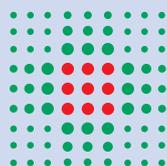




Bilancio di Missione 2006

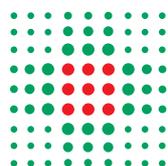


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



Bilancio di Missione 2006



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



Presentazione

9

1**Contesto di riferimento**

Quadro normativo e istituzionale	13
Quadro normativo nazionale	13
Quadro normativo regionale	14
Quadro istituzionale locale	19
Il sistema delle relazioni con l'Università	20
La rete integrata dell'offerta regionale	22
Osservazioni epidemiologiche	26
Dati di mortalità	27
Accordo di fornitura	30

2**Profilo aziendale**

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	33
Sostenibilità economica	33
Sostenibilità finanziaria	38
Sostenibilità patrimoniale	40
Impatto sul contesto territoriale	45
Impatto economico e sociale	45
Impatto culturale	48
Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza	49
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	49
Assistenza distrettuale	49
Assistenza ospedaliera	56
Qualità dell'assistenza	74
Ricerca e didattica	76
Assetto organizzativo	81

3**Obiettivi istituzionali e strategie aziendali**

Centralità del cittadino	95
Il Comitato Consultivo Misto	95
Collaborazioni con il volontariato	95
Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	95
Il Piano Attuativo Locale 2005-2007 e i rapporti con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria	95
Universalità ed equità di accesso	98
Dimissioni difficili	99
Tutela e valorizzazione delle persone anziane e interventi a favore di anziani non autosufficienti	99
Assistenza specialistica ambulatoriale: programmazione del settore e governo tempi di attesa	101
Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica	102
Piano regionale della prevenzione	102
Screening Oncologici	102
Assistenza ai cittadini migranti	103



3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	105
Governo clinico	105
Percorsi diagnostico-terapeutici	105
Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale - Distretto	107
Iniziative di integrazione con l'Azienda USL	110
Gestione del rischio	111
Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere	112
Prevenzione del rischio infettivo	113
Accreditamento	114
Ospedale senza dolore	115
Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	116
Integrazione fra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca	116
Reti hub and spoke	117
Area Vasta Emilia Nord	126

4

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

Premessa	133
La "carta di identità" del personale	133
Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	138
Gestione del rischio e sicurezza	138
Valutazione del rischio	138
Sorveglianza sanitaria	139
Gestione infortuni	140
Formazione all'uso di tecniche antistress per i professionisti sanitari	141
Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	142
Modelli organizzativo-assistenziali multiprofessionali	142
Sviluppo del ruolo e della professionalità dei coordinatori	143
Sviluppo di ruoli e responsabilità nella gestione dei processi organizzativo-assistenziali	143
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	144
Sistema d'incentivazione del personale dirigente	144
Sistema d'incentivazione del personale del comparto	145
Formazione	146
Gli obiettivi strategici della formazione aziendale per il 2006	146
Educazione Continua in Medicina	146
Percorsi formativi più significativi	148
Formazione universitaria	149
Formazione OSS	150
Sistema informativo del personale	151
Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	151
Gestione del contenzioso	152
Compatibilità tra lavoro e tempo di vita	153
Promozione della salute e del benessere psicofisico	153
Facilitazioni	154



5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione per l'accesso ai servizi	157
La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	158
La comunicazione interna aziendale	159

6

Ricerca e innovazione

Ricerca finanziata dal Ministero della Salute	163
Ricerca finanziata dalla Regione Emilia-Romagna	164
Sperimentazioni cliniche	164

7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma	169
Nuovo Centro Senologico	169
Integrazione delle attività di laboratorio delle due Aziende sanitarie di Parma	170
Introduzione del sistema RIS-PACS	171
Tecnologie all'avanguardia, arte pittorica e ambient experience per un modo nuovo di vivere l'ospedale	171

Conclusioni del Direttore Generale	175
---	------------

Parere del Comitato di Indirizzo	177
---	------------





Questo primo Bilancio di Missione ha costituito per la nostra Azienda l'opportunità di misurarsi con una rendicontazione complessiva della nostra attività, che riconduce i diversi filoni lungo i quali si svolge la nostra quotidianità in un quadro composito ma unitario. Infatti, ha comportato un intenso lavoro di "tessitura" e una rilettura dell'organizzazione che ci ha fornito nuovi motivi di riflessione sulle sue caratteristiche e ha riordinato obiettivi e priorità in una nuova prospettiva.

Il 2006 è stato caratterizzato da un "piccolo cantiere" fatto di carte che, al pari dei grandi cantieri che hanno costruito il Nuovo Ospedale, ha portato alla realizzazione del più importante documento dell'organizzazione, il suo atto costitutivo, l'Atto aziendale. Tale Atto è stato adottato verso la fine del 2006 dopo un intenso e proficuo confronto con l'Università degli Studi e delinea in modo nitido e strutturato il profilo della nuova organizzazione dell'Azienda e i contenuti strategici ed operativi del modello organizzativo adottato. Nelle pagine di questo volume ci si confronta più volte con questo documento che costituisce l'ossatura della nuova organizzazione che dà vita al Nuovo Ospedale.

Questo fondamentale passaggio è stato possibile anche grazie al confronto e alla collaborazione con l'Università degli Studi di Parma. Nella individuazione degli strumenti per una reale integrazione fra Ospedale e Università, si giocano alcuni fra gli impegni più importanti del nostro futuro prossimo. Del resto il processo di integrazione della componente universitaria all'interno dell'Azienda, obiettivo di rilievo della normativa regionale di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale e inteso anche come inscindibilità tra assistenza, didattica e ricerca, costituisce ancora una sfida. Un fondamentale passo in questa direzione è stata la definizione dell'Accordo Attuativo Locale, in applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università, siglato con il Rettore, negli ultimi giorni dell'anno. In questa intesa abbiamo posto le prime basi e delle buone premesse per il lavoro che ci attende. Il confronto con l'Università, anche per la stesura del presente documento, è stato produttivo e caratterizzato da disponibilità e collaborazione. Il 2006 è stato, peraltro, un anno particolarmente prodigo di innovazioni, di nuove acquisizioni e nuovi servizi, che non solo qualificano l'offerta da un punto di vista quantitativo e tecnologico, ma attraverso i quali si è sempre cercato di recuperare e riportare in primo piano l'elemento umano. Si veda fra tutte le azioni realizzate quella che, con un certo orgoglio, proponiamo nella copertina di questo volume: una nuova Risonanza Magnetica 1,5 tesla che rappresenta l'ultimo stadio nell'evoluzione tecnologica nel settore della diagnostica per immagini, ma che soprattutto presta particolare attenzione alla umanizzazione del locale diagnostico, dotato di un esclusivo impianto a fibre che lavora tra luci soffuse, colori, suoni e immagini, dando la possibilità ai pazienti, piccoli e grandi, di scegliere secondo i loro gusti e il loro stato d'animo. La sala d'attesa è diventata una vera e propria sala per i giochi, affollata dai personaggi del mondo Disney. L'obiettivo è favorire il rilassamento e la riduzione dell'ansia per le persone in attesa, in particolare se si tratta di bambini.

Il Bilancio di Missione mette insieme questi diversi percorsi e molte altre informazioni sull'attività dell'Azienda e sulle persone che vi lavorano. Diventa quindi come una finestra aperta sul nostro mondo, ossia un modo per confrontarci con i nostri referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria, ma anche con chi in Azienda opera e con coloro che collaborano con noi alla crescita dell'Ospedale (volontariato, organizzazioni dei cittadini e degli utenti, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, fondazioni, e quanti altri, a qualunque titolo, offrono il loro contributo).

Sergio Venturi
Direttore Generale

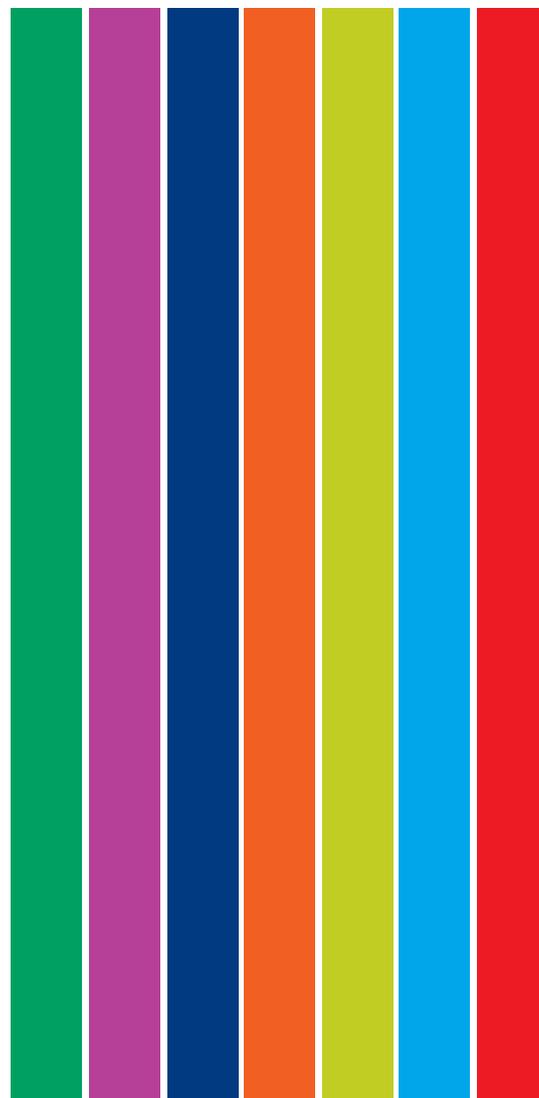


Contesto di riferimento

Questo capitolo del documento è volto a tratteggiare lo sfondo sul quale l'Azienda agisce. Attraverso di esso si possono cogliere caratteristiche, elementi ed aspetti del contesto di riferimento che incidono sulle condizioni di gestione aziendale.

È articolato in cinque ambiti:

1. Quadro normativo e istituzionale
2. Il sistema delle relazioni con l'Università
3. La rete integrata dell'offerta regionale
4. Osservazioni epidemiologiche
5. Accordo di fornitura



Quadro normativo e istituzionale

Gli orientamenti di politica sanitaria e le linee di sviluppo della programmazione strategica, attuati nel 2006 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria al fine di assicurare la piena funzionalità delle aree assistenziali e di supporto, hanno tenuto conto del contesto di riferimento dato dal quadro normativo di seguito delineato, nonché dai vincoli economico-finanziari di sistema.

Quadro normativo nazionale

D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", e successive modifiche e integrazioni

D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30.11.1998 n. 419", e successive modifiche e integrazioni

D.Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 "Disciplina dei rapporti tra S.S.N. e Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30.11.1998, n. 419"

Il decreto legislativo n. 517/99 dispone che le relazioni tra Regione e Università ubicate nel proprio territorio riguardanti l'integrazione delle attività di assistenza, di didattica, di ricerca vengono definite in specifici protocolli di intesa, stipulati nel quadro della programmazione nazionale e regionale.

La successiva **legge regionale 23.12.2004 n. 29** (vedi sezione "Quadro normativo regionale") stabilisce che il Protocollo d'Intesa tra la regione Emilia-Romagna e le Università deve precisare le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati ed individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università, con particolare riferimento alla formazione dei medici specialisti. L'organizzazione dipartimentale è il modello previsto dalla normativa affinché venga assicurato l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

L. 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

Il D.P.C.M. definisce in modo esplicito i livelli essenziali di assistenza sanitaria includendo l'area dell'integrazione socio-sanitaria nella quale sono evidenziate anche le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa (Repertorio atti 1488 dell'11 luglio 2002)

L'accordo affronta le seguenti tematiche:

- priorità ed appropriatezza,
- indicazioni generali su criteri di priorità cliniche,
- classificazione nazionale delle classi di priorità,
- individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale,
- sistema di monitoraggio,
- comunicazione ed informazione agli utenti.

Vengono individuate le tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali l'accordo stabilisce obiettivi comuni e modalità di verifica uniformi come livello di garanzia di equità del S.S.N.. A questo riguardo, vengono fornite indicazioni sui tempi massimi di attesa validi sul territorio nazionale per la patologia oncologica e per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

D.P.R. 23 maggio 2003 "Piano Sanitario Nazionale 2003-2005"

Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 in attuazione dell'art. 1, comma 173 della legge 30.12.2004 n. 311 (legge finanziaria 2005) (Repertorio atti 2271 del 23 marzo 2005)

In tale Intesa sono riportate importanti indicazioni relative, fra gli altri, ai seguenti adempimenti:

- contenimento della spesa farmaceutica;
- raggiungimento entro il 2007 di un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e diurni entro 180 per mille abitanti, di cui quelli in regime diurno pari al 20%;
- adozione del Piano Regionale della Prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale;
- sviluppo e implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici;
- adozione standard di posti letto ospedalieri non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (entro il 2007);
- incremento costi di produzione da contenere entro il 2% rispetto al preconsuntivo 4° trimestre 2004;
- obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario del S.S.R. sia a preventivo che a consuntivo;
- mantenimento dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nei L.E.A.;
- adozione di criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano i principi di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzo delle risorse.

Piano Nazionale della Prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 è allegato all'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005.

Il Piano ha le seguenti finalità generali: la prevenzione del rischio cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la diagnosi precoce dei tumori, la prevenzione del rischio infettivo tramite vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti. Ciascuna di queste finalità si articola in obiettivi generali.

La Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha approvato, con delibera 27 giugno 2005, il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 e, con delibera 27 marzo 2006, ha approvato la seconda fase del Piano (vedi sezione "Quadro normativo regionale")

Legge 23 dicembre 2005 n. 266 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2006)

La legge finanziaria prevede una quota di incremento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale per servizi, personale, innovazione e ricerca, ma pone anche limiti e parametri da rispettare per accedere a tali risorse. Infatti, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi gli obblighi posti a carico delle Regioni nel settore sanitario con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006 Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 (Repertorio atti 2555 del 28 marzo 2006)

Il Piano nazionale mira alla condivisione di un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

D.P.R. 7 aprile 2006 "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008"

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 analizza gli scenari che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno il sistema salute italiano, sia in termini di opportunità che di vincoli. Sono considerati anche gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese, nonché quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico. Sono infine tenuti presenti sia gli elementi che caratterizzano l'attuale fase istituzionale (federalismo sanitario), che i precedenti cicli di programmazione, a livello nazionale e regionale.

