza di confronto su criteri interpretativi e applicativi delle nuove normative in vigore riguardanti la Pubblica Amministrazione e l'approfondimento degli aspetti finanziari connessi alla gestione del Polo Logistico Centralizzato.

Per quanto concerne il settore ICT, da segnalare il lavoro svolto in relazione alle problematiche di gestione del Consenso al trattamento dati nell'ambito del sistema Sole, concretizzatosi in un apposito documento presentato all'Assemblea AVEN.

Lo sforzo di sperimentazione di nuovi schemi organizzativi favorenti un impiego razionale ed integrato delle risorse, che si è concretizzato con l'attivazione dal luglio 2009 di una Commissione Farmaci di Area



Vasta in sostituzione delle precedenti 4 Commissioni Provinciali, è proseguito anche nel secondo semestre dell'anno 2010; la Commissione si è riunita mensilmente e ad ottobre è stato concluso il lavoro di revisione del Prontuario AVEN.

Inoltre è stato avviato un percorso finalizzato a creare le condizioni organizzative e funzionali per arrivare alla costituzione di un'unica Commissione di Area Vasta per i Dispositivi Medici.

Infine si segnala che la revisione del sito web di AVEN è stata completata e la nuova edizione dello stesso è accessibile dal 30 settembre 2010.

## Sistema informativo e progetti ICT

### Implementazione progetti regionali ICT

Nel 2010 si è intervenuto nell'ammodernamento dei sistemi informativi volti alla partecipazione dell'Azienda ai Progetti ICT Regionali.

In riferimento agli obiettivi regionali ICT sono state individuate le possibilità tecniche di prescrizione informatizzata di specialistica ambulatoriale e farmaceutica. Sono inoltre proseguite le attività di inserimento dell'offerta delle prestazioni nel sistema CUP provinciale. Relativamente al progetto CUP integratore è proseguito il supporto delle due aziende alla sperimentazione del progetto.

Nell'ambito del Call Center – Numero Verde regionale si è sostenuto, tramite la predisposizione di automatismi e con la proficua collaborazione dell'URP, all'allineamento delle relative banche dati

Nell'ambito dei progetti SISD, tra cui spiccano le attività della piattaforma SOLE, si è proseguito con l'ammodernamento del sistema informativo sanitario per la successiva integrazione con le piattaforme regionali. In particolare l'intervento ha coinvolto il sistema di gestione dei ricoveri e delle liste d'attesa dal quale è stato pianificato verranno generati gli eventi di ammissione/dimissione e la lettera di dimissione per l'invio al repository SOLE. Da questo sistema verrà inoltre integrata l'attività relativa al progetto SIGLA. Si è inoltre definita l'architettura del sistema di refertazione ed invio al repository SOLE del referto di Pronto Soccorso. Infine, nel corso del 2010, si è ha dato inizio all'invio dei referti di Radiologia al repository SOLE utilizzando il consenso rilevato dai MMGG.

Azienda	Tipo	Gen 2010	Feb 2010	Mar 2010	Apr 2010	Mag 2010	Giu 2010	Lug 2010	Ago 2010	Set 2010	Ott 2010	Nov 2010	Dic 2010	Gen 2011	Totale
AOU	Laboratorio	69	755	1948	939	5094	5111	4352	3464	4603	8335	6825	5540	5012	<b>52047</b>
Parma	Radiologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	359	353	<b>716</b>

Nel contesto dei progetti ICT regionali, oltre alla prosecuzione delle attività di distribuzione delle Carte Operatore (279 CNS nell'arco dell'anno), si è delineato il percorso organizzativo ed avviata la procedura di assunzione a Registration Authority. Si è inoltre effettuato uno studio tecnico di implementazione del sistema di smart card log-on con il sistema di autenticazione aziendale.

### Implementazione progetti aziendali ICT

Nell'arco del 2010 si sono effettuati diversi interventi di ammodernamento ed informatizzazione dei processi aziendali. Gli interventi principali sono riassumibili nei seguenti punti.

1. Ammodernamento del software di gestione dei ricoveri e delle liste d'attesa. Il nuovo applicativo, basato su piattaforma web aderente agli standard W3C e di autenticazione LDAP, si propone come piattaforma generale di base del sistema informativo sanitario aziendale.
2. Aggiornamento del software di gestione del pronto soccorso. Il software di gestione dei processi di Pronto Soccorso è stato adeguato alle esigenze organizzative nate con l'avvio del nuovo Pronto Soccorso aziendale ed interfacciato con il sistema di videoaccoglienza installato presso tale struttura.
3. Potenziamento dell'infrastruttura di elaborazione del sistema informatico di laboratorio. Nel corso dell'anno si è proceduto all'aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura di elaborazione del sistema di laboratorio consentendo un progressivo aumento della tecnologia informatica nei laboratori.
4. Supporto informatico/telematico per l'attivazione della Centrale Operativa 118 al Centro di Emergenza unico presso la sede di Via del Taglio.
5. Messa in sicurezza dell'infrastruttura informatica del software di supporto al bilancio e all'approvvigionamento.
6. Aggiornamento infrastrutturale e del software centrale di autenticazione al sistema informatico.
7. Migrazione della connettività internet e piena adesione al sistema di telecomunicazione digitale della rete regionale Lepida.



Gli interventi relativi a progetti ICT di media entità riguardano acquisizioni dei sistemi di gestione del parco client, dei software per la gestione contratti (nuovo flusso ministeriale DIME) e l'interfacciamento del sistema informatico di fatturazione della libera professione al sistema di supporto al bilancio;

Perseguendo gli obiettivi di dematerializzazione dei processi, in linea con le direttive ministeriali e regionali, si è inoltre proceduto con:

- l'integrazione dei dizionari aziendali (anagrafica catastale, anagrafe dei collaboratori, elenco telefonico eccetera);
- definizione all'interno della intranet del cruscotto personale. Quest'ultimo è l'elemento di comunicazione telematico (i.e. cartellino elettronico) con gli utenti del sistema informatico aziendale, composti in gran parte dai dipendenti dell'azienda stessa;
- pubblicazione dell'albo pretorio on line.

### 3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa rientra tra i principali obiettivi aziendali di un'organizzazione grande, complessa e in continua evoluzione come il Servizio Sanitario Nazionale, in cui ricerca e formazione costituiscono fattori essenziali per assicurare nel tempo il necessario livello di qualità e la costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nel contesto clinico-assistenziale. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è la sede naturale per lo sviluppo di tali fattori e costituisce, sotto tale profilo, un punto di riferimento e di diffusione per l'intero sistema regionale. La funzione di ricerca (di cui al capitolo 6 del presente volume) e di promozione dell'innovazione rappresenta un elemento centrale ed unico, in quanto solo il S.S.R. è in grado di sviluppare quella ricerca mirata a definire le condizioni di effettiva appropriatezza di uso delle tecnologie e a portare a completa maturazione le informazioni necessarie a cogliere e misurare implicazioni organizzative e gestionali dell'introduzione di nuove conoscenze, dell'abbandono di quelle obsolete, eccetera. In tale contesto, il concetto di "innovazione" assume quindi non più soltanto il significato di "ciò che è nuovo", ma di ciò che - indipendentemente dalla sua "età cronologica" - innova in quanto capace di favorire processi portatori di un più favorevole profilo "beneficio-rischio". La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa diviene quindi principio fondamentale ispiratore del sistema e dell'Azienda e implica lo sviluppo di particolari forme di collaborazione con l'Università per il suo peculiare ruolo istituzionale.

#### Tecniche chirurgiche all'avanguardia

##### **Single port: tecnica mini-invasiva per l'asportazione parziale dell'intestino e della colecisti.**

Nel corso del 2010 sono stati effettuati dall'equipe della Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria due interventi di asportazione della parte destra del colon e due interventi di colecistectomia utilizzando una innovativa tecnica operatoria laparoscopica che consente interventi di chirurgia maggiore mediante un'unica e minima cicatrice addominale periombelicale. Si tratta di un'operazione chirurgica di grande difficoltà tecnica, tra i primi casi eseguiti nel territorio nazionale. La tecnica definita single port rappresenta una evoluzione della tecnica classica laparoscopica con l'intento di ridurre ulteriormente il trauma alla parete addominale. Al 2010 sono stati eseguiti nel mondo circa 2000 interventi con questa tecnica che non è ancora standardizzata.

La peculiarità della tecnica chirurgica è costituita dalla possibilità di utilizzo di un unico trocar addominale. I tre strumenti utilizzati dal chirurgo e dotati di particolari funzioni di snodo, sono infatti introdotti da una piccola incisione in regione ombelicale. Da questo punto focale viene dapprima effettuata la dissezione dell'area da asportare e poi sono estratti l'ultima ansa ileale, l'intestino cieco e il colon ascendente. Grazie alla mini-invasività di questa tecnica, la dimensione della cicatrice transombelicale può essere ridotta a circa 2-3 cm con notevoli vantaggi per il controllo del dolore post-operatorio e per la cosmesi della regione addominale. La rapida evoluzione dei materiali utilizzati per questa tecnica sta contribuendo a ridurre le difficoltà tecniche a fronte di costi che sono ancora lievemente superiori a quelli della tecnica tradizionale laparoscopica.

Attualmente l'utilizzo della nuova tecnica è riservato a pazienti selezionati sia per patologie benigne del colon come le malattie infiammatorie sia per patologie neoplastiche, specie negli stadi iniziali.



L'intervento di colecistectomia è al momento riservato ai casi operati in elezione e quindi in assenza di fenomeni infiammatori di rilievo.

### **Gastrectomia totale laparoscopica**

Nel 2010 sono state eseguiti, dall'equipe della Chirurgia d'urgenza, due interventi di gastrectomia totale laparoscopica. A livello nazionale, solo in una decina di centri altamente specializzati è possibile effettuare con tecnica mini invasiva questo delicato intervento ad alta complessità, che comprende l'asportazione completa dello stomaco e la ricostruzione del transito alimentare.

La prima gastrectomia è stata eseguita su un paziente di 82 anni affetto da neoplasia dello stomaco con esito positivo e rapido decorso post operatorio.

La laparoscopia è una metodica chirurgica mini invasiva, effettuata con l'inserimento nell'addome del paziente di un minuto strumento chirurgico (laparoscopio), dotato di due canali ottici: uno che illumina l'interno e uno che trasmette all'esterno le immagini degli organi. Il chirurgo opera con strumenti da presa e taglio, inseriti anch'essi nell'addome attraverso altre piccole incisioni chirurgiche.

La gastrectomia totale laparoscopica è considerata un intervento tecnicamente molto complesso, in particolare per la realizzazione di una funzionale anastomosi tra esofago e digiuno e di una accurata linfadenectomia locoregionale.

L'utilizzo della tecnica laparoscopica comporta una riduzione degli effetti collaterali e un decorso post operatorio meno doloroso per il paziente. Fattori che consentono un rapido recupero della deambulazione e delle normali attività.

Con l'utilizzo della tecnica laparoscopica l'équipe ha realizzato, sempre nel corso del 2010, anche il terzo intervento di asportazione completa del colon retto, con ricostruzione della continuità tra ileo e ano, in una giovane di 16 anni affetta da rettocolite ulcerosa. L'operazione ha consentito un'ottima ripresa funzionale alla ragazza, con un contenimento anche delle conseguenze psicologiche di un intervento di queste dimensioni, viste le ridotte cicatrici nell'addome.

### **Chirurgia tiroidea mini-invasiva con la tecnica Mivat**

Nell'ultimo decennio l'utilizzo di tecniche endoscopiche e laparoscopiche ha cambiato l'approccio chirurgico a numerose patologie, tra cui le malattie della tiroide che richiedono l'asportazione totale o parziale della ghiandola.

La struttura complessa di Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma da alcuni anni utilizza tecniche mini-invasive, specializzandosi in particolare nella metodica Mivat (mini invasive video assisted thyroidectomy), ovvero l'intervento di tiroidectomia mini-invasiva video-assistita. Tale tecnica può essere utilizzata sia nelle patologie benigne che nelle lesioni maligne a basso rischio, in pazienti con volume ghiandolare non superiore ai 25 ml, con nodulo singolo non superiore ai 3,5 cm di diametro. È controindicata soprattutto nei pazienti già operati e con collo corto.