Per salvaguardare i principi e i criteri che delineano il S.S.N. in un panorama così dinamico, il piano individua 9 ambiti verso cui indirizzare le scelte innovative del sistema:

- la garanzia e l'aggiornamento dei LEA;
- la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana;
- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- l'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovranazionali e nazionali;
- l'integrazione tra diversi livelli di assistenza;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura;
- la rete assistenziale per le cure palliative.

Vengono poi individuate le strategie operative da met-

tere in atto: favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale; potenziare i sistemi integrati di reti, sia a livello nazionale o sovranazionale (malattie rare, trapianti, eccetera), sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria), sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie, eccetera); organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione; rimodellare le cure primarie; rilanciare il processo di aziendalizzazione ed evoluzione del Servizio Sanitario; promuovere l'innovazione e la ricerca; favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale; attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane; sviluppare politiche del farmaco e dei dispositivi medici.

Gli obiettivi di salute delineati dal Piano sono:

- la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza;
- le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
- la non autosufficienza: anziani e disabili;
- la tutela della salute mentale;
- le dipendenze connesse a particolari stili di vita;
- il sostegno alle famiglie;
- gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali;
- il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica;
- la sicurezza alimentare e la nutrizione;
- la sanità veterinaria;
- la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ambiente e salute.

Intesa Stato-Regioni 5 ottobre 2006 sul "Patto per la salute" (Repertorio atti 2648 del 5 ottobre 2006) - accordo sul protocollo di intesa raggiunto in data 28 settembre 2006

L'accordo punta alla riduzione degli sprechi, alla stabilizzazione della spesa e al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni, anche attraverso il superamento del divario tra nord e sud con particolare riferimento all'assistenza oncologica e alle malattie rare.

Quadro normativo regionale

D.G.R. 25 gennaio 1999 n. 54: "Piano Sanitario Regionale 1999-2001" e documenti attuativi

Il Piano Sanitario Regionale riprende i principi essenziali del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, della Legge delega sul federalismo fiscale (art. 10, legge 133/99) e della Legge delega per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (L. 419/98).

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 si propone come una agenda integrata di impegni per la salute aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari.

La programmazione negoziata è lo stile adottato dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Si parla di "nuova" programmazione strategica in quanto nella scelta

delle priorità si tiene conto di due tendenze:

- del processo di decentramento di autonomie e responsabilità, che comporta il coinvolgimento di una pluralità di soggetti (Enti locali, Aziende sanitarie) ai quali viene attribuito un maggior ruolo;
- dell'intersectorialità degli interventi, che rende necessario considerare le istanze di un maggior numero di portatori di interesse.

La concertazione tra Regione e Aziende sanitarie si esplicita sui piani di attività che compongono i piani delle azioni pluriennali per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Nello specifico, il Piano Sanitario Regionale prevede il miglioramento del funzionamento della rete ospedaliera regionale secondo precisi indirizzi fissati anche dal Piano Sanitario Nazionale. La rete ospedaliera regionale è pertanto modulata secondo i modelli complementari delle:

- reti cliniche integrate (livello primario dei servizi e dell'autosufficienza territoriale),
- aree di attività di livello regionale (hub and spoke), e utilizza gli strumenti del governo clinico, come pratica di miglioramento costante della qualità della produzione.

Obiettivo generale di tale processo di rimodulazione della rete ospedaliera regionale secondo il concetto delle reti cliniche integrate è quello di assicurare alla popolazione equità di accesso a servizi di larga diffusione, di complessità assistenziale medio-alta, differenziati nelle competenze aggiuntive, focalizzati sul paziente e di elevata qualità. Le dimensioni essenziali della qualità del servizio, che il PSR 1999-2001 individua prioritariamente come mandato delle Aziende sanitarie, riguardano la necessità clinica ed assistenziale dei servizi, la appropriatezza e la tempestività degli interventi e la rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei destinatari. Il perseguimento della qualità del servizio è condizione necessaria per perseguire l'obiettivo di modernizzare il S.S.R., che il PSR prevede attraverso un apposito programma.

Il governo clinico, infine, è inteso come un sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie ed i professionisti si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica, instaurando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti organizzative e professionali, al fine di porre i professionisti in condizione di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività. Il governo clinico è, secondo questa impostazione, il sistema primario per ottenere la garanzia di una copertura sanitaria adeguata a costi sostenibili, in quanto pone l'efficienza clinica (cioè l'uso ottimale, razionale, efficace, appropriato, sicuro, tempestivo delle risorse) e il sistema decisionale (o di governo) che la induce a fondamento del sistema di governo delle Aziende, lasciando al governo finanziario e al governo strategico globale una funzione di controllo e facilitazione.

L.R. 25 febbraio 2000 n. 11 “Modifiche della L.R. 12 maggio 1994 n. 19 ‘Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517’ e della L.R. 20 dicembre 1994 n. 50 ‘Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere’ ai sensi del D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229”

Vengono date indicazioni ulteriori per l'organizzazione delle Aziende sul territorio e vengono citati importanti principi ed obiettivi tra cui:

- la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni e nell'erogazione dei servizi;
- il perseguimento della efficienza allocativa delle risorse, della appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati, nonché dell'equità di accesso ai servizi per tutti i cittadini;
- la distinzione funzionale tra la responsabilità di committenza e la responsabilità di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse;
- lo sviluppo della partecipazione degli Enti locali al processo di individuazione, di selezione e di attuazione degli obiettivi, anche mediante il potenziamento delle funzioni di indirizzo, di verifica e di controllo dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie;
- la promozione della salute e della intersectorialità dei programmi di intervento, nonché della integrazione delle funzioni socio-assistenziali con quelle sanitarie;
- la partecipazione delle organizzazioni sociali e degli operatori sanitari al processo di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali attraverso lo sviluppo delle competenze e conoscenze professionali, nonché il loro coinvolgimento al processo decisionale.

L.R.12 marzo 2003 n. 2 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Tale legge detta norme per la promozione della cittadinanza sociale, dei diritti e delle garanzie ad essa correlati, per la definizione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ma soprattutto getta le basi per l'integrazione socio-sanitaria come sistema di intervento per rispondere globalmente ai bisogni di salute delle persone.

Le attività ad integrazione socio-sanitaria sono volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato.

Classifica le prestazioni socio-sanitarie in:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, comprensive di quelle connotate da elevata integrazione sanitaria, assicurate dalle Aziende unità sanitarie locali;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, assicurate dai Comuni.

Lo strumento programmatico a livello locale (distrettuale) è il Piano di zona che definisce, tra le altre cose, il sistema locale dei servizi sociali a rete, le modalità di accesso a tale sistema e la programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari.

L.R. 23 dicembre 2004 n. 29 “Norme generali sull’organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”

Legge di riforma del Servizio Sanitario Regionale che definisce i valori ispiratori e i principi fondamentali che guidano l’organizzazione e il funzionamento del S.S.R. e promuove l’innovazione istituzionale ed organizzativa.

Viene ridefinita la sanità dell’Emilia-Romagna in un’ottica federalista, sulla base delle nuove competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, confermando i principi di universalismo, equità e gratuità del Servizio sanitario. Sono rafforzate: le competenze degli Enti locali in materia di programmazione sanitaria, verifica e controllo; la partecipazione degli operatori sanitari al governo aziendale; e il rapporto della Regione con l’Università nel campo dell’assistenza, della ricerca e della didattica.

La legge introduce il principio della partecipazione organizzativa e ridefinisce il Collegio di direzione come organo dell’Azienda, al pari del Direttore Generale e del Collegio sindacale, con compiti di proposta per l’organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione, la valorizzazione delle risorse umane e professionali e la formazione permanente.

Tra le importanti novità introdotte dalla legge, si evidenzia il riconoscimento della funzione di ricerca come parte integrante della mission del S.S.R. e motore dell’innovazione, collegandola alle attività di governo clinico e formazione continua.

D.G.R. 23 febbraio 2004 n. 327 “Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell’evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti”

La deliberazione di applicazione della legge regionale 34/98 revoca i precedenti provvedimenti in materia e disciplina l’autorizzazione delle strutture pubbliche e private secondo i dettami della normativa vigente rivedendo i requisiti generali e specifici. La deliberazione disciplina, inoltre, sebbene non per tutte le tipologie, l’accreditamento istituzionale, atto attraverso il quale le strutture sanitarie e i professionisti acquisiscono lo status di soggetti idonei ad erogare prestazioni per conto del S.S.N.. L’accreditamento di strutture, professionisti e programmi clinico-assistenziali ha luogo attraverso uno specifico procedimento valutativo, comprensivo di verifica della funzionalità rispetto alla programmazione regionale e alla copertura del fabbisogno, che prevede anche l’accertamento della qualità delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti e comporta valutazioni che interessano le attività cliniche, derivanti, tra l’altro, dal gra-

do di integrazione organizzativa e funzionale nel sistema di gestione aziendale (requisiti generali) e delle singole strutture organizzative e funzionali (requisiti specifici).

D.G.R. 30 dicembre 2004 n. 2708 “Programma per la Ricerca e l’Innovazione nel Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna”

Il Programma per la Ricerca e l’Innovazione (PRI-ER), promosso dalla Regione Emilia-Romagna, si propone di introdurre la funzione di ricerca e di innovazione fra le attività ordinarie, sistematiche e continuative del Servizio Sanitario Regionale e di ciascuna delle sue Aziende sanitarie, dandone conto, rispetto alle priorità scelte, alle risorse impegnate e ai risultati raggiunti.

Ambiti e obiettivi generali del PRI-ER sono:

- l’analisi delle tecnologie emergenti, prima della loro effettiva disponibilità sul mercato, in modo da acquisire indicazioni per la programmazione di medio e lungo periodo,
- la ricerca valutativa per documentare l’impatto della introduzione delle innovazioni proposte e verificarne l’efficacia nella pratica, e il costo-efficacia rispetto alle alternative,
- la sperimentazione e il monitoraggio dell’uso nelle fasi precoci di adozione da parte delle organizzazioni sanitarie per creare le condizioni culturali e organizzative favorevoli a un uso appropriato e tempestivo.

Sono state individuate, in una prima fase, le seguenti aree prioritarie nel cui ambito verranno sviluppati progetti specifici:

- area oncologica (innovazione in radioterapia, appropriatezza di indicazione e uso dei farmaci oncologici, follow up del paziente oncologico),
- area cardiologica (stent medicati),
- area cerebrovascolare (il percorso integrato stroke care, stent medicati o bypass nei pazienti con patologia coronarica multivasale),
- area diagnostica ad alto costo (l’uso della PET in oncologia, l’uso della TAC multistrato nello studio della patologia coronarica),
- area infettivologica (prevenzione e trattamento della sepsi grave).

Sono state realizzate attività di carattere generale di particolare rilievo collegate al Programma tra le quali: il primo censimento delle attività di ricerca delle Aziende sanitarie regionali, il programma di formazione per la ricerca e l’innovazione, il coordinamento dei Comitati Etici.

D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 213 “Introduzione del bilancio di missione nel servizio sanitario regionale”

D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 297 “Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell’art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29”

Nello sviluppo dei rapporti tra Regione ed Università si intende rispettare e sostenere il rilievo nazionale ed internazionale delle Università della regione e le loro

Facoltà Mediche, sia negli aspetti formativi, sia nella ricerca scientifica.

Su un piano generale, l'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale ha accentuato l'autonomia delle Aziende sanitarie, principalmente attraverso lo strumento di auto-organizzazione rappresentato dall'Atto aziendale, mentre il Piano Sanitario Regionale ha introdotto forme innovative di assistenza, che privilegiano l'assistenza territoriale, residenziale e non, coordinandola con l'assistenza ospedaliera, compresa quella erogata nelle strutture di riferimento per la Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il Servizio Sanitario Regionale si è strutturato secondo un sistema a rete integrata di servizi, che, attraverso il modello *hub and spoke*, connette funzionalmente i centri di riferimento regionale, spesso sedi di presenza universitaria, con le altre strutture. A questo si aggiungono lo sviluppo di una politica regionale della ricerca biomedica e sanitaria, promossa attraverso il Programma per la Ricerca e la Innovazione (PRI-ER), e le nuove responsabilità assunte dalla Regione nella determinazione del fabbisogno di personale per il Servizio Sanitario Regionale, per quanto riguarda in particolare le diverse specializzazioni mediche e le professioni sanitarie.

Questi cambiamenti organizzativi e strutturali hanno profondamente modificato le esigenze della ricerca biomedica e sanitaria e aumentato qualitativamente e quantitativamente la domanda di formazione, per effetto dell'attribuzione di competenze e responsabilità nuove a figure professionali "tradizionali" e per il manifestarsi di nuove esigenze. Tutto ciò richiede più avanzate forme di collaborazione tra la Regione e il sistema delle Università della Regione Emilia-Romagna, in ragione del loro ruolo fondamentale nella didattica e nella ricerca. Regione ed Università individuano nell'integrazione lo strumento idoneo per realizzare il concorso delle rispettive autonomie. Tale integrazione si realizza nell'istituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel concorso alla promozione della ricerca biomedica e sanitaria e nella programmazione delle attività didattiche e formative.

D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 318 "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie ai sensi dell'articolo 9, comma 6, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 recante Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale"

D.G.R. 27 giugno 2005 n. 1012 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007"

In questo atto sono riportati i progetti attivati e in corso di attivazione per:

- screening oncologici (tumori del collo dell'utero, tumori della mammella, tumori del colon retto);
- politiche vaccinali;
- piano per la diffusione della carta del rischio vascolare;
- gestione integrata del diabete.