La Mivat consente di ridurre i danni estetici, con una cicatrice d'incisione chirurgica che non supera i 2 centimetri (contro i 5 centimetri in media della tecnica tradizionale) e riduce i rischi post-operatori, in particolare quelli legati all'alterazione della voce ed alla deglutizione. La durata dell'intervento è generalmente inferiore rispetto a quello tradizionale e, nei casi in cui l'anestesia generale è controindicata, può essere svolto in anestesia locale seppur in casi selezionati.

Ma la mini-invasività che si ottiene con la tecnica Mivat, oltre a garantire ottimi risultati estetici, comporta in generale un minore traumatismo per il paziente: la tecnica infatti non prevede l'iperstensione intraoperatoria del collo con conseguente netta diminuzione del dolore postoperatorio, con una conseguente più agevole ripresa funzionale del paziente, senza aumentare l'incidenza delle complicanze associate alla chirurgia tiroidea.

Dal luglio 2005 al dicembre 2010 presso la U.O. Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono stati trattati 1573 pazienti con un intervento di tiroidectomia totale, di cui 300 con tecnica Mivat. Tale esperienza ha permesso all'U.O. di Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo di essere uno dei centri con maggiore esperienza in questa metodica; ha permesso inoltre la pubblicazione di numerosi articoli con riferimento a tale tecnica su prestigiose riviste chirurgiche come "Langenbeck's archives of surgery", "European Surgical Research", "Surgical Laparoscopic Endoscopic Percutaneous Technique".



Dall'esperienza maturata presso la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria, dalle citazioni ottenute dal gruppo della chirurgia trapianti da parte di altri gruppi chirurgici a livello internazionale, si conferma la MIVAT come una metodica sicura ed efficace anche in ambito oncologico, al pari delle metodiche tradizionali, con il vantaggio di essere riproducibile e di garantire una migliore identificazione delle strutture (nervo ricorrente e ghiandole paratiroidi), grazie all'ingrandimento delle immagini inviate dalla telecamera.

### Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite

#### *Standardizzazione dei percorsi diagnostici-terapeutici per la gestione dell'emergenza emorragica nei pazienti con malattia emorragica congenita: network tra i Centri Emofilia e i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna*

La gestione degli episodi emorragici nei pazienti con emofilia e malattie emorragiche congenite, molto complessa e articolata, richiede un'adeguata e specifica preparazione da parte del personale dei Dipartimenti ospedalieri di Emergenza-Urgenza, al fine di somministrare un appropriato trattamento ed evitare di sottostimare il rischio emorragico.

Nel 2008, la European Society of Haemophilia and Allied Disorders ha raccomandato lo sviluppo di programmi di formazione, di coordinamento tra Centri Emofilia e dipartimenti di emergenza, anche con l'uso di tecnologie informatiche, per facilitare la gestione delle emergenze emorragiche in tali patologie.

In questo contesto, l'AOU di Parma, Centro Hub per l'Emofilia e le Malattie Emorragiche Congenite, negli anni 2009-2010 ha elaborato e coordinato il progetto "Percorso per l'accesso e il trattamento dei pazienti con malattia emorragica congenita nei Pronto Soccorso della Regione Emilia Romagna", in condivisione con i Centri Emofilia e i Pronto Soccorso regionali.

Tale progetto ha comportato:

- lo sviluppo di linee guida specifiche per la gestione nei PS degli episodi emorragici in pazienti con malattia emorragica congenita e la sua diffusione a tutti i Pronto Soccorso regionali da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna; ciò si è reso necessario in quanto in letteratura sono presenti pochi documenti al riguardo, in particolare le raccomandazioni della National Haemophilia Foundation (MASAC), che risultano però generiche e limitate all'emofilia, pertanto poco utili nella gestione pratica dell'urgenza nei PS;
- l'elaborazione di un sito web dedicato, con un'area pubblica, semplificata, per i pazienti, e un'area riservata per i medici; il sito contiene la descrizione delle malattie, i farmaci e le istruzioni per trattare gli episodi emorragici e i traumi; inoltre, per ogni malattia emorragica congenita è presente un algoritmo specifico che suggerisce la prima dose di concentrato, in base al tipo e gravità di episodio emorragico e trauma. Infine, dal sito, attraverso l'utilizzo di una chiave USB assegnata dal Centro Emofilia al paziente, è possibile accedere alla cartella clinica informatizzata del paziente stesso, i cui dati possono essere immediatamente elaborati dal software web-based delle Emergenze e ottenere un algoritmo personalizzato per il trattamento dell'emergenza emorragica;
- un percorso formativo teorico-pratico per medici e infermieri dei PS, che ha l'obiettivo di diffondere la conoscenza delle problematiche dei pazienti con Malattie Emorragiche Congenite, uniformare il più possibile il trattamento delle emergenze emorragiche nel territorio e, infine, illustrare il sito web dedicato e le sue funzioni di ausilio terapeutico; tale percorso formativo, tenuto dal Centro Hub di Parma, è iniziato nel 2010 e si concluderà nel corso del 2011.

Lo sviluppo del network tra Pronto Soccorso e Centri Emofilia della Regione Emilia-Romagna permette, oltre alla migliore gestione clinica dell'emergenza emorragica nei pazienti con Malattia Emorragica Congenita, anche un miglioramento del governo delle risorse economiche, gestionali e sanitarie, con un utilizzo razionale dei farmaci ad elevato costo e ottimizzazione delle risorse disponibili.

In Italia, questo è il primo esempio di sistema integrato coinvolgente Centri Emofilia, Pronto Soccorso e pazienti per la gestione delle emergenze emorragiche, con il supporto di un software web-based dedicato nei pazienti affetti da malattia emorragica congenita.

#### *Caratterizzazione genetica Emofilia A*

La stretta cooperazione tra il Centro Hub Malattie Emorragiche Congenite e la Struttura Semplice di Genetica Molecolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha permesso di raggiungere uno degli obiettivi prioritari e più sfidanti del Centro Hub della Rete MEC (Malattie Emorragiche Congenite): la caratterizzazione, dal punto di vista molecolare, dei pazienti affetti da emofilia A della Regione Emilia-Romagna, che comporta indubbi vantaggi nell'approccio diagnostico, clinico ed epidemiologico.



Il riscontro dell'importanza clinica e diagnostica di questo lavoro ha trovato conferma nella pubblicazione sulla rivista scientifica internazionale "Haemophilia" ("Spectrum of F8 gene mutations in haemophilia A patients from a region of Italy: Identification of 23 new mutations" Volume 16, Issue 5, September 2010, Pages: 791-800). Lo scopo del lavoro è stato quello di identificare la mutazione causativa in 201 pazienti (152 casi indice) afferenti ai Centri Emofilia della Regione Emilia-Romagna e nelle sospette portatrici. Attraverso la combinazioni di differenti metodi diagnostici (sequenziamento diretto, DHPLC, MLPA, Long distance PCR), sono state identificate 78 mutazioni differenti, di cui 23 mai riportate prima sui databases internazionali. Le informazioni ottenute da questo lavoro, registrate su "xl'emofilia", che è la cartella clinica ambulatoriale 'web-based' utilizzata da tutti i Centri della Regione, sono importanti in quanto consentono un miglior inquadramento clinico del paziente, oltre alla possibilità di effettuare un corretto counselling genetico di tutte le famiglie affette ed, eventualmente, eseguire la diagnosi di portatrice e la diagnosi prenatale di questa malattia rara.

Nel 2010 il Centro Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha raggiunto un altro obiettivo, avviando l'attività di diagnostica molecolare del difetto congenito del Fattore VII, un raro disturbo emorragico dovuto ad un'anomalia genetica del cromosoma 13, che si trasmette con modalità autosomica recessiva.

### Riorganizzazioni Tomografie Computerizzate (TC) aziendali

La ricollocazione del Nuovo Pronto Soccorso in un percorso diagnostico-terapeutico di avanzato livello tecnologico ha consentito una più forte integrazione operativa con tutte le attività di eccellenza già presenti presso le strutture specialistiche ospedaliere. Questa integrazione ha favorito certamente la definizione di un percorso preferenziale e sicuro per i pazienti affetti da patologie che necessitano di immediati interventi in urgenza. L'attuale attività assistenziale diagnostica radiologica garantisce tutti gli esami di Pronto Soccorso in urgenza sia neurologici che body (torace, addome, osteoarticolare, eccetera), l'esecuzione di tutte le domande di urgenza interne all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nonché tutto il percorso della trombolisi.

Per poter garantire il soddisfacimento di tutte le richieste urgenti sia per esami TAC che indagini tradizionali ed ortopediche sui sistemi di Direct Radiography, entro tempi di risposta coerenti con gli obiettivi di miglioramento dell'accoglienza, anche per gli accessi di Pronto Soccorso e di Emergenza, è stata attuata una riorganizzazione delle attività assistenziali sulle 24 ore, prevedendo anche la riqualificazione per l'impiego delle nuove tecnologie di tutto il personale medico, infermieristico e tecnico attualmente presente.

La riorganizzazione della Radiologia del Nuovo Pronto Soccorso ha permesso una forte coagulazione in un unico punto di riferimento strutturale di tutti i percorsi integrati in cui sono state coinvolte le diverse professionalità presenti in Azienda, questo ha favorito la creazione di un percorso preferenziale per i pazienti affetti da patologie che necessitano interventi urgenti.

Sono state acquistate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria due TC di ultima generazione: la TC Definition Flash e la TC 16 strati Siemens.

È stata elaborata un'istruzione operativa dal titolo "Istruzione Operativa per la riorganizzazione TC" con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Radiologia e diagnostica per immagine, di Emergenza-urgenza e di Neuroscienze, con l'Unità Operativa di Neuroradiologia, e con la collaborazione della Direzione Sanitaria ed dei Servizi. Nel settembre 2010 si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi professionale.

La ricollocazione presso il Pronto Soccorso della TC 64 strati, precedentemente allocata presso la piastra tecnica, è stata finalizzata all'esecuzione di un programma in emergenza come di seguito descritto:

- o tutte le indagini di pertinenza radiologica genericamente definita "body" (torace, addome, osteoarticolare, eccetera) in urgenza per pazienti del PS, per pazienti politraumatizzati e per pazienti interni provenienti da tutta l'Azienda,
- o gli esami urgenti di tipo neuroradiologico in orario notturno, e nei festivi, a supporto della TC 16 strati collocata presso l'U.O. di Neuroradiologia.

Pertanto, la collocazione della TC 64 strati permetteva l'esecuzione di un programma in emergenza, contemporaneamente all'espletazione di un'altra pianificazione su TC 16 strati.

Da un punto di vista logistico, la riorganizzazione della zona dedicata alla TC e le riallocazioni si spiegano con una migliore gestione ed ottimizzazione degli spazi da parte del personale, sia dal punto di vista funzionale che da quello propriamente dedicato sia all'area per gli interventi di elevata priorità o ad alta intensità di cura sia all'area dedicata agli interventi di media priorità.

Le due aree di alta/media intensità di cura richiedono un continuo supporto ed utilizzo di indagini radiologiche per il controllo e monitoraggio di pazienti non stabilizzati o in fase di stabilizzazione.



I pazienti si potranno giovare dell'allocazione della TC in Pronto Soccorso evitando trasporti che possano allungare i tempi per l'espletamento dell'esame. Infatti, l'elaborazione dell'Istruzione operativa ha consentito di revisionare anche i percorsi dei pazienti per il trasporto degli stessi presso la collocazione della TC 64 strati e presso la U.O. di Neuroradiologia.

A seguito della ricollocazione della TC 64 strati dalla piastra Tecnica presso la U.O. di Pronto Soccorso, la TC 16 strati è stata collocata presso la U.O. di Neuroradiologia. La TC 16 espleta un programma di indagini di pertinenza neuroradiologica in urgenza per pazienti interni provenienti da tutta l'Azienda e per pazienti provenienti dal PS e nello specifico:

- TC cranio-encefalo per pazienti con richiesta di "trauma cranico lieve"
- TC Massiccio facciale (fratture) associata o meno a TC Encefalo
- TC Orecchio (fratture basicranio/rocche petrose, mastoiditi)
- TC Rachide cervicale, dorsale e/o L/S (o singoli metameri) per fratture/lussazioni o per discopatia
- TC Orbite (fratture, celluliti orbitarie)

Infine, la collocazione della TC 16 presso la U.O. di Neuroradiologia permette l'esecuzione di TC per la U.O. di Neurochirurgia di TC Encefalo per pazienti interni ricoverati e programmati.