D.G.R. 30 gennaio 2006 n. 86 "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale"

La direttiva aggiorna i precedenti indirizzi per la ema-

nazione degli Atti aziendali, al fine di adeguarli alle modifiche intercorse, con particolare riguardo alla L.R. 29/2004, al nuovo Protocollo regionale d'intesa fra Regione ed Università, nonché alle priorità di politica sanitaria definite dal Piano sociale e sanitario.

La direttiva ha l'obiettivo primario di delineare la configurazione degli assetti organizzativi e delle relazioni funzionali che le Aziende dovranno assumere al proprio interno, nelle reciproche relazioni e nei rapporti con gli Enti locali e con la Regione.

L'emanazione di indirizzi comuni a tutte le forme di Azienda è resa possibile e al tempo stesso richiesta dal fatto che la legge regionale 29/2004, in attuazione delle competenze in materia di ricerca e di assistenza riconosciute alle Regioni dalla riforma costituzionale in atto, prevede, per tutte le Aziende sanitarie e nel rispetto delle peculiarità di ciascuna, l'esercizio delle funzioni di assistenza, di ricerca e di formazione. Tutte le Aziende del S.S.R. condividono la comune tensione verso l'integrazione della tradizionale funzione primaria di assistenza con quelle di ricerca e di formazione. Tuttavia, le diverse forme di Azienda attribuiscono un peso relativo diverso a ciascuna delle tre componenti, tutte essenziali alla definizione di un Servizio sanitario moderno.

La direttiva intende garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle Aziende sanitarie, nel rispetto delle funzioni proprie alle loro diverse forme, tenendo conto delle peculiarità locali e salvaguardando l'espressione dell'autonomia su cui si basa la responsabilità di ciascuna Azienda. Inoltre, riserva particolare attenzione ad individuare le competenze ed i poteri che gli Atti aziendali devono attribuire agli organi aziendali (al fine di permettere un efficace esercizio delle loro funzioni) e a distinguere fra assetti organizzativi ed articolazioni di governo all'interno delle Aziende. A questo scopo, i valori ed i principi generali di organizzazione e di funzionamento del S.S.R. desunti dalla L.R. 29/2004 devono trovare espressione e concreta attuazione negli Atti aziendali delle Aziende sanitarie. Fra i citati valori e principi si richiamano:

- partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori,
- trasparenza nei risultati, nelle procedure e nei processi organizzativi,
- integrazione istituzionale, finanziaria, organizzativa e professionale,
- valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori del S.S.R., che comprende la loro partecipazione ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva,
- integrazione professionale nelle singole strutture aziendali e nelle relazioni fra diverse unità operative, privilegiando il lavoro di gruppo quale modalità organizzativa regolata e la formazione integrata di équipe,
- sviluppo delle attività di ricerca e di formazione per l'innovazione tecnologica ed organizzativa dei servizi e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza,
- prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale,

- compartecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria attraverso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di distretto e, a livello regionale, la Commissione Regione-Autonomie locali,
- integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria, da realizzarsi principalmente a livello distrettuale e per i servizi ad elevata integrazione sanitaria.

D.G.R. 27 marzo 2006 n. 426 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2006-2008 relativamente a: prevenzione dell’obesità, prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, stradali e domestici”

D.G.R. 24 luglio 2006 n. 1051 “Linee di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2006”

D.G.R. 6 novembre 2006 n. 1532 “Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa”

Con la D.G.R. 1532/2006 Piano regionale per il contenimento dei tempi d’attesa, la Regione Emilia-Romagna ha promosso un nuovo approccio alla gestione delle liste d’attesa che, come è noto, è uno dei problemi più persistenti dei servizi sanitari in generale. Il punto cardine della Delibera consiste nella predisposizione, da parte delle Aziende territoriali di concerto con le Aziende ospedaliere, di un piano in cui vengono dettagliate le azioni che verranno intraprese a livello territoriale al fine di perseguire il contenimento dei tempi d’attesa.

Il Piano di intervento ha l’obiettivo di offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programabili la garanzia di poter soddisfare il suo bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo, a garanzia di un servizio che prevede ed esplicita ex ante i comportamenti che il sistema assume nel caso in cui si verifichi il superamento dei livelli massimi di attesa nell’accesso alle prestazioni specialistiche, predisponendo azioni mirate alla riconduzione dei tempi d’attesa ai valori standard ogni qual volta fattori contingenti o errori di pianificazione portano a superare gli standard dichiarati. Per raggiungere tale obiettivo, sono state individuate 41 prestazioni, definite *di base*, di differenti discipline per le quali il Tempo di Attesa Massimo (TMA) deve essere rispettato a livello distrettuale; gli standard di riferimento, riferiti alle prestazioni di primo accesso, sono confermati in 30 giorni per le visite, 60 giorni per la diagnostica e 7 giorni per le urgenze differibili. Lo standard deve essere garantito a tutti i cittadini senza determinare sperequazioni dal momento che attualmente non è possibile individuare tipologie di pazienti cui garantire il rispetto del TMA per le diverse aree critiche sulla scorta di criteri clinici di priorità.

D.G.R. 15 novembre 2006 n. 1546 “Protocollo d’intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia”

In attuazione, in particolare, dell’articolo 10 del Protocollo d’intesa del 14.2.2005, Regione e Università confermano l’esigenza che la regolamentazione dell’impegno assistenziale degli specializzandi, adottata da ciascuna Scuola, si uniformi ad alcuni criteri comuni volti a garantire:

- la piena corrispondenza tra ordinamento didattico della Scuola e formazione professionale;
- la graduale assunzione di compiti assistenziali da parte degli specializzandi;
- l’introduzione di adeguati strumenti per la verifica degli standard formativi.

D.G.R. n. 1870 del 18 dicembre 2006 “Approvazione Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009. Indirizzi ai sensi dell’art. 9, comma 9, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29”

La delibera dà atto che in sede di Conferenza Regione-Università, il 25 ottobre 2006, è stato approvato il “Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009”: esso prevede l’istituzione di un Comitato di Indirizzo e di un finanziamento del Programma di Ricerca, che dovrà trovare la sua piena attuazione nell’ulteriore sviluppo della rete collaborativa tra le Aziende sanitarie, le Università e gli IRCCS della regione.

L’articolo 12 del Protocollo di Intesa Regione-Università del febbraio 2005 prevede l’avvio di un programma di collaborazione tra Regione ed Università per lo sviluppo di una attività di ricerca finalizzata a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative. Il programma si rivolge alle Aziende Ospedaliero-Universitarie quale luogo privilegiato della sinergia tra Servizio Sanitario Regionale e Università e assume la loro capacità di influenzare l’intero S.S.R. attraverso programmi di ricerca e innovazione rilevanti.

I progetti che saranno attivati all’interno di questo programma dovranno avere la precipua finalità di far avanzare le conoscenze scientifiche e favorire il trasferimento tecnologico nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie di riferimento e, più in generale, in tutto il S.S.R.. Questo, in quanto la Regione Emilia-Romagna ha strutturato il proprio servizio sanitario secondo un sistema a rete integrata di servizi (modello “hub and spoke”).

Dal punto di vista dello sviluppo logistico, in attuazione dell’art. 11 della L.R. n. 29/2004, Università e Regione si impegnano a sviluppare il Programma promuovendo forme di organizzazione interna alle Aziende Ospedaliero-Universitarie capaci di integrare e valorizzare le competenze scientifiche, tecniche e professionali del Servizio Sanitario Regionale e delle Università. Vengono in questo senso posti al centro delle attività di ricerca i Dipartimenti ad attività integrata che il Protocollo di Intesa Regione-Università del febbraio 2005 individua quale strumento essenziale per realizzare l’integrazione operativa tra le funzioni di ricerca, didattica e assistenza.

La promozione e il sostegno di questo programma si in-

seriscono, come per la Regione Emilia-Romagna, nello sviluppo di una politica regionale della ricerca biomedica e sanitaria, che ha avuto una significativa tappa di sviluppo nell'avvio del "Programma Ricerca e Innovazione - PRI-E-R". Questo Programma si articolerà secondo tre principali aree mirate a promuovere e sviluppare:

- la ricerca innovativa, finalizzata alla produzione di nuove conoscenze su tecnologie ed interventi di potenziale rilevanza per il S.S.R.;
- la ricerca per il governo clinico, finalizzata alla valutazione delle effettive potenzialità e dell'impatto di tecnologie ed interventi in ambito sanitario;
- la formazione alla ricerca e lo sviluppo di research network dotati di competenze scientifiche e professionali capaci di sostenere le attività di innovazione e ricerca nel servizio sanitario.

Quadro istituzionale locale

La programmazione sanitaria sul territorio provinciale si sviluppa attraverso l'utilizzo di diversi strumenti che hanno valenza distrettuale, provinciale o di Azienda.

Piano Attuativo Locale (PAL) 2005-2007

Il Piano Attuativo Locale è il documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi socio-sanitari che gli Enti locali e le Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione.

Il Piano Attuativo Locale è stato definito nell'ambito delle più generali linee di indirizzo tracciate dal Piano Sanitario Regionale, che prevede la pianificazione della assistenza sanitaria focalizzando l'attenzione sulle relazioni funzionali tra strutture diverse. Il tema delle reti cliniche integrate e dell'integrazione è, infatti, il filo conduttore di tutto il documento in cui si definiscono gli obiettivi del PAL. Le reti cliniche interaziendali che richiedono una programmazione e realizzazione congiunta tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL di Parma riguardano:

- la rete dell'emergenza-urgenza,
- la lungodegenza post-acuta e di riabilitazione estensiva,
- la rete di cardiologia e cardiocirurgia,
- l'integrazione delle attività ospedaliere, comprese quelle erogate dalla ospedalità privata,
- la realizzazione della rete dei laboratori e il potenziamento dell'offerta ambulatoriale specialistica,
- la rete pediatrica e di neonatologia,
- la partecipazione al programma interaziendale delle cure palliative,
- la realizzazione dei programmi di screening (con aree prioritarie: senologia, tumori del collo dell'utero e tumori del colon retto),
- il progetto demenze senili.

L'applicazione pratica di questo modello comprende alcuni principali ambiti di interesse come:

- l'individuazione delle relazioni e delle gerarchie fra i

punti di produzione dei servizi seguendo il modello hub and spoke,

- l'attivazione di schemi organizzativi che siano in grado di facilitare la costruzione del percorso assistenziale sulle esigenze del paziente,
- la ricerca di strumenti di comunicazione che in modo rapido mettano in connessione i vari punti del sistema.

Piani per la salute

I Piani per la salute rappresentano un documento programmatico che si pone il fine di coagulare intorno ad un bene fondamentale come quello della salute una pluralità di attori del pubblico, del privato, dei servizi, della partecipazione civile, della responsabilità istituzionale e sociale al fine di creare una convergenza di intenti e di azioni intorno ai valori e alle problematiche emergenti per i cittadini del territorio provinciale. Le tematiche di fondo individuate a livello provinciale sono la sicurezza alimentare, la sicurezza sul lavoro e quella stradale.

Piani di zona

Rappresentano il principale strumento di programmazione dell'area sociale e dell'area socio-sanitaria, ovvero lo strumento con cui vengono individuate le problematiche sociali che caratterizzano un territorio e come queste possano essere affrontate attraverso un'attenta ricognizione di vincoli e risorse.

Programma delle attività territoriali

Il programma delle attività territoriali sviluppa per il livello distrettuale e con una prospettiva annuale gli indirizzi di programmazione sanitaria pluriennale.

Accordo Attuativo Locale in applicazione del Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e Università tra l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, siglato in data 18.12.2006

Accordo di fornitura con l'Azienda USL

L'accordo di fornitura è il documento con cui l'Azienda USL svolge la sua funzione di committenza indicando i progetti di interesse comune e traducendo in acquisizione di servizi le proprie necessità di offerta per far fronte ai bisogni dei cittadini.

Piano delle azioni

Documento che contiene l'insieme delle proposte di intervento che le Aziende intendono perseguire sia come obiettivi specifici che di integrazione; vengono inoltre esplicitati i valori di riferimento.

Il sistema delle relazioni con l'Università

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce ai sensi della L.R. 29/2004, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma. Ciò implica la necessità di garantire l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal S.S.R. e dall'Università, nel rispetto dei reciproci obiettivi istituzionali.

Particolare attenzione è quindi stata dedicata a tali aspetti nell'ambito della elaborazione dell'Atto aziendale (Delibera del Direttore Generale n. 221 del 22.11.2006) che costituisce il naturale preludio all'Accordo Attuativo Locale stipulato il 18.12.2006, in attuazione del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università. In tale prospettiva, fra i principali obiettivi individuati nella mission dell'Ospedale vi è lo sviluppo, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, di percorsi che favoriscano l'attuazione di processi formativi e di didattica di alta qualità, oltre al consolidamento della leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura, all'interno del contesto regionale e nazionale. Si è altresì ribadito che l'integrazione ospedale-università è fra i principali impegni che l'Azienda intende sviluppare a beneficio dei cittadini. Alla base di entrambi i documenti è stata posta la condivisione del metodo della programmazione e della comunicazione preventive per lo sviluppo delle risorse umane e strumentali necessarie al conseguimento dei fini istituzionali. Per tale motivo, pur riconoscendo la libertà della Facoltà nella programmazione delle proprie risorse di personale docente, si è ribadita l'opportunità di un confronto con la programmazione ospedaliera e si è ritenuto congruo istituire, a tal fine, una commissione paritetica di consultazione e di reciproca e preventiva informazione.

Tale metodo ha portato ad un confronto serrato e proficuo al momento dell'elaborazione dei documenti citati al fine di definire compiutamente ruolo, organi e compiti dei dipartimenti ad attività integrata che avrebbero costituito la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. In particolare, è stato importante, in tale ambito, sottolineare che è all'interno del Dipartimento ad attività integrata che viene assicurato l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca, garantendo globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e quelle di ricerca proprie dei Dipartimenti universitari. Tale affermazione condivisa ha portato alla individuazione degli undici Dipartimenti ad attività integrata, che hanno preso il posto dei 15 dipartimenti assistenziali nei quali era organizzata l'Azienda e all'individuazione delle strutture complesse, semplici e dei programmi nei quali gli stessi DAI si articolano, oltre che delle modalità di ripartizione del personale ospedaliero e universitario all'interno di tali strutture.

Un'attenzione specifica all'interno dell'Atto aziendale è stata posta alla partecipazione del personale dell'Azienda all'attività didattica pre e post laurea, la cui programmazione deve avvenire in accordo fra i direttori dei Dipartimenti universitari interessati e i direttori dei Dipartimenti ad attività integrata.

Nell'ambito del sistema di relazioni posto alla base dell'Atto aziendale e dell'Accordo attuativo, l'Azienda è stata fortemente impegnata sui tavoli tecnici paritetici regionali al fine di definire i documenti che portino progressivamente alla predisposizione del più articolato accordo per il personale universitario docente, ricercatore, tecnico ed amministrativo da adottarsi in attuazione del D.Lgs. 517/1999, come previsto dall'art. 8 del Protocollo d'intesa Regione-Università, ovvero alle Linee Guida per l'equiparazione del personale tecnico-amministrativo e agli indirizzi per il primo adeguamento del trattamento economico dei docenti e ricercatori universitari equiparati alla dirigenza del S.S.R. a seguito dell'entrata in vigore dei C.C.N.L. per la dirigenza del S.S.N. sottoscritti il 3.11.2005 e il 5.7.2006 (Il biennio economico).

Per delineare ulteriormente l'ambito del sistema di relazioni con l'Università, al fine di definire meglio il contesto nel quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria opera, vengono brevemente richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma negli anni accademici 2005-2006 e 2006-2007, nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i corsi di laurea, nell'a.a. 2005-2006 sono stati svolti a regime completo 14 corsi, di cui 2 specialistici a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 10 triennali delle professioni sanitarie (Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Ortottica ed Assistenza Oftalmologica, Ostetricia, Tecniche Audiometriche, Tecniche Audioprotesiche, Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia), 1 corso di laurea specialistica interfacoltà (Biotecnologie per la Salute) e 1 corso di laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie (Scienze delle Attività Motorie).

Sempre nello stesso anno, è stato attivato il 1° anno del corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Nell'a.a. 2006-2007, sono stati confermati tutti i corsi di laurea sopra citati ed è arrivato a regime il corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Il numero complessivo degli studenti iscritti nei corsi di laurea negli a.a. 2005-2006 e 2006-2007 è risultato rispettivamente pari a 3.148 e 3.308. Per quanto riguarda le scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, nell'a.a. 2005-2006 si sono svolti a pieno regime 38 corsi, di cui 17 di area medica, 11 di area chirurgica e 10 di area dei servizi. È stato inoltre attivato il 2° anno della scuola di specializzazione in Scienze dell'Alimentazione precedentemente non esistente. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti negli a.a. 2005-2006 e 2006-2007 è stato rispettivamente pari a 686 e 668.

Per quanto riguarda i corsi di dottorato post-laurea, negli a.a. 2005-2006 e 2006-2007 ne sono stati svolti 13 con un numero complessivo di dottorandi rispettivamente pari a 105 e 98.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è stato quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: negli a.a. 2005-2006 e 2006-2007 ne sono stati realizzati 5 con un numero complessivo di partecipanti rispettivamente pari a 28 e 75.

Da questa breve descrizione delle macro attività didattiche si evince una sostanziale stabilità della programmazione universitaria della Facoltà, con un lieve potenziamento dell'offerta formativa.

Anche per l'immediato futuro, le linee di sviluppo della programmazione didattica non prevedono tanto uno sviluppo quantitativo, peraltro calmierato dalle norme nazionali che impongono un numero programmato di studenti per tutti i corsi universitari di ambito sanitario, quanto piuttosto una ridefinizione e rimodulazione in senso qualitativo, secondo quanto previsto da alcune specifiche normative di recente emanazione riguardanti i corsi di laurea (in particolare il Decreto Ministeriale n. 270 del 22 ottobre 2004 e successivi decreti attuativi), le scuole di specializzazione (in particolare il decreto del 1 agosto 2005 e successivi decreti attuativi) e la docenza universitaria (in particolare la legge n. 230 del 4 novembre 2005). Il complesso di queste recenti normative nazionali, che vanno a raccordarsi con le normative regionali (in particolare la L.R. 29 del 23 dicembre 2004) e ai conseguenti Accordi attuativi locali già in parte realizzati a Parma, spingono verso scenari nuovi anche nell'ambito dello sviluppo della programmazione didattica. Gli obiettivi principali della programmazione didattica a breve-medio termine possono essere sinteticamente espressi in termini quantitativi e qualitativi.

In termini quantitativi si prevede:

- il mantenimento degli attuali 15 corsi di laurea e l'attivazione di 2 nuovi corsi specialistici, uno nell'ambito delle scienze motorie e un altro nell'ambito delle professioni sanitarie;
- il mantenimento degli attuali 39 corsi delle scuole di specializzazione e l'attivazione di 6 nuove scuole, 2 in ambito medico (Medicina d'Urgenza-Emergenza e Neurofisiopatologia) e 4 in ambito odontoiatrico (Chirurgia Orale, Odontoiatria Clinica Generale, Odontoiatria Pediatrica, Ortognatodonzia);
- il mantenimento degli attuali corsi di dottorato;
- il mantenimento degli attuali corsi di Master e l'attivazione di nuovi Master nell'ambito delle professioni sanitarie.

In termini qualitativi si prevede:

- una maggiore integrazione tra le funzioni didattiche, di ricerca ed assistenza in un'ottica di rete e di sistema con il S.S.R. e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento;
- una revisione dell'offerta formativa e una rimodulazione organizzativa di tutti i corsi di laurea alla luce di quanto disposto dal D.M. n. 270 del 22.10.2004 e successivi decreti attuativi, con l'intento di semplificare, razionalizzare, migliorare l'impiego del corpo docente ed incremento della produttività studentesca;

- un riassetto di tutte le scuole di specializzazione alla luce di quanto disposto dal D.M. del 1 agosto 2005 e successivi decreti attuativi, con l'intento di migliorare e qualificare ulteriormente il percorso professionale dei medici in formazione;
- un'estensione della collaborazione con l'Azienda USL di Parma e con le Aziende sanitarie di Reggio Emilia e Piacenza e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sia per gli aspetti didattici che per la ricerca in campo clinico, in una logica di area vasta dell'Emilia ovest.

Per quanto concerne il personale, si osserva che nell'ambito del personale afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, il personale docente convenzionato con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria rappresenta la maggior parte (si veda a riguardo la tabella che segue nella quale il dato viene disaggregato per fascia di appartenenza).

Docenti universitari in servizio alla data del 31.12.2006 (valori assoluti)

Facoltà Medicina e Chirurgia	Prima fascia	Seconda fascia	Ricercatori Universitari	Assistenti Ordinari
Personale docente afferente alla facoltà	70	82	116	1
di cui convenzionati	45	64	87	1

Nel corso degli anni si è avuto anche un ricambio delle professionalità universitarie coinvolte, riportato nel dettaglio nelle due tabelle che seguono, riferite rispettivamente alla totalità dei docenti della Facoltà e al personale convenzionato, nel triennio 2004-2006.

Docenti universitari assunti/cessati nel triennio 2004-2006 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori Universitari		Assistenti Ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2004	7	10*	8	16	18***	4	0	0
2005	4	1	2	3	5	16	0	0
2006	1	8**	6	5	9	5	1	0

* di cui 2 per trasferimento

** di cui 1 per trasferimento

***di cui 1 per mobilità da Medicina e Chirurgia a Farmacia

Docenti universitari assunti/cessati nel triennio 2004-2006 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia operanti in convenzione

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori Universitari		Assistenti Ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2004	4	8	6	12	13	3	0	0
2005	3	0	1	3	4	10	0	0
2006	0	6	5	4	5	4	1	0

Si sono inoltre concluse due procedure di valutazione comparativa per posti di ricercatore universitario, già deliberate nell'anno 2006, per i SS.SS.DD. MED/25 e BIO/09 con nomina dei vincitori in corso. Nel tracciare i percorsi entro cui si concretizza l'integrazione tra

Azienda e Università è, inoltre, da considerare la quota di personale del S.S.R. che esplica attività di insegnamento e tutoraggio nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma: 326 titolari di insegnamento o modulo a.a. 2005-2006 e 245 unità di personale del S.S.R. con funzioni di tutorato a.a. 2005-2006.

Le relazioni dell'Azienda con strutture dell'Università di Parma o con quelle di altri Atenei si inseriscono in un quadro generale di rapporti tesi alla completezza del percorso formativo dello studente, mediante l'istituzione di rapporti convenzionali volti a garantire la possibilità di effettuare tirocini formativi, di orientamento e di didattica formativa presso strutture dell'Azienda.

Vengono di seguito elencate le convenzioni in corso nell'anno 2006:

- convenzione con l'Università di Verona - scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica per attività di didattica integrativa presso la Divisione di Chirurgia Infantile - stipulata nel 2000 validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Bologna - Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico post-laurea dei laureati in psicologia, stipulata nel 2003 con validità triennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia - scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica, per attività integrativa presso l'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica, stipulata nel 2003 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione unica con l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini formativi previsti dagli ordinamenti didattici dei singoli corsi di studio e riconosciuti in termini di crediti formativi universitari, stipulata nel 2004 con validità triennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con Politecnico di Milano per studenti e/o laureati e/o diplomati, stipulata nel 2004 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pisa - scuola di specializzazione in Medicina Nucleare, per attività integrativa presso l'Unità Operativa di Medicina Nucleare - stipulata nel 2004 con validità per la durata del corso iniziato dall'anno accademico 2003/2004,
- convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano per lo svolgimento di tirocini di formazione e orientamento, stipulata nel 2005 con validità annuale tacitamente rinnovabile.

Convenzioni stipulate nel 2006:

- convenzione con l'Università degli Studi di Modena - scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - per attività didattica integrativa presso la Direzione Medica di Presidio, periodo di validità 14.12.06-13.12.07,
- convenzione quadro tra l'Università degli Studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento - validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Palermo - scuola di specializzazione in Radiodiagnostica, per atti-

vità didattica integrativa presso l'unità operativa Radiologia - validità anni accademici 2005/2006 e 2006/2007,

- convenzione con l'Università degli Studi di Parma - Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico post-laurea dei laureati in psicologia, durata triennale tacitamente rinnovabile.

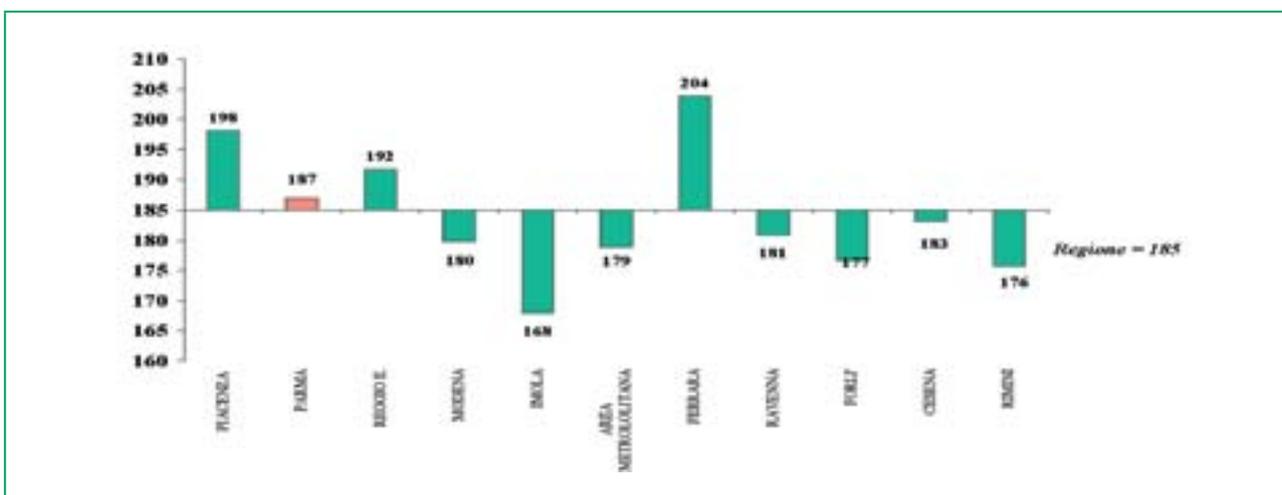
La rete integrata dell'offerta regionale

Sulla base dei dati presenti in banca dati regionale, è possibile fornire alcuni elementi utili a descrivere il quadro generale in cui l'attività ospedaliera della provincia di Parma si colloca e con cui si confronta, al fine di verificare i risultati raggiunti rispetto agli indirizzi regionali. In particolare, risultano significativi allo scopo alcuni indicatori. Dall'analisi del **tasso di ospedalizzazione standardizzato** (compresa la mobilità passiva extraregionale e considerando complessivamente regime ordinario e day hospital) emerge che la provincia di Parma ha consolidato nel 2006 il valore registrato negli ultimi tre anni (186-188%), realizzando l'obiettivo richiesto dalla Regione nel piano degli obiettivi per le Aziende sanitarie.

In merito all'attività di ricovero, è importante rilevare che tra le aziende sul cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera, l'Ospedale di Parma è quello al quale ricorre la maggior quota di cittadini (il 51% della popolazione parmigiana); inoltre, dall'analisi dell'**indice di dipendenza della popolazione** dalle strutture ospedaliere, è possibile desumere che la percentuale di cittadini che si rivolge a strutture extra provincia risulta più bassa (15%) della media regionale (18%), mentre l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma è pari al 17% del totale dell'attività, quota superiore a quella rilevata a livello regionale (10% dei ricoveri). Relativamente all'attività erogata in regime ambulatoriale, per l'analisi dei bisogni della popolazione, è stato scelto un indicatore sovrapponibile a quello utilizzato per i ricoveri: l'**indice di consumo**, standardizzato per età (numero di prestazioni annuali per 1000 residenti) al fine di consentire il confronto fra il dato provinciale e il dato complessivo regionale, non influenzato dalla diversa distribuzione per età della popolazione. Complessivamente, in provincia di Parma il consumo di prestazioni ambulatoriali risulta il più basso a livello regionale, e in particolare risulta inferiore il consumo di prestazioni di laboratorio. Dall'analisi dell'**indice di dipendenza della popolazione**, si evince che i parmigiani si rivolgono prevalentemente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che eroga la maggior quota di prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti (nel 2006 il 48%), contrariamente al dato medio regionale dove sono le Aziende USL i maggior erogatori per i cittadini residenti (66% delle prestazioni). Un altro indicatore di particolare interesse è l'**indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dalla popolazione**, dal quale emerge che essa eroga oltre il 50% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto.