Questo ha permesso di ottimizzare la programmazione delle prestazioni sia neuroradiologiche che radiologiche body, sia in emergenza che in pazienti ricoverati e programmati.

L'acquisizione della TC Multistrato a Doppia Sorgente (Definition Flash, Siemens), di nuova installazione presso i locali della Radiologia Piastra Tecnica, consente l'esecuzione di indagini con nuovi standard di velocità e riduzione della dose di radiazioni ionizzanti. La velocità del nuovo scanner presenta vantaggi soprattutto per esami riguardanti organi in movimento come il cuore e distretti sensibili al movimento respiratorio come il torace e l'addome. Grazie all'elevata velocità di scansione è possibile acquisire immagini del torace e del cuore contestualmente. È inoltre possibile effettuare scansioni di tutto il corpo (total body) ad elevata velocità con un vantaggio soprattutto per esami in emergenza. Nelle applicazioni pediatriche è possibile ridurre o evitare la sedazione dei bambini prima dell'esame ed effettuare indagini con dosi contenute.

In condizioni ideali, la scansione del cuore può essere effettuata in 300 millisecondi, meno della metà della durata di un battito cardiaco, con una dose di circa 1mSv (oltre 10 volte più bassa della media precedente). Nel caso invece di pazienti tachicardici e/o aritmici, la macchina consente comunque una acquisizione di qualità diagnostica.

L'apparecchiatura TC Multistrato a Doppia Sorgente può essere utilizzata per indagini avanzate di tipo: cardiologico, vascolare, oncologico. L'apparecchiatura consente di effettuare tutte le altre indagini routinarie TC di tutti gli altri distretti per i pazienti dell'AOU di Parma.

### [Linee di sviluppo dell'area di biochimica clinica](#)

Nel 2010, il Laboratorio di Diagnostica Ematochimica e Biochimica ad Elevata Automazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, laboratorio di riferimento dell'intera provincia per la biochimica clinica, ha perseguito diversi obiettivi di rilevanza strategica.

In particolare, per quanto riguarda la qualità globale delle prestazioni del Laboratorio, sono stati messi in atto interventi volti alla razionalizzazione della gestione dei processi pre-analitici di laboratorio, dal prelievo del campione biologico alla sua analisi, rappresentando i processi pre-analitici la causa della maggior parte degli errori di laboratorio (fino al 70%), e quindi con un elevato rischio intrinseco di conseguenze avverse sull'outcome dei pazienti (in primis imputabili ad errori di identificazione).

Nello specifico, sono stati attuati una serie di progetti, volti a migliorare la fase pre-analitica, mediante:

- audit con i reparti ed organizzazione di incontri scientifici e seminari, in cui sono stati dibattuti i principali temi relativi alla variabilità extra-analitica di laboratorio, presentando la "best practice" e disseminando linee guida e raccomandazioni per la corretta gestione delle fasi relative a raccolta, trattamento e preparazione dei campioni biologici;
- riorganizzazione della sezione di accettazione dei campioni biologici, basata sull'introduzione di nuova tecnologia ad elevata automazione, sotto il controllo diretto del personale TSLB, che ha consentito di standardizzare le pratiche, ridurre il rischio biologico e la possibilità d'errore;
- individuazione sistematica e gestione degli errori di Laboratorio, intervento che si configura nell'ambito delle strategie della Clinical Governance e, più specificamente, nella gestione del Rischio clinico. Tale obiettivo si è attuato nella stesura di un Progetto, presentato nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università E.R. (2010-2012), che prevede l'ulteriore sviluppo di un sistema informatico per la rilevazione, registrazione e governance sistematica degli errori di



laboratorio pre-analitici e analitici da attivare in un'ottica di benchmarking che coinvolga altri laboratori, in prima istanza i Laboratori dell'AUSL di Modena.

Inoltre, il Laboratorio dell'AOU di Parma ha contribuito a completare e ad attuare protocolli clinico-laboratoristici in grado di favorire l'innovazione analitica/organizzativa e di contribuire al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e alla conseguente efficacia clinica. In particolare, è stato completato il percorso diagnostico-terapeutico delle patologie della Tiroide con conseguente attivazione presso l'AOU di Parma dell'esame TSH reflex. Questo test prevede una esecuzione sequenziale delle indagini TSH, FT4 e FT3 in base ad un preciso algoritmo diagnostico e rappresenta, pertanto, un innovativo strumento di appropriatezza clinico - prescrittiva.

Infine, nel 2010 si è concluso il Progetto di Ricerca inerente la Diagnostica di Laboratorio delle Connettiviti, approvato nell'ambito dei Progetti di Modernizzazione Regione Emilia-Romagna e coordinato dalla AOU di Parma, azienda capo-fila del progetto. Il Progetto ha previsto la stesura e l'applicazione di un algoritmo comune per la razionalizzazione delle richieste dei test di Laboratorio inerenti la diagnostica di Laboratorio delle connettiviti presso le Aziende Sanitarie dell'AVEN (Emilia-Romagna).

### Funzionalità Polmonare

L'attività degli ambulatori di Funzionalità Polmonare del Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare, oltre a garantire la routinaria diagnostica funzionale dell'apparato respiratorio, consistente nell'esecuzione della spirometria globale, della misura della capacità di diffusione e dei test di bronco reattività e bronco reversibilità, si è caratterizzata in questi ultimi anni anche per la messa a punto e l'esecuzione di test funzionali di particolare rilevanza clinica.

Tra questi un ruolo di primo piano, per le implicazioni cliniche, è il test da sforzo cardio-polmonare. Questo test è di particolare importanza per la valutazione pre-operatoria di pazienti in attesa di resezione polmonare o di trapianto cardiaco, come nella selezione dei pazienti candidati a riabilitazione polmonare. La valutazione di questi pazienti è perciò anche occasione di confronto interdisciplinare con colleghi cardiologi, chirurghi e fisiatri.

Un ambulatorio di funzionalità polmonare è inoltre dedicato allo studio dei muscoli respiratori dei pazienti con malattie neuro-muscolari, quali la Sclerosi laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, la Miastenia Gravis eccetera. Le misurazioni eseguite in questo ambulatorio forniscono indicazioni utili alla prescrizione di presidi ventilatori e di supporto alla tosse per questo tipo di paziente per rendere meno gravoso lo sforzo muscolare legato alla ventilazione e per rendere efficace il riflesso della tosse.

L'ambulatorio inoltre è uno dei momenti essenziali del percorso interaziendale (AOU e AUSL) per i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Questo percorso prevede sia in ambito ospedaliero che sul territorio una rete assistenziale per i pazienti, affetti da questa grave malattia, che attualmente a Parma e provincia sono circa nel numero di 40.

Infine l'ambulatorio dell'asma garantisce una valutazione completa ed in linea con gli standard internazionali, fornendo dal 2010 ai pazienti asmatici oltre alla valutazione clinico-funzionale di base, comprensiva delle prove allergometriche per allergeni inalanti, anche la misurazione dell'ossido nitrico nell'esalato, un test particolarmente rilevante nella diagnostica e nel follow-up di questi pazienti.

### La Commissione aziendale dispositivi medici

La Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici viene istituita presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Delibera del Direttore Generale n. 89 del 26 aprile 2010) in ottemperanza alla Delibera di Giunta Regionale n. 1523 del 29 settembre 2008 "Definizione del sistema regionale dei dispositivi medici (DM)".

I Componenti della Commissione sono stati nominati dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e rispetto ai componenti indicati dalla delibera regionale, l'Azienda ha introdotto due figure specifiche:

- -esperto nel settore giuridico amministrativo,
- -esperto nel settore attività economiche e di approvvigionamento.

La CADM ha un regolamento redatto all'interno della commissione stessa e validato dalla Direzione Aziendale, ed in esso si regola la presenza di un Gruppo Gestionale Tecnico Scientifico incaricato all'attività di istruttoria, ovvero incaricato della predisposizione delle pratiche istruttorie sulle richieste destinate alla CADM.



Al fine di riportare ed divulgare tutte le procedure eseguite dalla Commissione Aziendale Dispositivi Medici, è stato allestito, sempre a cura della Segreteria Scientifica ed Amministrativa un sito nella intranet aziendale che presenta i seguenti contenuti:

- storia e descrizione delle funzioni della Commissione aziendale Dispositivi Medici
- descrizione dei componenti
- normativa e documentazione
- la dispositivo vigilanza
- Repertorio Aziendale Dispositivi Medici (RADM).

I risultati ottenuti dal lavoro della CADM al 31.12.2010 e trasmessi in Regione, come da tabella di seguito riportata, risultano essere positivi. Nei primi sei mesi di attività della commissione si sono avuti 4 incontri della CADM. Intensa è stata l'attività di istruttoria svoltasi nel semestre 2010, infatti il Gruppo Gestionale Tecnico Scientifico si è riunito 19 volte. Nel RADM sono stati inseriti 6.705 prodotti, e la formazione degli operatori sulla Dispositivo Vigilanza è stata effettuata su tutti gli operatori dell'Azienda utilizzando la sezione apposita del sito intranet aziendale.

A livello aziendale esiste una buona soddisfazione dei clinici richiedenti, ma soprattutto una maggiore accuratezza nella classificazione e catalogazione dei dispositivi medici, un maggiore approfondimento delle evidenze su efficacia e sicurezza dei D.M., nonché un aumento dell'appropriatezza e governo della spesa economica.

SCHEDA ATTIVITA' CADM 2010	
<b>Attività svolta:</b>	
n. di riunioni anno 2010	4 (CADM attiva da giugno 2010)
% di partecipazione dei membri alle riunioni ( media)	90%
n. di istruttorie valutate	19
n. di istruttorie valutate positivamente per l'inserimento in Repertorio	15
n. istruttorie valutate negativamente	4
<b>Sviluppo dei Repertori Locali dei DM:</b>	
istituzione del Repertorio Locale DM (si/no)	in costruzione
se no, descrivere lo stato di avanzamento	ad oggi il Repertorio Aziendale dei DM (RADM) contiene i dispositivi movimentati a far data dal 1° gennaio 2008.
n. di referenze totali presenti nel Repertorio DM	6.705 prodotti inseriti nel RADM (esclusi prodotti classificati nei gruppi L, S, V, Z, Y, W e in generale tutti i prodotti gestiti dalla Ingegneria Clinica e dall'Economato
n. di referenze complete di CND	5181 (77%)
n. di referenze complete di codice del Repertorio nazionale DM	3210 (48%)
<b>Azioni condotte nell'ambito della Vigilanza sui DM:</b>	
è stata effettuata formazione agli operatori?	si
n. corsi effettuati	informazioni divulgate tramite sito intranet
n. persone formate	tutto il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
sono state stilate procedure scritte sui percorsi della Vigilanza	si
sono state attivate pagine web dedicate all'informazione sulla Vigilanza DM	si
<b>Criticità eventuali emerse:</b>	omogeneizzazione anagrafiche e costruzione del repertorio locale

### Innovazione tecnologica

#### **PACS/RIS e GLOBAL PACS**

L'Information Technology (IT) rappresenta una risorsa fondamentale al servizio della sanità come strumento di diagnosi e di cura, ma costituisce un importante supporto anche come strumento di gestione. In campo radiologico, lo sviluppo dell'IT ha portato alla realizzazione di sistemi di archiviazione e comunicazione dedicati più performanti e sicuri che permettono di ottimizzare il percorso diagnostico. A seguito dell'avvio dell'importante fase di digitalizzazione delle diagnostiche radiologiche, si è proceduto all'acquisizione del sistema PACS/RIS integrato, che ha permesso il collegamento e la distribuzione di immagini e referti verso tutti i reparti interni all'Azienda e diretta, per il futuro, verso l'utenza territoriale



(medici di famiglia e pediatri, eccetera). L'introduzione del sistema PACS/RIS ha portato ad una accelerazione del processo di informatizzazione complessiva dei reparti, attuata attraverso l'acquisizione di sistemi di visualizzazione di immagini digitali dedicati ad ambienti sterili, quali sale operatorie e ambulatori chirurgici. Un'ulteriore fase prevede la digitalizzazione dei flussi informativi e anagrafici da e verso i diversi comparti operatori. In quest'ottica di evoluzione, si sta sviluppando un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un "Global PACS (G-PACS)", capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia. Nel corso del 2009 si è proceduto alla definitiva configurazione e adattamento del sistema informativo della cardiologia interventistica alla realtà operativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma completando quindi un altro elemento verso la completa configurazione del Global PACS.

Nel corso del 2010 si è completata l'installazione del sistema informativo della gastroenterologia che si andrà ad integrare con gli applicativi utilizzati nell'ambito radiologico e cardiologico nell'ottica della realizzazione del GLOBAL PACS. L'installazione si è completata collegando funzionalmente questo nuovo sistema gestionale informatizzato, direttamente ed indirettamente, con tutti gli applicativi aziendali che gestiscono dati ed informazioni di interesse, quali anagrafica centralizzata, software di gestione screening colon retto (di proprietà dell'AUSL Parma), ADT.

Al fine di supportare l'estensione delle attività che basano il proprio archivio di immagini e dati sul PACS aziendale e per rendere ancor più efficace ed efficiente la funzionalità di storage nel corso del 2010 è stato aggiornato il sistema sostituendo l'infrastruttura server di memorizzazione a lungo termine. Il completamento dell'installazione avverrà nel corso del 2011.

#### **Rinnovo tecnologie di radiodiagnostica**

Nello corso del 2010, si è conclusa l'installazione di una TAC multislice ad elevatissime prestazioni (sistema a doppio tubo e complessivamente 256 strati su due detettori) che permetterà di ampliare la tipologia di studi clinici della tomografia computerizzata ed incrementare notevolmente la qualità, una TAC multislice (16 strati) destinata alla U.O. di Neuroradiologia dotata di software necessari all'indagine neuroradiologica (perfusione cerebrale). Queste nuove installazioni hanno permesso di trasferire presso la Radiologia di Emergenza ed Urgenza una TAC multislice a 64 strati, già di proprietà aziendale, con lo scopo di rendere questa struttura indipendente da altre strutture radiodiagnostiche ospedaliere in termini di qualità e velocità degli esami da eseguire in particolare su pazienti politraumatizzati (si veda il paragrafo *Riorganizzazioni Tomografie Computerizzate (TC) aziendali* della presente sezione).

#### **Medicina nucleare**

Nell'ottica di adeguamento tecnologico del Servizio di Medicina Nucleare si evidenzia l'installazione di una SPECT/CT, tecnologia non presente in Azienda, acquisita nel 2009. L'installazione ha previsto anche una ottimizzazione e rifunzionalizzazione dei locali e delle attività cliniche correlate all'utilizzo della nuova diagnostica.

#### **Rinnovo tecnologie di radiologia e neuroradiologia interventistica**

Nello corso del 2010, completato il processo di progettazione, si è avviata e conclusa la procedura di acquisizione di apparecchiature e lavori per la realizzazione di un polo di interventistica radiologica e neuroradiologica. Le apparecchiature acquisite, un sistema monoplanare ed un sistema biplanare, sono allo stato dell'arte e complete con la dotazione hardware e software necessaria ad eseguire applicazioni avanzate in ambito diagnostico e terapeutico. Il progetto si conclude con una sala operatoria ibrida nella quale vengono combinate tecnologie utilizzate in un ambiente tipicamente chirurgico con sistemi radiologici ad elevate prestazioni e di ultima generazione per l'esecuzione di trattamenti percutanei e procedure endovascolari transcatetere applicate al cuore ed all'intero sistema vascolare a limitata invasività con conseguenti riduzioni dei tempi di recupero e minimizzazione dei rischi operatori.

Il progetto dovrebbe essere realizzato entro la fine del 2011.



## 3.6 Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca

### Comitato di Indirizzo

Come previsto dalla normativa regionale e dall'atto aziendale, il Comitato di Indirizzo esercita funzioni propositive, consultive e di verifica.

Propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Nell'anno 2010 il Comitato di Indirizzo si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Oltre agli argomenti affrontati per motivi istituzionali, due problemi sono stati discussi ed approfonditi, a conferma della necessità di uno stretto rapporto di collaborazione tra Azienda Ospedaliera e Università degli Studi e cioè :

- o la problematica inerente la situazione delle Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma;
- o la riorganizzazione dipartimentale. La necessità di sviluppare aggregazioni dipartimentali effettivamente rispondenti alle necessità dei pazienti e ai percorsi di didattica e di ricerca, ha reso opportuna una rivisitazione di alcune scelte effettuate in occasione della elaborazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere favorevole sulla proposta di riorganizzazione dipartimentale.

Ha espresso, inoltre, parere sui seguenti documenti:

#### *Bilancio di Missione – Anno 2009*

Il documento sottoposto alla valutazione del Comitato di Indirizzo è risultato conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

Il Comitato ha espresso, pertanto, parere favorevole sul documento, auspicando che i positivi risultati ed obiettivi raggiunti possano essere diffusi e fatti conoscere anche ad un livello più vasto di quanto istituzionalmente previsto.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto del Nuovo Ospedale, il Comitato ha rilevato con soddisfazione l'entrata in funzione del nuovo Pronto Soccorso; inoltre, è progredita la nuova struttura pediatrica che conterrà l'Ospedale dei bambini, la ristrutturazione del polo della riabilitazione al padiglione Barbieri, il polo delle psichiatrie al padiglione Braga.

#### *Bilancio d'esercizio 2009*

È stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo, il Bilancio di Esercizio 2009. Sono state rispettate le indicazioni regionali.

È stato evidenziato un aumento dei ricavi (contributi in conto esercizio). I proventi ed i ricavi di esercizio sono aumentati. L'aumento dei costi di produzione è contenuto.

La variazione delle rimanenze è negativa, questo è dovuto ad un miglioramento della gestione delle scorte.

Nella voce "costi per servizi sanitari" rientrano i contratti per la ricerca.

Si è cercato di contenere le spese per il personale dipendente.

La Struttura Complessa Psichiatria è stata trasferita al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Parma, con conseguente diminuzione dei ricoveri, ma anche dei costi.

Nell'anno 2009 c'è stata una razionalizzazione dell'attività attraverso l'appropriatezza dei ricoveri.

Per le attività di somministrazione dei farmaci si è registrato un incremento della spesa. In particolare i costi per i farmaci oncologici sono a nostro carico per il 50%.

Si è registrato un aumento dei farmaci in compensazione.

Si è registrata una modesta riduzione di mobilità attiva, sia in termini quantitativi che di ricavi, dell'attività erogata a favore di pazienti provenienti da altre regioni.



Per quanto riguarda l'attività erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2009, si registra un incremento dal punto di vista dei ricavi dell'attività prodotta.

C'è stata una forte riduzione delle liste di attesa. Si è lavorato molto per cercare di diminuire i tempi di attesa per risonanza magnetica, PET, TAC, eccetera.

#### *Strumenti della programmazione pluriennale 2010/2012 e sul Programma di Bilancio 2010*

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, le previsioni prevedono un incremento sulla spesa anno 2009, secondo le indicazioni regionali.

Il risultato che si prevede di conseguire al termine dell'anno 2011 è un equilibrio economico-finanziario, corrispondente alle quote di ammortamento dei beni durevoli al netto delle sterilizzazioni presenti in inventario al 31.12.2007.

Le previsioni del Bilancio economico pluriennale di previsione 2010/2012 sono state formulate tenendo in considerazione le indicazioni regionali.

Si registra una diminuzione dei contratti libero professionali sanitari e un incremento dei contributi in conto esercizio assegnati.

#### *Progetto Lungodegenza Integrata a direzione infermieristica*

Al fine di dare una risposta sempre più appropriata e soddisfacente al cittadino, oltre che a garantire una sempre maggiore efficienza del sistema, il Comitato di Indirizzo ha approvato il Progetto Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica.

L'unità di degenza a gestione infermieristica è finalizzata al ricovero di pazienti che, a seguito di malattia o intervento terapeutico, presentano condizioni tali da richiedere il protrarsi della sorveglianza medica, congiuntamente ad un'assidua assistenza infermieristica in condizione di assoluta continuità assistenziale. Questa struttura accoglierà pazienti che hanno concluso la fase acuta della malattia, ma necessitano di interventi finalizzati al maggior recupero possibile della salute e dell'autosufficienza. L'assistenza erogata ha prevalenti caratteristiche infermieristiche pur nella garanzia di supervisione medica.

La struttura è diretta da un Coordinatore infermieristico che ne ha la responsabilità sul piano organizzativo, gestionale e professionale. La responsabilità clinica spetterà al Direttore della Struttura Complessa e all'équipe medica di tale struttura.

È previsto, altresì, il coinvolgimento di personale dell'Azienda USL di Parma, per la predisposizione del programma personalizzato di dimissione, definendo con il team multiprofessionale e i servizi territoriali la migliore collocazione extra-ospedaliera del paziente.

#### Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.

Nel corso dell'anno 2010, il Collegio si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

La necessità di sviluppare aggregazioni dipartimentali effettivamente rispondenti alle necessità dei pazienti e ai percorsi di didattica e di ricerca, ha reso opportuna una rivisitazione di alcune scelte effettuate in occasione della elaborazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Le principali variazioni apportate sono evidenziate nella sezione 2.5 *Assetto organizzativo* e nella sezione 4.3 *Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione*.

Nel corso dell'anno 2010, si è insediato il nuovo Collegio di Direzione.

Al fine di dare una risposta sempre più appropriata e soddisfacente al cittadino, oltre che a garantire una sempre maggiore efficienza del sistema, il Collegio di Direzione ha approvato il Progetto Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica.

L'unità di degenza a gestione infermieristica è finalizzata al ricovero di pazienti che, a seguito di malattia o intervento terapeutico, presentano condizioni di instabilità clinica tali da richiedere il protrarsi della sorveglianza medica, congiuntamente ad un'assidua assistenza infermieristica in condizione di assoluta continuità assistenziale.

Questa struttura accoglierà pazienti che hanno concluso la fase acuta della malattia, ma necessitano di interventi finalizzati al maggior recupero possibile della salute e dell'autosufficienza. L'assistenza erogata ha prevalenti caratteristiche infermieristiche pur nella garanzia di supervisione medica.



La struttura sarà diretta da un Coordinatore infermieristico che ne avrà la responsabilità sul piano organizzativo, gestionale e professionale. La responsabilità clinica spetterà al Direttore della Struttura Complessa e all'équipe medica di tale struttura.

È previsto, altresì, il coinvolgimento di personale dell'Azienda USL di Parma, per la predisposizione del programma personalizzato di dimissione, definendo con il team multiprofessionale e i servizi territoriali la migliore collocazione extra-ospedaliera del paziente.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali.

Durante l'anno 2010 sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti la Ricerca finalizzata area clinico assistenziale.

Il Collegio di Direzione ha, inoltre, indicato i progetti rispondenti ai requisiti previsti dal Bando Giovani Ricercatori e ritenuti maggiormente interessanti.

Il giudizio è stato espresso considerando la fattibilità del progetto all'interno del contesto aziendale, la rilevanza del tema trattato, nonché l'attinenza con gli obiettivi strategici aziendali.

Il Collegio di Direzione ha espresso, inoltre, parere favorevole sulle seguenti procedure:

- Procedura aziendale inerente richiesta di acquisizione di dispositivi medici e tecnologie sanitarie
- richiesta tecnologia nell'ambito di un progetto di ricerca autorizzato
- segnalazione tecnologie innovative ed emergenti
- modalità di invio richieste ed autorizzazione di dispositivi medici
- modalità di richiesta ed autorizzazione per l'acquisto di tecnologie
- scheda di segnalazione e valutazione preliminare dell'impatto di innovazioni tecnologiche

È stata, inoltre, approvata dal Collegio di Direzione la proposta del Gruppo di Lavoro Laboratori di AVEN, avente come obiettivo l'implementazione di una sequenza "reflex" relativamente alla diagnostica della patologia tiroidea, "TSH reflex" e della patologia della prostata "PSA reflex" e di profili diagnostici ottimali in prestazioni cliniche importanti per rilevanza e frequenza.