Regime di ricovero - tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma 2004 - 2006

Anno	Provincia di Parma					Medie Regionali				
	Degenza Ordinaria	Day Hospital			Degenza Ord+DH	Degenza Ordinaria	Day Hospital			Degenza Ord+DH
		Med	Chir	Tot. D. h.			Med	Chir	Tot. D. h.	
2004	138	22	26	48	186	138	25	28	53	191
2005	140	22	26	48	188	140	23	26	48	189
2006	139	24	24	48	187	139	21	24	46	185



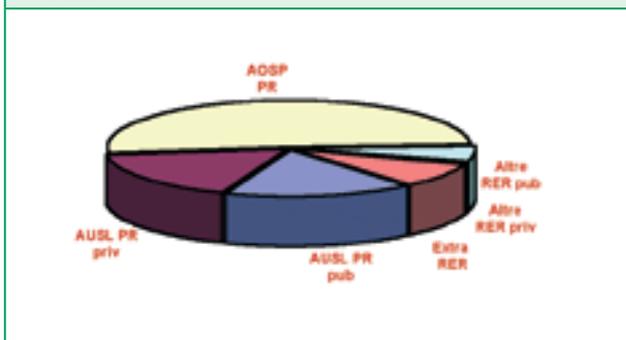
Regime di ricovero - indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere 2004 - 2006

Anno	% ricoveri presso i presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso AOSP di Parma	% totale ricoveri entro la Provincia	% ricoveri in altre province RER		% ricoveri fuori regione	% TOTALE
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2004	16	18	52	85	6	1	9	100
2005	16	17	52	85	5	1	9	100
2006	17	17	51	85	5	1	9	100

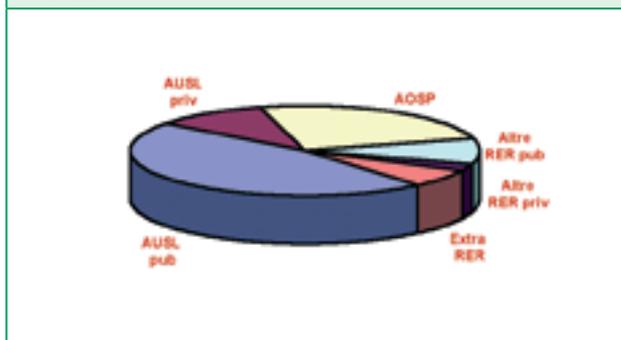
Regime di ricovero - indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere anno 2006 - confronto Parma e regione (RER)

AUSL PR pub.	AUSL PR priv.	AOSP PR	Altre RER pub.	Altre RER priv.	Extra RER	AUSL pub.	AUSL priv.	AOSP	Altre RER pub.	Altre RER priv.	Extra RER
17	17	51	5	1	9	46	10	25	9	2	7

Regime di ricovero - indice dipendenza residenti Parma Anno 2006



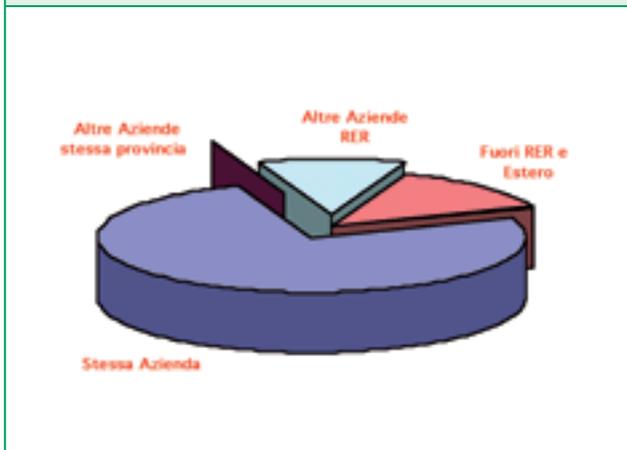
Regime di ricovero - indice dipendenza residenti regione - RER Anno 2006



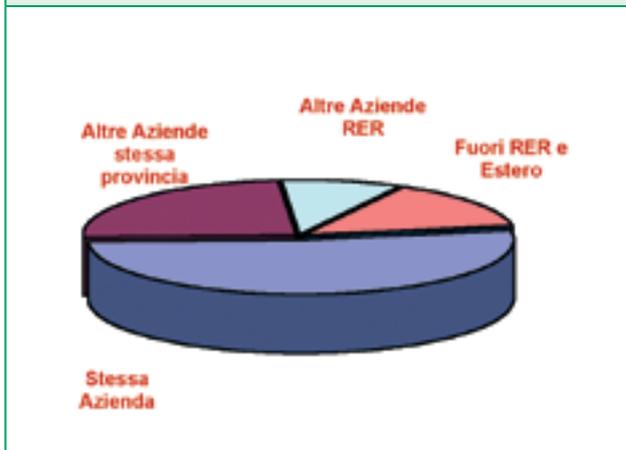
Regime di ricovero - indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della provincia di Parma dalla popolazione 2004 - 2006

Anno	Residenti					Totale
	Azienda di ricovero	Stessa Azienda	Altre Aziende stessa provincia	Altre Aziende RER	Fuori RER e Estero	
2004	PR	77	-	10	13	100
	RER	52	26	9	13	100
2005	PR	76	-	10	14	100
	RER	52	25	9	14	100
2006	PR	75	-	11	14	100
	RER	52	24	9	15	100

Regime di ricovero - indice di dipendenza delle strutture della provincia di Parma Anno 2006



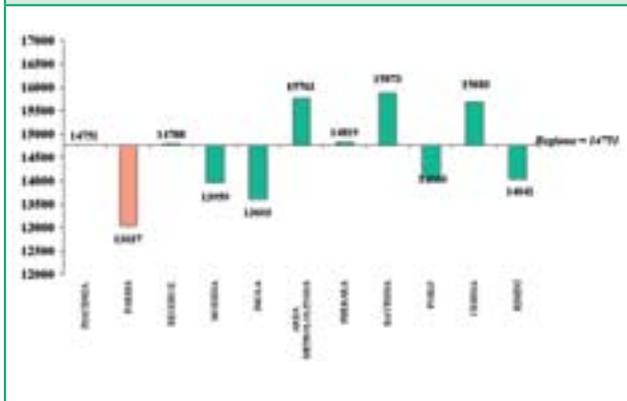
Regime di ricovero - indice di dipendenza delle strutture ospedaliere RER dalla popolazione Anno 2006



Attività specialistica ambulatoriale - tasso di consumo standardizzato per residenti nella provincia di Parma 2004 - 2006

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni Tearapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso Laboratorio
2004	PR	1079	10178	411	420	1448	13535	3357
	RER	1255	10613	517	433	1322	14139	3227
2005	PR	1089	10002	374	405	1464	13333	3331
	RER	1295	10311	486	440	1356	13889	3578
2006	PR	1113	9696	358	385	1485	13037	3341
	RER	1370	10983	520	464	1414	14751	3769

Attività specialistica ambulatoriale - tasso di consumo per provincia di residenza Anno 2006 - totale



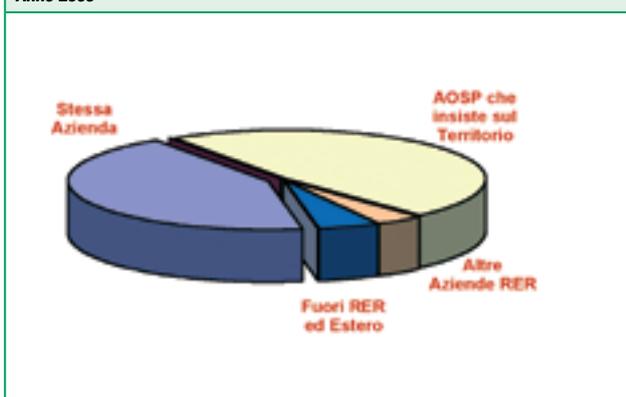
Attività specialistica ambulatoriale - tasso di consumo per provincia di residenza Anno 2006 - totale escluso laboratorio



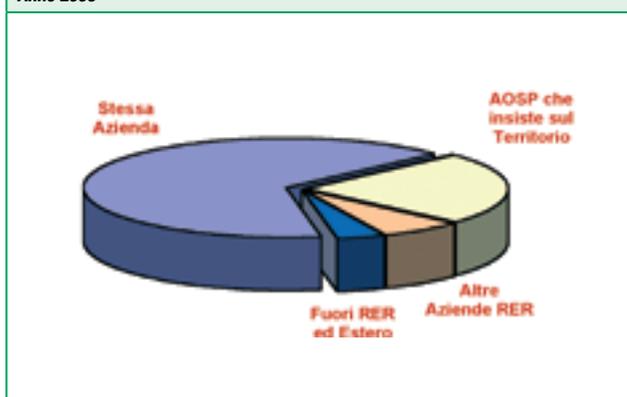
Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere 2004 - 2006

Anno	Residenza	Azienda USL	AOSP che insiste sul Territorio	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	Totale
2004	PR	47	45	3	5	100
	RER	65	24	6	4	100
2005	PR	45	47	3	5	100
	RER	65	24	6	4	100
2006	PR	43	48	4	5	100
	RER	66	24	7	4	100

Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza residenti Parma Anno 2006



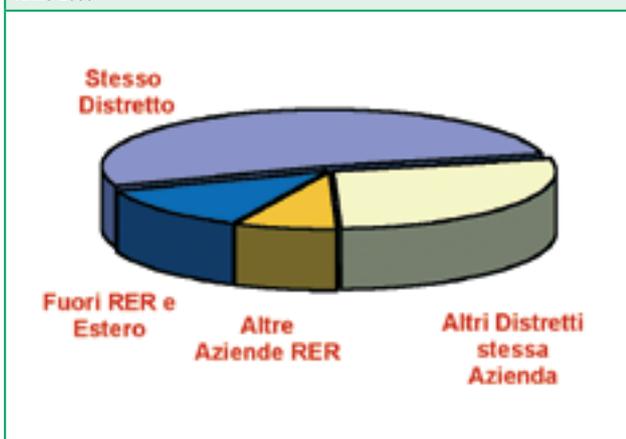
Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza residenti regione - RER Anno 2006



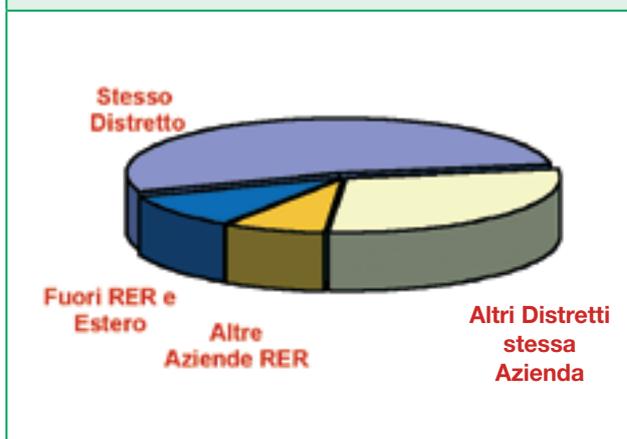
Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione 2004 - 2006

Anno	Azienda Ospedaliera	Residenti				Totale
		Stesso Distretto	Altri Distretti - Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	
2004	AOSP PR	52	29	7	12	100
	AOSP RER	38	44	8	10	100
2005	AOSP PR	54	28	6	12	100
	AOSP RER	54	29	7	10	100
2006	AOSP PR	52	28	8	12	100
	AOSP RER	53	29	8	10	100

Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza strutture della provincia di Parma Anno 2006



Attività specialistica ambulatoriale - Indice di dipendenza strutture della RER Anno 2006



Osservazioni epidemiologiche

Il monitoraggio degli andamenti dell'incidenza e della mortalità per tumore rappresenta uno strumento di rilevante importanza in sanità pubblica per valutare, a livello di popolazione, l'effetto dei cambiamenti occorsi nelle abitudini di vita, nei rischi ambientali e negli interventi sanitari. L'epidemiologia di alcuni tra i tumori più importanti ha subito in anni recenti cambiamenti in relazione alla mutata esposizione a fattori di rischio, come ad esempio, nel caso del tumore al polmone e di altri tumori fumo-correlati, ma anche per l'attuazione di programmi di screening (mammella, utero) o per la diffusione di strumenti di diagnosi precoce, come nel caso del test per l'antigene prostatico (PSA).