In tema di integrazione con l'Università degli Studi di Parma, è stata affrontata la problematica delle Scuole di Specializzazione di Chirurgia Generale.

In particolare, l'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia prevede che:

1. i Consigli delle scuole di specializzazione definiscono il piano formativo, i tempi e le modalità della frequenza degli Specializzandi nelle diverse strutture della rete formativa;
2. i Consigli delle Scuole hanno il diritto/dovere di predisporre i piani formativi per ogni specializzando, rimanendo, nel rispetto delle normative esistenti;
3. le determinazioni in ordine alla realizzazione delle reti formative avvengono d'intesa tra i Consigli delle Scuole, i Dipartimenti ad Attività Integrata ed i Dipartimenti Universitari;
4. i Consigli delle Scuole comunicano all'Azienda Ospedaliero-Universitaria la tipologia di prestazioni, che può essere assicurata presso le strutture collegate, dopo aver valorizzato adeguatamente l'offerta formativa delle strutture di sede.

Il Collegio di Direzione ha espresso, altresì, parere sul Progetto del Nuovo Pronto Soccorso.

La nuova struttura rappresenta, rispetto alla precedente, un modello di cura innovativo e tecnologicamente avanzato in cui il paziente trova le professionalità necessarie e l'ambiente più idonei per un'area critica, dove trovare risposta ai suoi bisogni di cura e di assistenza.

Un'Azienda dall'organizzazione solida, costituita da Professionisti preparati, deve essere in grado di fornire i propri servizi con elasticità e modalità innovative, garantendo la medesima qualità di risultato.

In tale prospettiva, la Direzione Aziendale e il Collegio di Direzione si sono posti come obiettivo quello di trasferire attività inquadrata in regime di degenza (prevalentemente diurna, più raramente ordinaria) verso l'attività ambulatoriale con l'attivazione di nuovi percorsi di Day Service Ambulatoriale (DSA).

Il cambio di percorso per il paziente deve ovviamente essere accompagnato da una riallocazione delle risorse esistenti, in modo che la qualità di risultato sia rispettata.

Vengono così definiti percorsi diversi, ognuno relativo ad una determinata patologia di carattere acuto o comunque di nuova comparsa, regolamentati da precisi protocolli.



Il significato di questa diversificazione di approcci è sostanzialmente quello di offrire strumenti più agili che consentano di trasferire dalle attività di Day Hospital, Day Surgery, Degenza Breve, un numero considerevole di pazienti, garantendo una razionalizzazione delle risorse a parità di risultato atteso per il paziente.

### [Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali](#)

Gli obiettivi di integrazione definiti dall'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e dai correlati Accordi Attuativi Locali con l'Università degli Studi di Parma sono stati perseguiti nell'anno 2010 con particolare riferimento alle seguenti linee direttrici:

- funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata,
- armonizzazione della gestione dei professionisti,
- sviluppo delle sinergie nel campo della formazione medico-specialistica.

Riguardo alla prima linea di azione l'Azienda, d'intesa con l'Ateneo, ha proceduto ad una riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata che, in un'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione dei processi primari (assistenza-didattica-ricerca) esercitati dai Dipartimenti, ha determinato una rivisitazione degli organigrammi dipartimentali attraverso la diversa confluenza di alcune strutture a direzione universitaria (per il dettaglio della nuova organizzazione dipartimentale cfr. la sezione 2.5 *Assetto organizzativo*).

In connessione al riassetto dei Dipartimenti ad Attività Integrata l'Azienda e l'Ateneo hanno raggiunto l'intesa riguardo al rinnovo dei Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata per il triennio 2010/2013.

In ordine al secondo punto, l'Azienda ha consolidato la linea intrapresa nell'anno precedente sostanziatesi nell'obiettivo del riequilibrio economico dei docenti universitari.

Si è pertanto mantenuto costante l'impegno a favorire il processo di allineamento retributivo dei docenti universitari, garantendo ai medesimi un trattamento economico aggiuntivo coerente con il trattamento economico dei dirigenti medici ospedalieri a parità di posizione e responsabilità.

Unitamente all'equiparazione retributiva, nel contesto del disegno di armonizzazione della gestione dei professionisti dell'Azienda, si è condivisa con l'Università l'opportunità di addivenire ad un perfezionamento delle modalità di gestione della rilevazione del controllo orario informatizzato dei docenti universitari.

A tal fine, si è proceduto d'intesa alla revisione del regolamento operativo già in vigore dall'anno 2009 apportando modifiche ed integrazioni che sono state attuate a decorrere dal mese di settembre 2010

Sul fronte dello sviluppo della formazione medico-specialistica si è proceduto, nell'ambito dei criteri stabiliti dall'Accordo Attuativo Locale siglato tra l'Azienda e l'Ateneo in data 7.11.2008, al consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione mediante il perfezionamento dei flussi informativi necessari all'Azienda in ordine:

- alla composizione della rete formativa,
- alla struttura frequentata dai medici in formazione specialistica (di sede, complementare, collegata) e all'eventuale rotazione tra le strutture con indicazione della sede prevalente in relazione alle indicazioni operative regionali per la stipulazione dei contratti di formazione,
- ai piani formativi e alle attività professionalizzanti,
- all'individuazione degli incarichi didattici conferiti dai Consigli delle Scuole di Specializzazione ai professionisti del S.S.R..

L'offerta formativa delle strutture di sede afferenti all'Azienda, a fronte del numero complessivo dei medici in formazione iscritti per l'anno accademico 2009/2010 pari a 569 unità secondo la rilevazione effettuata nei precedenti capitoli 1.2 e 2.4., ha riguardato n. 533 medici in formazione specialistica con contratto di formazione, di cui n. 19 iscritti presso le sedi amministrative di Scuole di Specializzazione capofila

Considerabile è stato il contributo fornito dai professionisti ospedalieri nell'ambito della formazione specialistica.

L'apporto didattico ospedaliero relativamente all'a.a. 2009/2010, ha riguardato n. 216 professionisti, cui sono stati conferiti incarichi didattici ripartiti secondo la seguente tipologia di incarico:

- n. 131 incarichi di solo docenza,
- n. 34 incarichi di solo tutoraggio,
- n. 51 incarichi di docenza e tutoraggio.

Si riportano in tabella le strutture aziendali (unità operative o strutture semplici dipartimentali) coinvolte nell'attività didattica.



Struttura Aziendale	Numero docenti o tutor
RICERCA E INNOVAZIONE	1
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E GESTIONE	2
SERVIZIO DI MED. PREV, IGIENE OSP. E SICUREZZA	1
CLINICA E TERAPIA MEDICA	1
EMATOLOGIA E C.T.M.O.	2
ENDOCRINOLOGIA	1
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA	2
NEFROLOGIA	3
GENETICA MEDICA	1
SEMEIOTICA MEDICA	1
MEDICINA INTERNA; MALATTIE METABOLICHE E VASCOLARI	1
MALATTIE INFETTIVE ED EPATOLOGIA	11
ONCOLOGIA MEDICA	11
CARDIOLOGIA	12
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1
MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGULA	2
CLINICA - PNEUMOLOGICA	1
PNEUMOLOGIA E ENDOSCOPIA TORACICA	3
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	1
NEUROLOGIA	3
CLINICA GERIATRICA	2
GERIATRIA	1
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA	1
CHIRURGIA TORACICA	1
CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO	2
NEUROCHIRURGIA - NEUROTRAUMATOLOGIA	2
CLINICA ORTOPEDICA	2
NEUROCHIRURGIA	3
MAXILLO-FACCIALE	3
OTORINOLARINGOIATRIA E OTONEUROCHIRURGIA	1
ODONTOSTOMATOLOGIA	1
OCULISTICA	4
CARDIOCHIRURGIA	9
UROLOGIA	10
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI	4
OSTETRICA E GINECOLOGIA	1
NEONATOLOGIA	3
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	4
CLINICA PEDIATRICA	3
GASTROENTEROLOGIA	1
CHIRURGIA PEDIATRICA	3
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	2
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9
2° ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	37
SCIENZE RADIOLOGICHE	4
RADIOLOGIA	9
NEURORADIOLOGIA	5
MEDICINA NUCLEARE	1
RADIOTERAPIA	2
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA	6
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	5
MEDICINA RIABILITATIVA	4
S.S.D. COORD. ATTIVITA' SPEC.AMB.CARDIOLOGIE	1
S.S.D. MALATTIE DEL RICAMBIO E DIABETOLOGIA	2
S.S.D. DAY HOSPITAL DIP. MEDICO POLISPECIALISTICO	1
S.S.D. PATOLOGIA DELL'APPARATO LOCOMOTORE	1
S.S.D. DAY SURGERY	1
S.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA	1
S.S.D. ASTANTERIA PEDIATRICA	2
S.S.D. RADIOLOGIA PEDIATRICA	1
<b>TOTALE</b>	<b>216</b>



## [Integrare formazione, assistenza e ricerca per le professioni sanitarie](#)

### **Analisi di ricaduta del corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie**

Al fine di valutare l'efficacia di un progetto formativo si rileva di norma il gradimento di quanto è stato offerto e la valutazione dell'apprendimento dei corsisti, nell'ambito del corso di formazione alla ricerca qui considerato si è voluto, in modo sperimentale, applicare la ricerca psicosociale alla misurazione delle ricadute organizzative e di miglioramento dell'assistenza di un percorso formativo.

La prima edizione del "Corso teorico-pratico di formazione alla ricerca psicosociale nelle professioni sanitarie" (promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma) si poneva i seguenti obiettivi: fornire gli strumenti teorico-concettuali che permettessero di definire il contesto relazionale e organizzativo come oggetto specifico della ricerca in campo sanitario; condurre i partecipanti ad individuare le strategie di ricerca che risultassero più congruenti con i problemi identificati in ambito assistenziale; la creazione di gruppi di ricerca inter-aziendali che implementassero concretamente i progetti di ricerca psicosociale e, infine, la diffusione dei risultati attraverso convegni nazionali e pubblicazioni scientifiche. Riguardo a quest'ultimo aspetto è stato realizzato un Workshop Conclusivo per la presentazione dei 4 studi prodotti nell'ambito del corso, sotto la supervisione del Dipartimento di Psicologia. Inoltre, i risultati degli studi sono stati sintetizzati in forma di articolo scientifico, e sottoposti a peer review, tuttora in corso, per la pubblicazione sulla rivista "Assistenza Infermieristica e Ricerca". Infine una parte dei risultati è stata presentata al "9° Congresso Nazionale di Psicologia della salute", tenutosi a Bergamo nel 2010.

Il corso ha visto la partecipazione di 33 professionisti afferenti a 9 aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda USL di Parma, Hospice "Madonna dell'Uliveto" di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera "S. Maria Nuova" di Reggio Emilia, Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e Azienda USL di Modena. Il profilo professionale dei partecipanti era eterogeneo: infermieri ospedalieri e territoriali, coordinatori, tecnici e fisioterapisti.

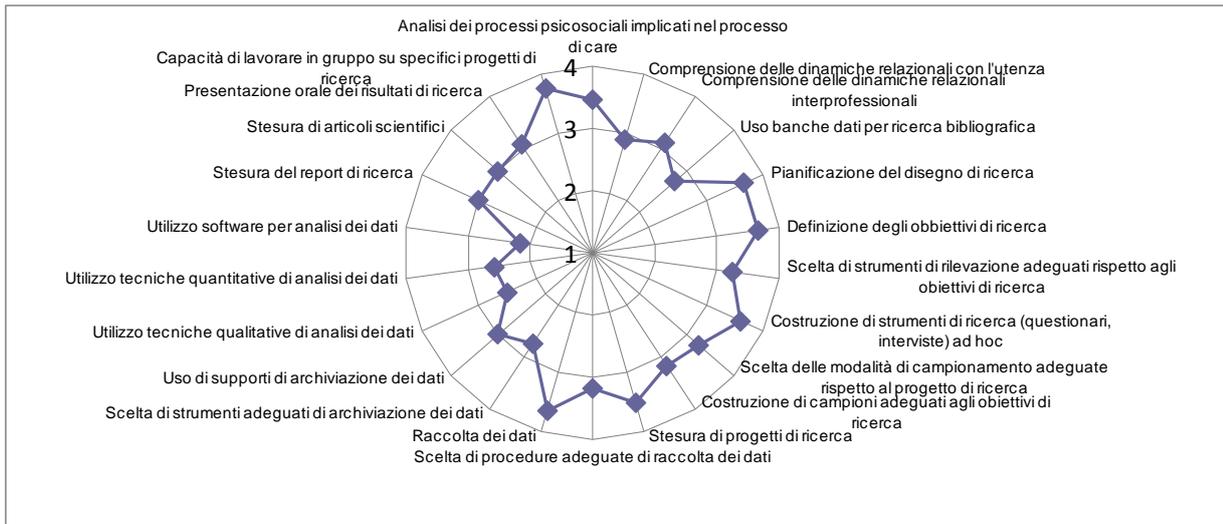
La partecipazione al corso da parte dei professionisti è stata decisamente positiva, sia come frequenza ai diversi moduli sia come grado di coinvolgimento nelle attività, come rilevato mediante il questionario di valutazione somministrato al termine del corso. Il corso nel suo insieme ha suscitato l'interesse e il coinvolgimento dei partecipanti, dei quali l'83% lo ha valutato "interessante" o "molto interessante" e circa il 92% lo ha ritenuto "coinvolgente" o "molto coinvolgente". A conferma di ciò, il 91% dei partecipanti ha dichiarato che il corso ha confermato o superato le proprie aspettative iniziali, e 21 di essi (il 64% del totale) si è iscritto all'edizione avanzata del corso, avviata nel mese di febbraio 2010.

Le ricadute formative del corso riguardano principalmente due ordini di competenze: da un lato, le competenze di tipo relazionale, come ad esempio la capacità di analisi dei processi psicosociali implicati nelle pratiche di care e la capacità di lavorare in gruppo nei progetti di ricerca, e, dall'altro, le competenze di ricerca, ovvero specifiche delle diverse fasi dei percorsi di ricerca psicosociale, dalla progettazione del disegno di ricerca, all'individuazione dei quesiti teorici sino alla costruzione degli strumenti e alle tecniche di raccolta dati.

Dalla valutazione emerge inoltre che le aree in cui i partecipanti percepiscono minore sicurezza e autonomia riguardano le metodiche di analisi dei dati, sia qualitative sia quantitative, e l'interpretazione degli stessi. Tali aspetti richiedono, infatti, un riposizionamento dei corsisti rispetto al paradigma medico-scientifico specifico delle professioni sanitarie per l'inclusione delle cornici epistemologiche proprie della ricerca psicosociale.



**Figura 1 Grado di competenze maturate**

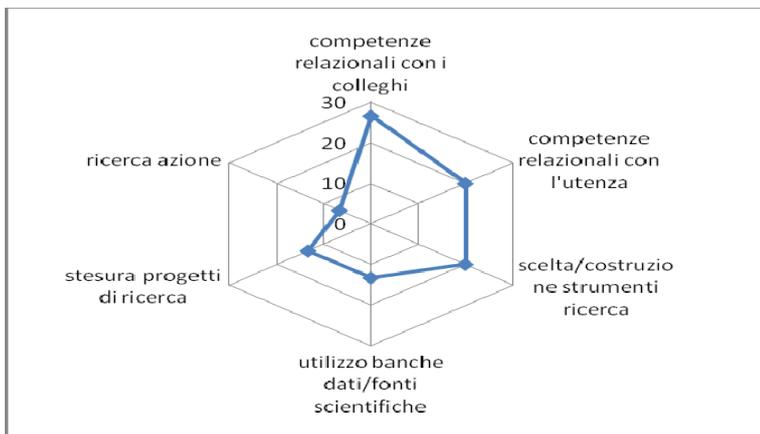


La metodica del lavoro in gruppo si è rivelata particolarmente utile alle finalità del corso e molto apprezzata dai partecipanti: circa il 75% dei corsisti afferma che il lavoro in gruppo è stato un'importante ausilio, in funzione di supporto e stimolo durante lo svolgimento della ricerca e come training per il rafforzamento delle capacità individuali di lavoro d'équipe.

Infine oltre metà dei partecipanti ritiene che il corso abbia contribuito a migliorare la propria performance lavorativa, avendo affinato capacità analitiche e strumentali nuove.

L'acquisizione delle competenze psicosociali di ricerca e la condivisione delle esperienze professionali all'interno dei gruppi inter-aziendali di lavoro ha contribuito a generare punti di vista inediti rispetto alle proprie pratiche lavorative, ovvero una forma di conoscenza di tipo riflessivo, consentendo così ai corsisti di rileggere, attraverso nuove prospettive teoriche e strumenti metodologici, le dinamiche psicosociali nelle rispettive organizzazioni di appartenenza.

**Figura 2 Ambiti di ricadute formative (% sul totale)**



Oltre alle specifiche competenze di ricerca, l'analisi di tematiche psicosociali (quali l'identità personale/professionale, le strategie di fronteggiamento degli eventi avversi, le dinamiche interattive e comunicative nelle reti sociali) ha fornito ai corsisti un bagaglio analitico teorico-metodologico da importare nelle proprie aziende per la lettura dei processi psicologici e socio-culturali implicati nelle pratiche quotidiane di cura e assistenza. In particolare, lo studio teorico-pratico di tali tematiche ha visto come ricaduta immediata nelle pratiche lavorative quotidiane dei corsisti il miglioramento delle interazioni comunicative con l'utenza e con i colleghi, attraverso la maggiore capacità di analisi che i professionisti hanno maturato circa le dinamiche psicosociali e comunicative nelle organizzazioni e nei processi di cure. A ciò si unisce una maggiore autonomia e capacità di reperimento e di interpretazione delle fonti scientifiche, a cui ha fatto seguito un incremento della qualità della prestazione clinico-assistenziale erogata all'utenza.



## I progetti di ricerca attivati nel corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professionisti sanitari

Il corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie, del cui esito e delle cui ricadute nel precedente paragrafo si dà conto, ha sviluppato, nel 2010, la seconda edizione del livello di base e la prima edizione del livello avanzato. Frequentano i due corsi 45 professionisti, il 30% dei quali appartenenti all'Azienda Ospedaliera di Parma. Il percorso formativo ha permesso ai frequentanti di elaborare progetti di ricerca, che saranno successivamente implementati. Di seguito, si riportano titolo e alcuni brevissimi riferimenti dei 6 progetti sviluppati.

### *Progetto: L'intangibile negli intangibili: le interazioni sociali nel capitale intellettuale*

In estrema sintesi, con l'espressione capitale intellettuale di/in un'organizzazione, si intende: l'insieme dei "saperi" posseduti dalle persone che vi lavorano, le modalità organizzative con cui è gestita e i rapporti che essa intrattiene con i soggetti esterni.

Partendo da un'attenta e critica analisi della letteratura, sono state formulate le seguenti domande di ricerca: 1. Come si articola la dimensione sociale del capitale intellettuale? Ovvero come le interazioni sociali dei Professionisti sanitari, afferenti ad un'azienda, si concretizzano nella pratica quotidiana? 2. In che modo tali interazioni variano al variare delle diverse categorie professionali e dei diversi tipi di reparto?

La ricerca si è posta, dunque, obiettivi descrittivo/esplorativi che orientano verso l'utilizzo di strumenti di indagine sia qualitativi che quantitativi: il diario, l'intervista semi-strutturata, scale per la misurazione dell'identità organizzativa e della pratica collaborativa.

### *Progetto: I fattori bio-psico-sociali che facilitano la costruzione delle reti formali e informali nell'anziano non autosufficiente a domicilio*

Questo progetto di ricerca intende affrontare il tema dell'invecchiamento proponendosi di indagare i fattori e le dimensioni psicosociali che, facilitando la costituzione e l'integrazione delle reti formali e informali di assistenza, consentono all'anziano non autosufficiente la permanenza nell'ambiente domiciliare con una buona qualità di vita. L'obiettivo generale della ricerca è quello di indagare l'impatto di differenti variabili bio-psico-sociali sui processi di costruzione delle reti sociali formali ed informali e di queste sul benessere della persona.

Più nello specifico il progetto di ricerca intende: - Analizzare alcune variabili biopsico-sociali del soggetto anziano non autosufficiente a domicilio; - Indagare la percezione delle reti sociali formali e informali secondo il punto di vista dell'anziano e del suo caregiver nonché attraverso alcuni dati documentali di archivio; - Misurare la qualità della vita percepita.

L'approccio che sarà utilizzato per questa ricerca sarà quali - quantitativo.

I dati quantitativi saranno ricavati da un questionario somministrato oralmente all'anziano e da un questionario auto-compilato dal suo caregiver principale. Lo strumento sarà composto da scale di valutazione dello stato cognitivo del soggetto, del grado di autosufficienza fisica, delle sue capacità di coping e dalla valutazione della qualità di vita percepita.

Seguirà, infine, una ricerca documentale sulla presenza di reti formali sul territorio di appartenenza.

### *Progetto: L'analisi dei fattori che incidono sulla (non) aderenza terapeutica in pazienti post-ima: il ruolo della continuità assistenziale*

Nell'ambito delle Cardio Vascular Disease (CVD), la maggiore incidenza è rappresentata dalle Coronary Artery Disease (CAD), responsabili di una serie di manifestazioni cliniche raggruppate nella denominazione di Sindromi Coronariche Acute (SCA; Mauri, 2008). Fra le SCA, l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA) rappresenta la forma più grave.

Nella fase post-acuta, emerge il problema della scarsa aderenza alla terapia, sia farmacologia che non farmacologia. Gli effetti sfavorevoli della mancanza di aderenza sono sia di ordine economico, in termini di costi sanitari, sia clinico, in termini di peggioramento dello stato di salute del paziente (Vermeire, 2001). Gli attuali approcci per la gestione del paziente con IMA, mostrano un'estrema variabilità di comportamenti nell'individuare le caratteristiche, le criticità e le risorse del percorso di presa in carico dei pazienti in riabilitazione cardiovascolare, della nostra realtà nazionale e regionale (RER).

Tale considerazione fa emergere con forza una questione di rilevante importanza riconducibile allo scopo della ricerca ovvero: indagare nell'ambito della ricerca psicosociale i fattori che ostacolano/favoriscono la riabilitazione cardiologica dei pazienti IMA in fase post-acuta.

Questo studio si propone in particolare: - di valutare l'aderenza/la non aderenza alle prescrizioni farmacologiche e non farmacologiche in pazienti IMA ospedalizzati, da 1 a 12 mesi dopo le dimissioni; - di identificare i fattori di rischio che sono significativamente associati all'aderenza e a partire dai quali è



possibile stimare la probabilità di non aderire di un particolare paziente e progettare adeguati interventi migliorativi di continuità assistenziale.

Lo strumento di indagine è rappresentato da un questionario, somministrato ai pazienti affetti da "IMA" che sono stati complessivamente presi in cura nelle unità operative ad indirizzo cardiologico delle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione.

#### *Progetto: La pratica collaborativa nei contesti sanitari*

Gli attuali approcci assistenziali riconoscono la multidisciplinarietà come una strategia irrinunciabile per la gestione di problemi di salute complessi, laddove ciascun professionista è incapace in maniera autonoma di fornire assistenza completa. La pratica collaborativa in ambito sanitario diventa, quindi, un obiettivo a cui tendere in quanto elemento distintivo e imprescindibile per un'assistenza di qualità in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza. Muovendo da tale considerazione emerge come questione di primo piano la collaborazione tra i due protagonisti principali del processo clinico assistenziale: medico e infermiere. In particolare la relazione tra medici e infermieri si rileva come elemento di criticità di tutte le organizzazioni sanitarie, anche se con sfumature diverse a seconda che prevalga nelle diverse organizzazioni il modello professionale complementare o, viceversa, gerarchico.

In Italia la collaborazione medico-infermiere può considerarsi un processo in divenire in relazione ai mutamenti sociali ed organizzativi, ma soprattutto in relazione al percorso di crescita della professione infermieristica che si è avuto a partire dall'emanazione del profilo professionale (DM739/94).