Nella tabella e nei grafici che seguono sono rappresentati i trend dei tassi di incidenza e mortalità standardiz-

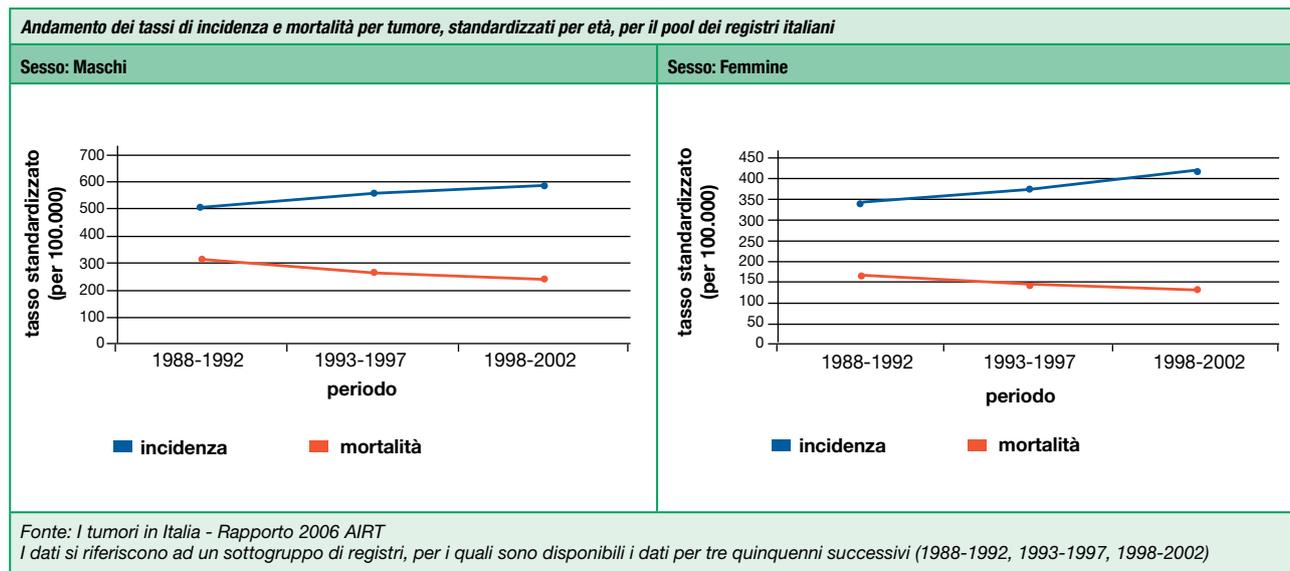
zati per età, desunti dalla banca dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT) che include diciotto registri; l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede del Registro tumori provinciale, fondato nel 1978, secondo registro italiano nato subito dopo quello di Varese. L'analisi dei tassi di incidenza per sede tumorale e per sesso, rispettivamente della provincia di Parma e del complesso dei registri italiani, consente di evidenziare una maggiore incidenza di tumore a Parma sia nei maschi che nelle femmine e, in particolare, nei casi di tumore della mammella e dello stomaco.

I dati sono disponibili in dettaglio sulla rivista Epidemiologia e Prevenzione (1° volume anno 2007 *Tumori in Italia - Rapporto 2007*) o direttamente nel sito dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

Tassi di incidenza per tumore, standardizzati sulla popolazione Italiana, e relativi errori standard - media annua periodo 1998-2002 (per 100.000, per anno)

Sede	Maschi		Femmine	
	Parma	Pool dei registri	Parma	Pool dei registri
Mammella			137,3 (3,3)	122 (0,6)
Prostata	73,1 (2,2)	75,2 (0,4)		
Polmone	77,6 (2,3)	78,5 (0,5)	24 (1,3)	20,1 (0,2)
Colon	41 (1,7)	41,6 (0,3)	34,5 (1,5)	34,7 (0,3)
Vescica	44,4 (1,8)	49,4 (0,4)	11,5 (0,9)	11,1 (0,2)
Stomaco	34,1 (1,5)	27,4 (0,3)	21,3 (1,2)	17,7 (0,2)
Utero corpo			23,9 (1,3)	18,8 (0,2)
Utero collo			8,5 (0,8)	8 (0,2)
Fegato	29,1 (1,4)	19 (0,2)	17 (1,0)	8,1 (0,1)
Linfoma di Hodgking	18,8 (0,6)	17,4 (0,1)	19,3 (0,7)	14,9 (0,1)
Ovaio			18,1 (1,2)	13,9 (0,2)
Retto	20 (1,2)	20,1 (0,2)	13,2 (0,9)	13,9 (0,2)
Pancreas	13,6 (1,0)	11,8 (0,2)	14,5 (1,0)	11 (0,2)
Leucemie	14,8 (1,1)	12,7 (0,2)	11,4 (1,1)	9,5 (0,2)
Rene, vie urinarie	16,9 (1,1)	18,3 (0,2)	9 (0,8)	9,5 (0,2)
Tiroide	5,9 (0,7)	4,3 (0,1)	16,7 (1,2)	13,7 (0,2)
Pelle Melanomi	10 (0,9)	9,9 (0,2)	9,5 (0,9)	10,8 (0,2)
Encefalo e altro SNC	11,4 (1,0)	8,6 (0,2)	7,7 (0,9)	7,1 (0,1)
Laringe	12,2 (0,9)	12,5 (0,2)	0,9 (0,3)	1,2 (0,1)
Tutte le sedi escluso cute	483,2 (5,9)	470,3 (1,1)	441 (5,8)	389,7 (1,1)

Fonte: Associazione Italiana Registri Tumore (Airt)



Dati di mortalità

I dati di mortalità rappresentano uno dei principali strumenti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione e, insieme alla morbosità, un indicatore indispensabile per la definizione delle patologie più diffuse e quindi dei bisogni sanitari della popolazione. Le statistiche di mortalità forniscono un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria. L'archivio della mortalità della Regione Emilia-Romagna è costruito su dati individuali a partire dal 1995. Dal 2002 la Regione ha messo a disposizione delle Aziende,

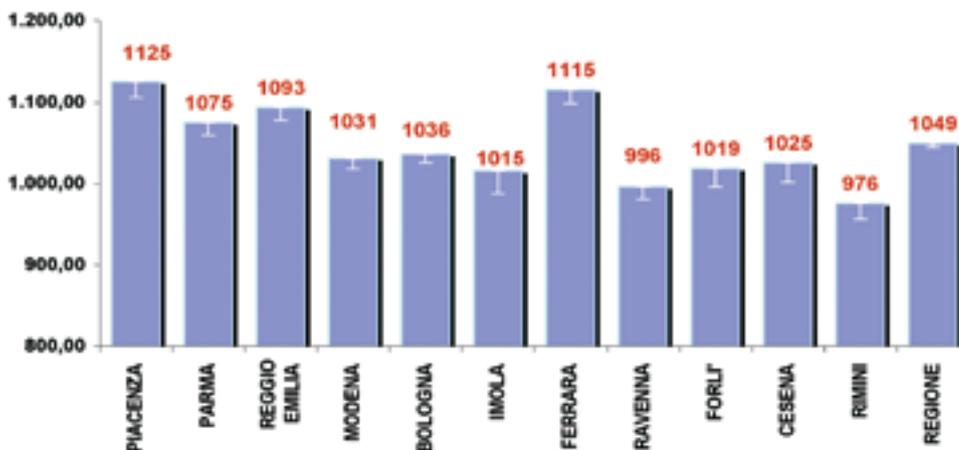
un programma, denominato "Aida", per la gestione dei dati che ne garantisce la qualità.

Nell'anno 2005 (il più recente periodo disponibile) si registra a Parma un tasso di mortalità, standardizzato per età, sovrapponibile alla media regionale. Analizzando i dati per patologia si rileva un tasso di mortalità, standardizzato per età, significativamente superiore alla media regionale relativamente all'infarto miocardico acuto (sia nelle donne che negli uomini), al tumore allo stomaco (secondi solo a Cesena) e al tumore al seno.

Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 ab., anno 2005, per provincia di residenza (Popolazione standard di riferimento Regione Emilia Romagna)

Mortalità per tutte le cause				
Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	3.505	1.270,17	1.125,06	19,08
Parma	4.887	1.172,41	1.074,89	15,44
Reggio Emilia	5.122	1036,19	1.093,27	15,33
Modena	6.595	991,32	1.030,81	12,73
Bologna	9.484	1.150,27	1.036,15	10,68
Imola	1.353	1.081,59	1.015,39	27,68
Ferrara	4.439	1.263,01	1.115,34	16,85
Ravenna	4.123	1.116,06	996,25	15,58
Forlì	2.038	1.138,69	1018,69	22,65
Cesena	1.861	950,98	1025,29	23,91
Rimini	2.596	895,08	975,55	19,23
Regione	46.003	1.098,57	1.049,22	4,91

Tasso standardizzato



Mortalità per malattie del sistema circolatorio (Cod.ICD-IX: 390-459) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	1.490	539,96	471,17	12,24
Parma	2.000	479,81	434,37	9,74
Reggio Emilia	2.080	420,79	442,56	9,73
Modena	2.619	393,67	411,23	8,06
Bologna	3.681	446,45	398,47	6,59
Imola	522	417,29	387,78	17,01
Ferrara	1.716	488,24	433,55	10,53
Ravenna	1.695	458,82	405,13	9,87
Forlì	824	460,39	406,58	14,2
Cesena	719	367,41	407,68	15,29
Rimini	1.032	355,83	394,82	12,35
Regione	18.378	438,87	417,75	3,09

Infarto Miocardico Acuto (Cod.ICD-IX: 410) - Anno 2005

Maschi				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	131	97,59	86,19	7,57
Parma	203	100,31	93,94	6,62
Reggio Emilia	213	87,38	92,67	6,38
Modena	227	69,5	71,02	4,73
Bologna	339	85,58	77,22	4,21
Imola	53	86,29	77,84	10,76
Ferrara	140	83,23	73,24	6,22
Ravenna	153	85,22	73,98	6,03
Forlì	76	87,14	77,28	8,92
Cesena	90	93,59	97,04	10,28
Rimini	87	61,67	65,44	7,06
Regione	1.712	84,06	79,67	1,93

Infarto Miocardico Acuto (Cod.ICD-IX: 410) - Anno 2005

Femmine				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	116	81,86	70,52	6,57
Parma	186	86,73	77,16	5,67
Reggio Emilia	137	54,68	56,17	4,81
Modena	193	56,99	59,05	4,26
Bologna	356	83,1	74,24	3,95
Imola	24	37,69	37,03	7,57
Ferrara	125	68,21	59,89	5,39
Ravenna	141	74,25	65,64	5,62
Forlì	60	65,39	58,16	7,52
Cesena	49	49,23	53,86	7,74
Rimini	94	63,11	71,4	7,38
Regione	1.481	68,86	65,31	1,7

Mortalità per tumori (Cod.ICD-IX: 140-239) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	1.022	370,36	334,63	10,52
Parma	1.490	357,46	333,89	8,7
Reggio Emilia	1.476	298,6	317,37	8,29
Modena	1.912	287,4	297,22	6,82
Bologna	2.908	352,7	321,11	5,98
Imola	394	314,96	299,28	15,13
Ferrara	1.435	408,29	353,33	9,38
Ravenna	1.236	334,57	301,92	8,63
Forlì	647	361,5	329,21	13,01
Cesena	608	310,69	324,73	13,23
Rimini	867	298,94	318,47	10,85
Regione	13.995	334,21	320,21	2,72

Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (Cod.ICD-IX: 162) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	198	71,75	65,8	4,7
Parma	255	61,18	57,71	3,63
Reggio Emilia	332	67,16	71,61	3,95
Modena	417	62,68	65,17	3,2
Bologna	560	67,92	62,26	2,64
Imola	78	62,35	58,94	6,7
Ferrara	306	87,06	74,66	4,29
Ravenna	220	59,55	53,98	3,66
Forlì	128	71,52	64,98	5,78
Cesena	113	57,74	60,12	5,67
Rimini	167	57,58	60,84	4,72
Regione	2.774	66,24	63,69	1,21

Tumori della mammella della donna (Cod.ICD-IX: 174) - Anno 2005

Femmine				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	56	39,52	36,77	4,94
Parma	111	51,76	48,57	4,64
Reggio Emilia	113	45,1	47,67	4,5
Modena	140	41,34	42,18	3,58
Bologna	190	44,35	41,07	2,99
Imola	21	32,98	32,96	7,21
Ferrara	93	50,75	45,15	4,7
Ravenna	91	47,92	45,16	4,75
Forlì	40	43,59	41,25	6,55
Cesena	32	32,15	33,77	5,99
Rimini	55	36,92	40,35	5,46
Regione	942	43,8	42,62	1,39

Tumori dello stomaco (Cod.ICD-IX: 151) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	78	28,27	25,5	2,9
Parma	144	34,55	32,13	2,69
Reggio Emilia	108	21,85	23,29	2,25
Modena	132	19,84	20,44	1,78
Bologna	176	21,35	19,14	1,45
Imola	34	27,18	25,84	4,44
Ferrara	101	28,74	24,4	2,44
Ravenna	101	27,34	24,22	2,42
Forlì	55	30,73	27,18	3,68
Cesena	64	32,7	34,17	4,29
Rimini	79	27,24	28,95	3,27
Regione	1.072	25,6	24,36	0,75

Tumori maligni del colon, del retto, del giunz. rettosigmoidica e dell'ano (Cod.ICD-IX: 153-154) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	116	42,04	38,06	3,55
Parma	141	33,83	31,59	2,67
Reggio Emilia	134	27,11	28,68	2,5
Modena	219	32,92	34,4	2,33
Bologna	371	45	40,87	2,13
Imola	39	31,18	29,78	4,79
Ferrara	158	44,95	38,42	3,07
Ravenna	131	35,46	32,21	2,83
Forlì	82	45,82	41,62	4,62
Cesena	90	45,99	48,45	5,13
Rimini	94	32,41	34,7	3,59
Regione	1.575	37,61	36,09	0,91

Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico (Cod.ICD-IX: 200-208) - Anno 2005

Totale				
Azienda di residenza	Totale Morti	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato	Errore Standard
Piacenza	90	32,61	29,28	3,1
Parma	98	23,51	22,03	2,24
Reggio Emilia	106	21,44	22,3	2,18
Modena	158	23,75	24,39	1,95
Bologna	244	29,59	26,98	1,74
Imola	27	21,58	20,3	3,92
Ferrara	112	31,87	27,58	2,63
Ravenna	115	31,13	28,38	2,66
Forlì	63	35,2	32,07	4,06
Cesena	46	24,53	24,8	3,59
Rimini	91	31,38	33,14	3,49
Regione	1.152	27,51	26,24	0,78

Accordo di fornitura

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sottoscritto in data 29 giugno 2005 e valevole per il triennio 2005-2007, prevede la fornitura di diverse attività e servizi disciplinati da specifici allegati. Per ciascuna delle attività sono previsti volumi e tipologie di prestazioni, criteri assistenziali e modalità di organizzazione dell'assistenza coerenti con il bisogno di salute dei cittadini residenti nella provincia di Parma e con i requisiti di qualità, appropriatezza, accessibilità ed economicità definiti all'interno dello stesso accordo e in attuazione degli indirizzi dettati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Parma nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e della pianificazione attuativa locale.