Oggi, nei diversi contesti sanitari italiani, quali sono gli atteggiamenti, gli ostacoli, i pregiudizi alla base della pratica collaborativa tra infermieri e medici? Quanto è accettato e condiviso il modello complementare? La collaborazione è davvero un obiettivo condiviso ed esplicito per medici e infermieri? Quanto è stato elaborato il concetto di fondo di una responsabilità condivisa verso i pazienti? Quanto siamo ancora distanti da una pratica collaborativa centrata sull'assistito piuttosto che sulla figura medica o sull'organizzazione? Qual è la relazione tra alcuni fattori psicosociali collegati all'identità professionale e la pratica collaborativa?

Per rispondere agli interrogativi si utilizzerà uno strumento costruito ad hoc, costituito da diverse scale già validate e somministrato a medici e infermieri di alcune unità operative scelte casualmente tra le Aziende di provenienze del gruppo di lavoro. I dati saranno successivamente analizzati con strumenti informatici che permettano un'analisi statistica.

#### *Progetto: La professione infermieristica tra presente e passato: transizioni dell'identità professionale e soddisfazione lavorativa*

Il tema della ricerca, in sintesi, riguarda lo sviluppo dell'identità professionale in relazione ai cambiamenti normativi e le sue interconnessioni con la soddisfazione lavorativa.

Nello specifico, gli obiettivi della ricerca sono riconducibili a: 1) ricostruire i processi di definizione dell'identità professionale partendo dalla prospettiva motivazionale portata avanti dal paradigma degli stati d'identità di Marcia; 2) individuare variabili di attività e di contesto che possono favorire o modificare lo sviluppo dell'identità professionale; 3) rilevare le motivazioni alla base dell'agire professionale e la relazione tra queste e il processo di identità professionale; 4) rilevare eventuali correlazioni tra stato di identità e soddisfazione lavorativa.

Lo strumento di ricerca è un questionario semi-strutturato composto da diverse parti che mirano a indagare: la motivazione; la soddisfazione lavorativa; l'identità professionale; la percezione del cambiamento normativo; la percezione del clima organizzativo.

Le strutture Ospedaliere coinvolte sono: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; Azienda USL Parma; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena; Azienda USL di Forlì; Azienda USL di Imola. Lo strumento di rilevazione è il questionario autosomministrato rivolto agli infermieri di un campione di unità operative. I dati saranno successivamente analizzati con strumenti informatici che permettano un'analisi statistica e analisi lessicali semplici e multiple.

#### *Progetto: La malattia oncologica: un punto operativo integrato di orientamento e accoglienza per pazienti e familiari in Parma*

Alla luce della letteratura consultata e delle esperienze nazionali e internazionali raccolte, la ricerca, anche avvalendosi di dati di archivio e risultati di precedenti ricerche, cerca di rispondere ai seguenti interrogativi: La rete dei servizi socio sanitari a Parma per i pazienti oncologici è in grado attualmente di rispondere alle loro esigenze e a quelle dei loro familiari? Quali sono le aspettative/necessità a cui i pazienti non trovano risposta in questo contesto? Come integrare e ri-strutturare il rapporto paziente-assistenza sanitaria-rete di volontariato-famiglia?



Le risposte a questi primi interrogativi consentiranno una valutazione di quanto sia utile/necessario – e/o ritenuto tale dalle persone coinvolte nel percorso “cancro” – l’istituzione di un nuovo punto di accoglienza/orientamento integrato.

Questo progetto di ricerca-azione intende tuttavia anche analizzare, attraverso le voci delle persone che verranno contattate e al fine di realizzare una “comunità di pratiche”, quali potrebbero essere le finalità principali di questo punto, a chi potrebbe essere dedicato, quali operatori e professionisti dovrebbe coinvolgere e come dovrebbe essere costituito a livello strutturale/logistico e funzionale/organizzativo. Questo con l’obiettivo di predisporre un tavolo progettuale finalizzato alla costituzione ed implementazione di tale punto operativo integrato di orientamento e accoglienza per pazienti oncologici e familiari nella realtà socio/sanitaria di Parma.

La metodologia che verrà utilizzata sarà quella dei focus group la cui analisi verrà effettuata tramite una griglia di valutazione, contenente le seguenti voci: bisogni delle persone colpite da patologia oncologica: risorse e criticità; identità del punto operativo integrato per l’accoglienza e l’orientamento delle persone colpite da patologia oncologica e delle loro; rappresentazione degli utenti; rappresentazioni degli operatori; valutazione del punto operativo e prospettive possibili. Dopo trascrizione del verbatim degli incontri la sua analisi verrà poi discussa dando vita alla costruzione di un vero e proprio “tavolo di lavoro”, finalizzato alla concreta progettazione co-costruita e condivisa di uno “punto operativo integrato” per la patologia oncologica.

### [La revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica](#)

Come già evidenziato nel bilancio di missione 2009, l’integrazione tra istituzioni Azienda Ospedaliero-Universitaria ed Università ha trovato un momento di realizzazione nella revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in “Infermieristica”. La commissione didattica integrata formata dal Presidente del corso di laurea, da rappresentanze della docenza, del tutoraggio, degli studenti, ma anche da rappresentanti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria, oltre che delle Aziende USL di Parma e di Piacenza ha provveduto ad un aggiornamento del programma didattico. Questo è avvenuto tenendo conto della necessità di adeguare i programmi alle recenti leggi di riordino dell’offerta formativa Universitaria, ma anche e soprattutto tenendo conto delle nuove competenze dell’infermiere secondo quanto emerge dalla normativa che istituisce il profilo professionale dell’infermiere, oltre che delle esigenze delle Aziende presso cui andrà ad esercitare la maggior parte dei laureati del Corso di Laurea. Il regolamento didattico che è emerso dai lavori della commissione, nella consapevolezza che la professione infermieristica non è una professione “ausiliaria”, prevede che l’infermiere laureato sia responsabile di una assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica relazionale ed integrativa, agisca sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, contribuisca alla formazione del personale, concorra all’aggiornamento continuo ed alla ricerca. Il piano degli studi che ha preso forma, con il contributo integrato delle diverse rappresentanze in commissione, va nella direzione di una “demedicalizzazione” del programma didattico, con molte ore di lezione in meno su argomenti di natura medica. Le ore di didattica dedicata a materie cliniche mediche e chirurgiche nei tre anni del corso di laurea sono state ridotte da 350 a 220, con una riduzione del 37%. È invece stato incrementato il numero delle ore di attività didattica rivolta alla psicologia ed alla relazione con il paziente, il familiare, i collaboratori, con l’introduzione nel programma dei tre anni di laboratori a piccoli gruppi dedicati alla comunicazione. L’incremento da 69 ore nei precedenti piani di studio a 150 ore nel nuovo piano è stato del 54%,. Sono state poi incrementate, complessivamente del 15% le ore di attività didattica rivolte alla conoscenza delle dinamiche della società multiculturale in via di costante cambiamento, alla bioetica, alla conoscenza di elementi di organizzazione aziendale e di “clinical governance” ed anche ai principi di pedagogia, e metodologia della ricerca necessari a partecipare ad attività di didattica e di ricerca. Un elemento che è emerso dall’attività della commissione è infine quello di rafforzare nel corso di laurea le attività rivolte all’apprendimento della lingua inglese, considerata indispensabile per un professionista moderno che vuole aggiornarsi e vuole confrontarsi con i colleghi del resto del mondo. Il corso di inglese verrà svolto a piccoli gruppi, verrà affidato per i primi due anni ad un docente madrelingua e prevedrà un livello di base di 30 ore al primo anno ed un livello intermedio di 30 ore al secondo anno; per il terzo anno è previsto un corso di inglese scientifico di 10 ore, rivolto all’apprendimento della terminologia scientifica propria della professione infermieristica, che verrà affidato ad un professionista dell’Azienda.

Particolare attenzione è stata rivolta alla necessità che i laureati maturino competenze trasversali a tutte le professioni rivolte alla tutela della salute, secondo quanto emerso da un’altra attività svolta con il contributo integrato tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL di Parma ed Università: quella relativa al raggiungimento dell’obiettivo del PAL di valorizzazione del capitale intellettuale (di cui si è dato



conto nella sezione "Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria" del presente capitolo).

### **I Laboratori della comunicazione nel corso di Laurea in Infermieristica: una sperimentazione**

Da alcuni anni, nel progettare e realizzare percorsi formativi per operatori sanitari (medici, infermieri, eccetera), si presta una attenzione sempre maggiore alle tematiche relative alla comunicazione e ai processi relazionali operatore-paziente/familiare.

Gli infermieri, per molti anni, non hanno ricevuto, durante il loro corso di studi, una formazione relazionale e comunicativa adeguata. L'apprendimento di una competenza e sensibilità alla relazione è stato spesso affidato all'esperienza spontanea che, nel corso degli anni, gli operatori si sono fatti autonomamente e, molto spesso, al prezzo di errori e di tensioni al limite della sopportabilità. L'assenza di una formazione e di un contenimento emozionale è inoltre alla base di molti problemi presenti, ormai da anni, nella nostra sanità: assenteismo, burn-out, disservizi, eccetera<sup>1</sup>.

I Laboratori della comunicazione, come percorso interno al corso di laurea in infermieristica, sono stati pensati e attivati proprio con l'obiettivo di dare la possibilità agli studenti di confrontarsi, già in una fase iniziale della loro formazione, con queste tematiche (la competenza relazionale e comunicazione operatore sanitario-paziente/familiari) e di farlo, non solo in forma teorica, ma soprattutto in una modalità pragmatica, un "agire"(con role-playing, simulate) situazioni "reali", vissute durante il tirocinio o immaginate come possibili.

Alcune nozioni del "modello patient centred e dell'Agenda del Paziente"<sup>2</sup> e della "Pragmatica della Comunicazione"<sup>3</sup> hanno rappresentato la cornice teorica del percorso formativo affrontato all'interno dei Laboratori della comunicazione.

I laboratori si inseriscono, nel percorso formativo, in una fase iniziale, II anno di corso di Laurea, e sono stati pensati come successivi ad un I anno di formazione, anno in cui gli studenti si sono già confrontati, da un punto di vista teorico, con le dimensioni principali dell'Agenda del Paziente (sentimenti; idee e interpretazioni; aspettative e desideri; il contesto), con le possibili domande con cui far emergere queste dimensioni e con gli Assiomi della Pragmatica della Comunicazione.

I Laboratori della comunicazione sono stati invece pensati come occasione per mettere in pratica la teoria appresa ed erano così strutturati: gli studenti coinvolti sono stati circa 30 per classe per un totale di 4 classi. In ogni classe gli studenti venivano suddivisi in quattro gruppi, "osservatori", più un piccolo gruppetto di "attori della simulata", composto da un numero vario di persone (da 2 a 4 e più) che doveva rappresentare il caso clinico. Ogni gruppo di osservatori aveva il compito di prestare attenzione ad un aspetto della relazione che gli "attori" mettevano in scena: comportamento verbale del paziente e/o familiari, comportamento non verbale del paziente e/o familiari, comportamento verbale dell'operatore, comportamento non verbale dell'operatore. Gli studenti "attori" avevano il compito di "agire" il caso clinico tenendo come punti di riferimento l'Agenda del Paziente, quello che avevano appreso sulla capacità di formulare le possibili domande al paziente e ai familiari e le nozioni sul comportamento verbale e non verbale della Pragmatica della Comunicazione. Alle simulate facevano seguito riflessioni e autoriflessioni da parte sia degli osservatori che riportavano in aula le loro considerazioni, sia da parte degli attori che condividevano con l'aula il loro vissuto di agio o disagio, senso di inadeguatezza, sensazioni di competenza, eccetera, provati durante la simulata. Le simulate e le riflessioni avevano come obiettivo aiutare gli studenti a divenire sempre più consapevoli della loro modalità comunicativa e relazionale con il paziente e/o familiare; della loro tendenza a mettere in pratica un comportamento tendenzialmente istruttivo (dare informazioni ai pazienti e dir loro cosa fare e non fare) e della difficoltà, invece, di mettere in pratica un comportamento attento all'ascolto e alla comprensione dei vissuti e delle idee del paziente rispetto alla proprio condizione di salute. Le considerazioni degli "osservatori" e degli "attori" delle simulate evidenziavano l'importanza di dare spazio all'ascolto per rendere esplicite le idee del paziente, le sue aspettative, le sue paure, le sue idee sul futuro e altro ancora.

<sup>1</sup> Catanzaro P., Regni S., Albrigo D. Psiconcologia: domanda e risposta. Umbria. 2002. [www.geocities.com/sipoumbria/sipo.htm](http://www.geocities.com/sipoumbria/sipo.htm), 27/06/02.

<sup>2</sup> La visita medica centrata sul paziente. Egidio A. Moja ed Elena Vegni. Raffaello Cortina, Milano, 2000. Catanzaro P., Regni S., Albrigo D. Psiconcologia: domanda e risposta. Umbria. 2002. [www.geocities.com/sipoumbria/sipo.htm](http://www.geocities.com/sipoumbria/sipo.htm), 27/06/02.

<sup>3</sup> Pragmatica della Comunicazione, Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., (1967) - Mental Research Institute - Palo Alto California



Altro obiettivo del percorso formativo: aiutare lo studente ad agire un comportamento in grado di aiutare il paziente a riconoscere e mettere in pratica le proprie risorse. Agire una relazione istruttiva (dire al paziente cosa deve fare e non fare) tende a porre il paziente in una posizione passiva e di non scoperta e mancata valorizzazione delle proprie competenze e risorse. Al contrario, porsi in una relazione attraverso l'utilizzo di domande che aiutino il paziente a riconoscere le proprie risorse, attiva l'empowerment del paziente e aumenta, di conseguenza, la fiducia nella relazione professionista-paziente. Inoltre, consente all'operatore di sentirsi parte di una relazione e di non sentirsi il solo responsabile del successo o dell'insuccesso di una relazione, ma parte di un processo di co-costruzione della relazione di cura.

### Rilevazione del contributo dell'Università

L'art. 9 delle L. R. 29/2004 disciplina le relazioni tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università; al comma 8 è precisato che "al sostegno economico finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal S.S.R. (...)", il Protocollo d'Intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende."

Nell'"Accordo Attuativo Locale" in applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, all'art. 13 (Rilevazione del contributo dell'Università), è previsto che: "l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e ogni altra risorsa utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria dell'Azienda ed evidenziati sia nei bilanci preventivi che consuntivi".

Allo stato attuale, l'intrecciarsi delle attività di didattica e di ricerca e le attività assistenziali non consente di valorizzare con un congruo margine di certezza né l'apporto dell'Università all'attività assistenziale né la partecipazione del S.S.R. all'attività di didattica e di ricerca. In attesa di disporre di una metodologia condivisa che consenta di evidenziare l'apporto in termini economici, tale da consentire una rielaborazione parallela dei preventivi e dei consuntivi aziendali su basi omogenee di rilevazione (ancorché opportunamente adattati alle singole realtà regionali e tali da produrre un quadro di riferimento per l'intero Sistema Sanitario Regionale), si è ritenuto opportuno inserire all'interno del Bilancio di Missione alcune schede con informazioni economico-finanziarie.

Tuttavia, parametri e metodologie di attribuzione potrebbero essere meglio sviluppati, approfonditi e valorizzati, come è avvenuto per l'impianto del Bilancio di Missione, da un apposito gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale. L'obiettivo auspicato potrebbe essere la definizione di metodologie che consentano di rilevare non solo gli apporti in termini economico-finanziari (che per essere inseriti nei documenti di Bilancio, anche come poste figurative, richiederebbero modifiche al piano regionale dei conti, la loro riclassificazione nei modelli di rendicontazione periodica ai Ministeri, eccetera), ma anche metodologie di analisi più complesse che prendano in considerazione ad esempio:

- per l'attività assistenziale prodotta nelle unità operative a direzione universitaria - complessità, indice di attrazione, tempi indotti sulla durata delle degenze, sulla durata degli interventi chirurgici e non, maggiori indagini richieste e consumi, eccetera;
- per la didattica e la ricerca - la modalità per stabilire parametri di attività (ad esempio, misure per "unità di prodotto didattico" e "unità di prodotto di ricerca" assicurato) e i relativi costi sopportati dall'Azienda ad integrazione di quelli sostenuti dall'Università in funzione dell'attività assistenziale inscindibilmente svolta ed i maggiori oneri rispetto alla remunerazione tariffaria standard di riferimento.

#### *Le risorse messe a disposizione dall'Università per l'attività assistenziale*

La rilevazione che segue non pretende certamente di essere esaustiva sia in considerazione di quanto sopra esposto, che per il fatto che si tratta di una valutazione basata su stime che possono servire come primo spunto per una riflessione, analisi e rilevazione più puntuale in presenza di parametri e metodologie condivise.



### Scheda 1 Beni durevoli

FABBRICATI UNIVERSITARI: edifici universitari a parziale utilizzo A.O.			
CLINICA MEDICA GENERALE (parte)	superficie lorda complessiva	mq.	2.273
NEFROLOGIA (parte)	" " "	"	3.278
Biblioteca Medica (parte)	" " "	"	633
<b>TOTALE</b>			<b>mq. 6.184</b>

Nota: se possiamo ipotizzare che il valore unitario per mq. sia 1.000 €, il valore complessivo stimato assommerebbe ad € 6.184.000.

Il costo della quota di ammortamento, pari al 3%, che graverebbe a carico dei costi di esercizio assommerebbe ad € 185.520.

#### Attrezzature sanitarie e non

Sono state prese in considerazione le attrezzature di proprietà dell'Università degli Studi di Parma che l'Azienda ha elencato nella procedura finalizzata alla gestione delle manutenzioni. Il costo è quello d'acquisto, o quando non erano disponibili indicazioni precise relative ai dati di acquisto è stata effettuata una stima, soprattutto per le apparecchiature complementari ad altre o per quelle che risultano donate. La valorizzazione di cui si dispone ha quindi ampi margini di aleatorietà, tuttavia, può ugualmente rappresentare l'apporto in tecnologie dell'Università degli Studi.

Il valore che emerge dalla procedura citata assomma ad € 3,707 mil. e il costo teorico delle quote di ammortamento, calcolate con lo stesso criterio delle attrezzature sanitarie (12,5%), stante la indeterminatezza della rilevazione prevista, graverebbe a carico dei costi aziendali per circa € 463.000.

#### Il personale dipendente dall'Università

Nel corso dell'esercizio 2010, l'organico medio, calcolato con il criterio UOMO/ANNO (riferito cioè alle "giornate pagate", a prescindere dalla retribuzione corrisposta; mentre il personale a tempo parziale è conteggiato in relazione alla percentuale di presenza nell'anno ed il personale assente per aspettativa o per congedo è considerato solo per le giornate retribuite), ha subito la seguente evoluzione:

#### Scheda 2 Personale dipendente dall'Università

Personale universitario	Esercizio 2010	Esercizio 2009	Variazione
Personale medico e veterinario	163,19	174	-10,81
Personale sanitario non medico - dirigenza	17,92	19,16	-1,24
Personale sanitario non medico - comparto	42,95	44,88	1,93
Personale professionale - dirigenza	0	0	0
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	0	0	0
Personale tecnico - comparto	3,92	3,75	+017
Personale amministrativo - dirigenza	0		0
Personale amministrativo - comparto	34,6	38,38	-3,78
<b>Totale personale universitario</b>	<b>262,58</b>	<b>280,17</b>	<b>-17,59</b>

Il costo degli emolumenti, comprensivi degli oneri riflessi sostenuto dall'Università degli Studi di Parma nell'esercizio 2010 ammonta a:

- per Ricercatori/Docenti convenzionati € 13.874,2 mil.
- per Personale tecnico-amministrativo in convenzione € 4.145,5 mil.

#### Finanziamento sistema integrato S.S.R.-Università

Riguardo a quanto previsto all'art. 14 (Bilancio Aziendale) dell'Accordo Attuativo Locale in applicazione del protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma nel Bilancio 2010 sono state contabilizzate le quote di contributi regionali assegnati all'Azienda per:

- a) esclusività di rapporto del personale universitario per € 2.375.550
- b) integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica per € 13.102.462
- c) corsi universitari delle professioni sanitarie per € 1.704.583



### I programmi di ricerca Regione/Università 2007-2009

Le somme assegnate per programmi di ricerca in relazione alla D.G.R. n. 2242 del 27.12.2007 che individua l'Azienda come Unità Operativa Capofila, sono state acquisite al Bilancio 2007 e riscontate per disporre l'utilizzo nell'esercizio 2008, 2009 e 2010. Nel bilancio 2010 non sono state acquisite ulteriori somme per i Progetti di Ricerca Regione-Università ma solo l'utilizzo, per euro 1.484.080, di quelli precedentemente assegnati.

#### Scheda 3 I programmi di ricerca finanziati - Ricerca innovativa, area 1a

“Non small Early Molecular Diagnosis of Lung Cancer” - Finanziamento complessivo € 524.600,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 352.833,23;  
.“DiAL Er/ADSL:Diagnostica Avanzata in Lipidologia Emilia Romagna/Advanced Diagnostic Support il Lipidology: Role of genotypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipidemias”- Finanziamento complessivo € 603.200,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 405.697,68;  
.“Evaluation of immunohistochemical and biomolecular parameters as markers of the biological behaviour of head and neck carcinomas” – Finanziamento complessivo € 368.000,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 247.507,86;  
.“New perspectives on riabilitation in adults and children with motor deficits in children with autistic spectrum disorder and in disorder of empathic communication: the role of the mirror neuron system” – Finanziamento complessivo € 1.114.500,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 749.585,64;

#### Scheda 4 I programmi di ricerca finanziati - Medicina rigenerativa in cardiologia, area 1b

.“Therapeutic applications of stern cells in the treatment of heart failure” finanziato per per complessivi € 600.000,00. Il programma è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, che trasferirà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per tranches secondo le modalità di liquidazione dei finanziamenti riportate nella citata deliberazione della Giunta Regionale n. 2242/2007; il finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) ammonta a € 343.401;

#### Scheda 5 I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2

.“Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia” – Finanziamento complessivo € 179.000,00 finanziamento per il secondo anno € 86.300;  
.“Effetti degli stili manageriali del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un 'organizzazione sanitaria locale” – Finanziamento complessivo €150.000,00 finanziamento per il secondo anno € 77.800,00;  
.“Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello studio della malattia subcritica del tronco comune” – Finanziamento complessivo € 200.000,00 finanziamento per il secondo anno €92.500,00;

#### Scheda 6 I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2-biennio 08/09

.“Efficacia e durabilità dei nuovi ipoglicemizzanti ad alto costo nel diabete tipo2 non complicato” – Finanziamento complessivo € 220.000,00; finanziamento per il primo anno € 115.000;  
.“Progetto integrato di razionalizzazione delle risorse cliniche e laboratoristiche nel governo clinico dell'infezione da virus dell'epatite B in Emilia Romagna” – Finanziamento complessivo €290.000,00 finanziamento per il primo anno € 120.000,00;  
.“Clinical effectiveness della Tomografia ad emissione di Positroni (PET) in campo cardiovascolare e neurologico in pazienti con patologia ad alto rischio evolutivo” – Finanziamento complessivo € 520.000,00 finanziamento per il primo anno € 223.000,00;  
.“L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il governo clinico-organizzativo” – Finanziamento complessivo € 320.000,00 finanziamento per il primo anno € 195.500,00



**Scheda 7 I programmi di ricerca finanziati – Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3**

."Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano" – Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno: € 95.082,00;  
."Corso di formazione alla ricerca per le professioni sanitarie su tematiche di area psicosociale" Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno: € 40.000,00;  
."Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano - II<sup>a</sup> edizione" Finanziamento complessivo assegnato per il 2008 per il programma che ha la durata di un anno: € 105.000,00.

**Scheda 8 I programmi di ricerca finanziati – Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3 – biennio 08/09**

."Progetto di formazione alla ricerca psicosociale finalizzato alla creazione e al consolidamento di research network tra i professionisti sanitari a livello regionale" – Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 61.000,00;  
."Formazione all'audit clinico e ad indagini confidenziali per l'acquisizione di una metodologia per la ricerca clinico-organizzativa e clinica in ambito perinatale nell'Area Vasta Emilia Nord" Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 87.500,00;