Nello specifico, per l'anno 2006, sono state approvate integrazioni particolari per l'acquisizione di prestazioni e servizi **a cui si riferiscono gli indicatori di verifica e il debito informativo per il monitoraggio dell'accordo relativamente all'anno 2006.**

I contenuti e le modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi oggetto dell'accordo sono disciplinati da specifici allegati facenti parte integrante dell'accordo stesso:

1. prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero,
2. prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio, di specialistica e di riabilitazione ambulatoriale,
3. somministrazione diretta dei farmaci e prescrizione di presidi sanitari ed ausili protesici,
4. fornitura di sangue, emocomponenti ed emoderivati,
5. organizzazione dell'emergenza urgenza territoriale.

Per ognuno dei 5 ambiti individuati sono previsti obiettivi ed indicatori di verifica.

Si rimanda al paragrafo "Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza" nel capitolo 2, e più precisamente alla parte relativa all'assistenza ospedaliera, per un maggior dettaglio in riferimento al monitoraggio degli indicatori dell'Accordo di fornitura.

Obiettivi identificati per l'ambito 1 - prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero:

- utilizzo del Presidio ospedaliero di Vaio per le esigenze di ricovero diretto dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria nell'ambito del cruscotto provinciale,
- riduzione degli importi 2006 relativi ai ricoveri allocati nelle Case di cura della provincia,
- miglioramento dell'appropriatezza organizzativa,
- recupero ricoveri in mobilità passiva,
- riduzione tempi di attesa protesi d'anca,
- attuazione linee guida gravidanza fisiologica con riduzione parti cesarei.

Relativamente al punto 2 gli obiettivi identificati si riferiscono a:

- mantenimento dei livelli di produzione delle prestazioni in cui l'offerta è da ritenersi adeguata e per le quali non si registrano tempi di attesa superiori agli standard regionali,
- incremento della produzione per le prestazioni di: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Oculistica, ORL, Neurologia, ecografie,
- applicazione linee-guida regionali sul management del paziente diabetico,
- mantenimento della offerta di prestazioni senza chiusura delle agende,
- incremento quantitativo delle prestazioni erogate nel sistema di prenotazione CUP provinciale,
- adozione ed applicazione della normativa relativa alla semplificazione dell'accesso.

Per quanto riguarda la somministrazione diretta dei farmaci viene definito l'obiettivo della creazione di un polo unico con l'Azienda USL di distribuzione diretta dei farmaci. Tale attività sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda USL, a tale scopo l'Azienda Ospedaliero-Universitaria si impegna a trasmettere un report trimestrale con il numero dei pazienti ai quali, all'atto della dimissione, sono stati prescritti farmaci rimborsabili dal S.S.R. Sarà cura del Farmacista che svolge l'attività di erogazione valutare l'appropriatezza prescrittiva.

Al punto 4 l'accordo prevede l'elaborazione di protocolli terapeutici appropriati per il buon uso di sangue nel territorio. È atteso un contenimento di almeno il 10% dei consumi.

Per quanto attiene al punto 5, l'Accordo prevede l'istituzione di un tavolo di monitoraggio e valutazione dell'andamento complessivo del sistema dell'emergenza-urgenza e del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e gestionali, cui prendono parte i Direttori Sanitari delle due Aziende, il Referente per l'emergenza urgenza dell'Azienda USL, il Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.



Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48

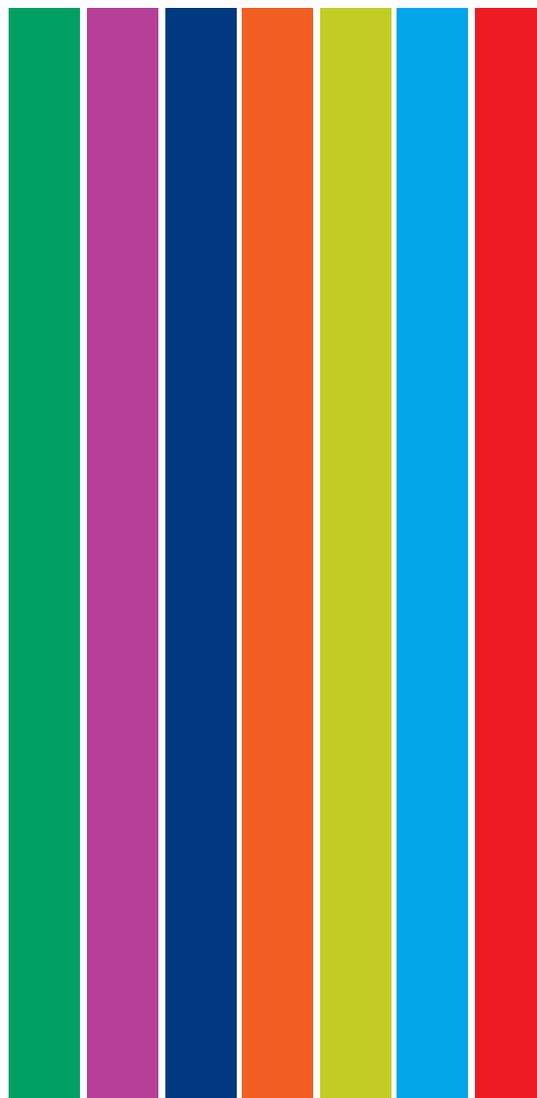
Profilo aziendale

Questo capitolo delinea caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. Si è cercato di tracciare il profilo dell'Azienda in relazione ad una pluralità di dimensioni che ne vincolano e caratterizzano l'azione nel perseguimento degli obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale.

Articolazione del capitolo:

1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
2. Impatto sul contesto territoriale
3. Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza
4. Ricerca e didattica
5. Assetto organizzativo

2



Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

Nonostante gli esercizi 2005-2006 presentino una perdita superiore al biennio 2003-2004, l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali dell'esercizio 2006 possono considerarsi raggiunti. Nel corso degli esercizi 2005 e 2006 sono intervenute effettive necessità che sono andate oltre il teorico limite di mantenimento dei volumi quali-quantitativi di attività degli esercizi precedenti, in particolare ci si riferisce all'attivazione dei plessi del nuovo Ospedale, alle risorse necessarie per avviare nuovi servizi sanitari e non, ai maggiori volumi di attività prodotti su richiesta dell'Azienda USL di Parma per ridurre i tempi di attesa (prestazioni diagnostiche, specialistica ambulatoriale, somministrazione farmaci, eccetera). Rispetto alle previsioni, i maggiori costi di produzione 2006 sono stati coperti da maggiori ricavi derivanti da assegnazioni regionali in conto esercizio che hanno consentito di ottenere l'allineamento all'entità dei trasferimenti ottenuti nell'esercizio 2005, ma non a compensare il mancato adeguamento delle tariffe relative alle attività di ricovero ed ambulatoriali rese in mobilità. La perdita registrata nell'esercizio 2006 è stata quindi determinata essenzialmente dalla inadeguatezza delle tariffe a dare copertura ai maggiori costi per sostenere i volumi di attività tra cui quelli derivanti dall'applicazione dei C.C.N.L., dall'adeguamento delle dotazioni di personale e dalla migliore qualità dei servizi, dal costo di alcune specialità farmaceutiche, dalle utenze, dal tasso di interesse.

L'obiettivo di conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, escludendo da tale equilibrio l'impatto economico che hanno sul risultato d'esercizio le svalutazioni e gli ammortamenti, secondo le indicazioni della D.G.R. n. 599/2006 prevede che il risultato di esercizio di ciascuna Azienda sia pari o inferiore al valore delle svalutazioni e degli ammortamenti non oggetto del procedimento contabile di sterilizzazione.

Per questa Azienda, l'ammontare della perdita risulta inferiore all'ammontare delle svalutazioni e degli ammortamenti al netto della "sterilizzazione" e pertanto le risultanze della gestione risultano allineate alle indicazioni della Giunta regionale.

La perdita d'esercizio sarà ripianata nei prossimi anni con azioni appositamente individuate o con mezzi e modalità che la Regione indicherà con successivi provvedimenti.

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Risultato netto d'esercizio	-77	-473	-10.805	-11.574

I valori sono espressi in migliaia di euro

L'incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto (ROC), che tiene conto esclusivamente di componenti positivi e negativi di reddito scaturiti dall'attività caratteristica, ovvero tipica dell'Azienda, sul risultato netto di esercizio evidenzia come nell'esercizio 2006 abbia inciso pesantemente sul risultato operativo della gestione caratteristica l'inadeguatezza delle tariffe per dare copertura ai maggiori costi tra cui quelli derivanti dall'applicazione dei C.C.N.L. al personale del comparto, della dirigenza e universitario.

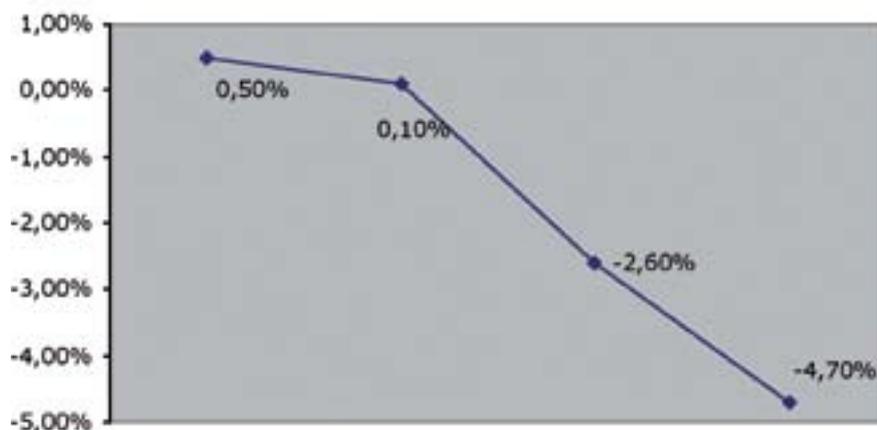
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	100%	73,7%	-68,1%	-118,8%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	-100%	-173,7%	-31,9%	18,8%

Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda, ottenuto dal rapporto tra il risultato della gestione caratteristica (ROC) e i ricavi disponibili, è influenzato dall'andamento del risultato netto d'esercizio rilevato nei diversi periodi. Occorre inoltre evidenziare che nel ricercare prioritariamente l'equilibrio del sistema sanitario provinciale, nel rispetto delle indicazioni regionali, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha contribuito all'equilibrio del sistema sanitario provinciale con circa 8,7 milioni di euro di attività non remunerate.

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Risultato della gestione caratteristica / ricavi disponibili	0,5%	0,1%	-2,6%	-4,7%

Per quanto concerne in particolare i ricavi da prestazioni rese in mobilità a favore di pazienti residenti nel territorio di competenza, si osserva, inoltre, che nella valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali non è compreso il valore relativo alle indagini derivanti dall'assorbimento da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle attività di diagnostica di laboratorio che fino alla prima metà del 2005 erano espletate direttamente dal Laboratorio dell'Azienda USL. Tali indagini sono inserite nel flusso regionale della specialistica ambulatoriale dell'Azienda USL.

Trend ROC/Ricavi disponibili



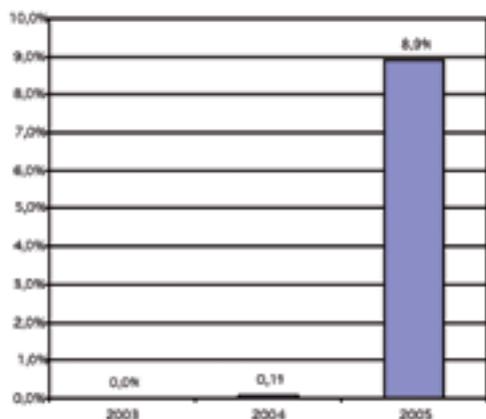
L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva del sistema regionale nel triennio precedente all'esercizio 2006, inteso come rapporto tra i risultati netti aziendali degli esercizi 2003-2004-2005 e i corrispondenti risultati complessivi regionali, rileva un andamento corrispondente alle perdite registrate. Il risultato complessivo regionale nell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento è stato il seguente:

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005
Risultato complessivo regionale	-217.417	-582.225	-120.869

I valori sono espressi in migliaia di euro

Il risultato netto aziendale ha così contribuito in termini percentuali alla realizzazione del risultato complessivo regionale (perdita) nei diversi esercizi:

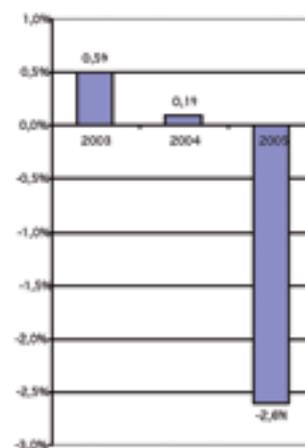
Risultato netto di esercizio/risultato complessivo regionale



Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda mostra nel triennio antecedente l'esercizio 2006 un andamento decrescente rispetto agli stessi indicatori di livello regionale. Percentualmente i risultati

della gestione caratteristica dell'Azienda (ROC) rispetto ai ricavi disponibili sono stati:

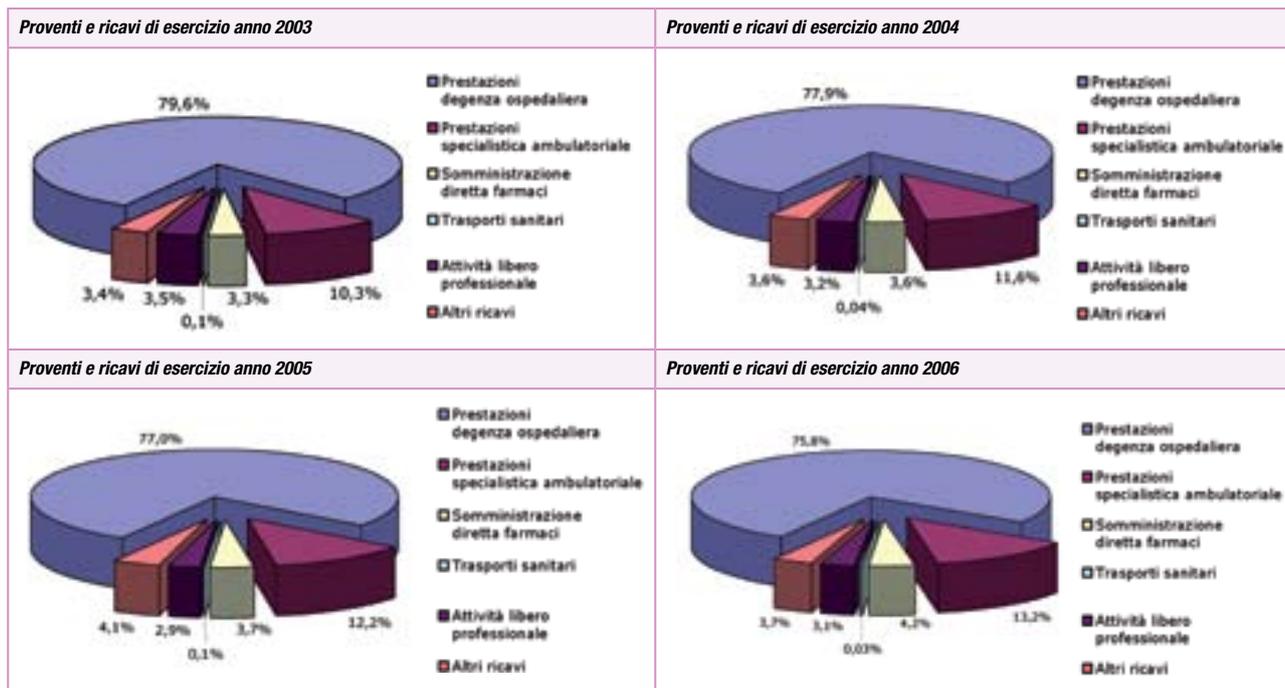
Risultato della gestione caratteristica (ROC)/Ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale



Proventi e ricavi d'esercizio

La struttura dei proventi e ricavi di esercizio evidenzia la forte incidenza dei ricavi per prestazioni tariffate sul totale dei ricavi e, nello specifico, per attività di ricovero. Nel rispetto degli obiettivi fissati dalla Regione, nel 2006 si evidenzia un ulteriore incremento dell'attività ambulatoriale. Di seguito si riportano i dati con le singole voci di dettaglio che compongono i raggruppamenti al fine di consentire una migliore valutazione sull'andamento dei ricavi dell'esercizio 2006 rispetto al triennio precedente.

Il trend dei ricavi di esercizio è influenzato dai valori relativi all'attività in mobilità che, nel caso di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di somministrazione farmaci erogate a favore di pazienti residenti nel territorio provinciale, corrispondono a quanto stabilito in sede di Accordo di fornitura con l'Azienda USL di Parma e non all'effettiva valorizzazione alle tariffe vigenti.



Nel 2006 i ricavi da mobilità attiva, nonostante il calo del numero dei ricoveri, hanno mantenuto il trend degli anni precedenti, dovuto a un ulteriore incremento del punto medio e dei ricoveri di alta specialità.

Un dato di rilievo è il decremento dei ricoveri potenzialmente inappropriati sia in regime di ricovero ordinario che diurno, in coerenza con gli indirizzi regionali. L'attività di day hospital si mantiene costante: unica nota di rilievo è l'incremento dei ricoveri medici e degli accessi dovuti al trasferimento delle terapie chemioterapiche dal regime ambulatoriale. L'analisi della mobilità attiva (per provenienza dei pazienti) consente di evidenziare che il decremento maggiore del numero di ricoveri è a carico dell'Azienda USL di Parma.

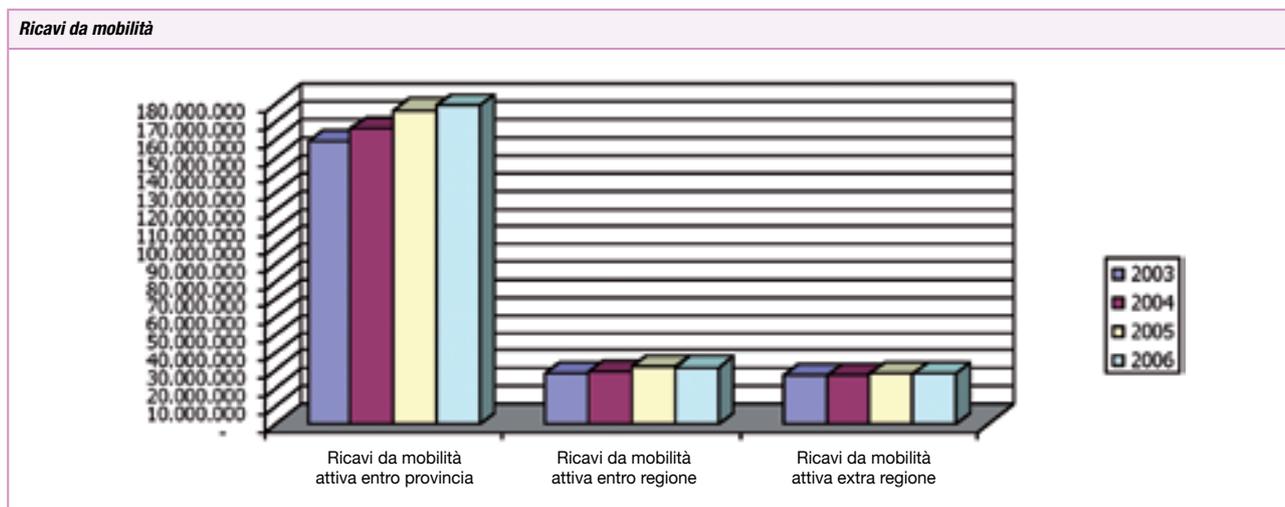
Relativamente alla mobilità infra-regione si rileva un calo significativo dei ricoveri da Ferrara (-69%) e un corrispondente incremento di ricoveri da Reggio Emilia; in entrambi i casi si tratta di ricoveri cardiocirurgici di alta specialità. Per i residenti della provincia di Parma, le attività di alta specialità in incremento sono prevalentemente riferite

alle PTCA e ad interventi sulle valvole cardiache, mentre per i fuori regione il calo è dovuto ai trapianti renali, a interventi sulle valvole cardiache e a by-pass.

L'obiettivo 2006 concordato in sede di Accordo di fornitura con l'Azienda USL relativo al recupero di mobilità passiva per cardiologia interventistica, chirurgia dell'apparato gastroenterico, prestazioni oncologiche e assistenza al parto ha prodotto risultati significativi.

Nel 2006 sono state erogate in regime ambulatoriale circa 3 milioni di prestazioni (di cui 500.000 in Pronto Soccorso) pari al +4% rispetto al 2005. L'incremento è complessivamente a favore di tutte le province di residenza ed è attribuibile al trasferimento di attività dal day hospital al regime ambulatoriale, secondo gli indirizzi regionali, di alcune attività (cataratta, tunnel carpale, attività diagnostica).

L'analisi in base alla mobilità attiva rileva che l'incremento di attività ambulatoriale si è verificato, in particolare, per i residenti nelle province della regione Emilia-Romagna.



Ricavi da mobilità attiva

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Ricavi da mobilità attiva entro provincia	153,0	159,3	165,8	176,7	179,2
Ricavi da mobilità attiva entro regione	29,6	28,3	29,5	32,6	31,7
Ricavi da mobilità attiva extra regione	28,2	27,5	27,4	28,2	28,5

I valori sono espressi in milioni di euro

Costi della Produzione

Le percentuali di incidenza dei principali aggregati di fattori produttivi sui ricavi disponibili negli esercizi 2003-

2006 evidenziano il seguente trend di assorbimento di risorse direttamente impiegate nel processo di produzione aziendale:

Principali aggregati di fattori produttivi/Ricavi disponibili

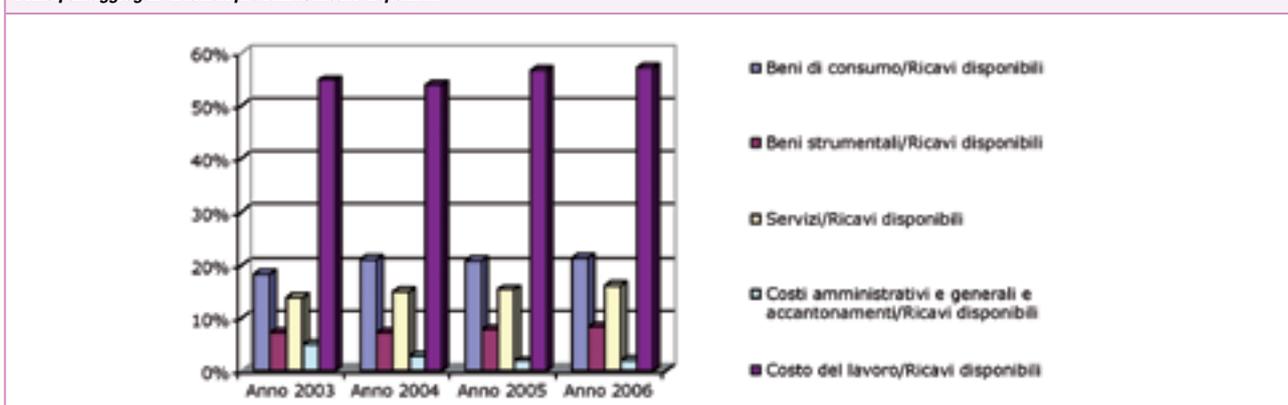
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Beni di consumo/Ricavi disponibili	18,4%	21,0%	20,8%	21,3%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	7,2%	7,3%	7,9%	8,3%
Servizi/Ricavi disponibili	13,9%	15,0%	15,4%	16,0%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	5,1%	2,8%	1,9%	2,0%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	54,8%	53,8%	56,7%	57,2%

Le risorse aziendali disponibili sono state per la maggior parte assorbite dal costo del lavoro, dall'acquisto di servizi sanitari e non, dal godimento di beni di terzi (tra cui diagnostica e interventistica in service) e dall'acquisto di beni di consumo. Incidono in modo residuale gli ammortamenti e le svalutazioni, gli altri accantonamenti e le spese amministrative e generali.

Gli incrementi più rilevanti registrati nell'esercizio 2006 sono conseguenti all'attivazione di nuovi plessi ospedalieri che hanno comportato maggiori costi per l'acquisizione di servizi, agli oneri derivanti dall'assunzio-

ne di personale e all'applicazione del secondo biennio del contratto del comparto e della dirigenza. A questi costi, vanno aggiunti quelli per l'acquisizione di beni e servizi in conseguenza delle maggiori attività prodotte relative alla somministrazione diretta di farmaci e alla specialistica ambulatoriale, che non trova pieno riscontro nei ricavi per quelle prestazioni erogate a favore di pazienti residenti nel territorio provinciale, ma non valorizzate nell'Accordo di fornitura anno 2006 stipulato con l'Azienda USL.

Principali aggregati di fattori produttivi/Ricavi disponibili



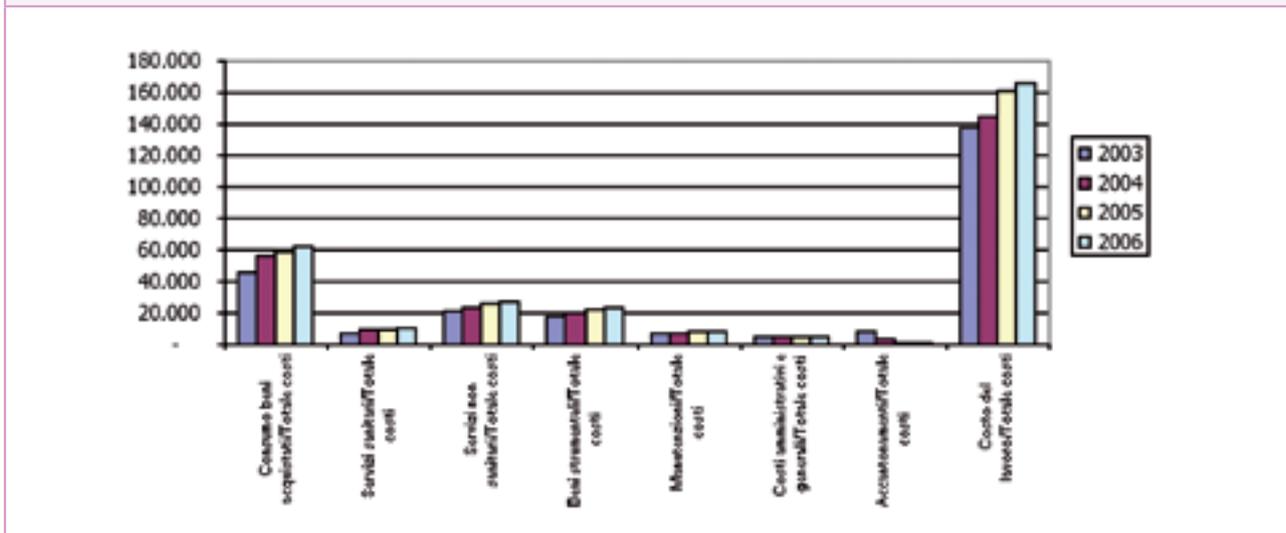
Nello specifico, la composizione percentuale dei costi della produzione negli anni 2003-2006 è stata:

Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
Totale Costi	249.111	268.664	292.023	303.544
Consumo beni acquistati/Totale costi	18,5%	21,0%	20,2%	20,4%
Servizi sanitari/Totale costi	2,6%	3,5%	3,4%	3,4%
Servizi non sanitari/Totale costi	8,7%	8,7%	8,8%	9,0%
Beni strumentali/Totale costi	7,2%	7,3%	7,7%	7,9%
Manutenzioni/Totale costi	2,6%	2,8%	2,7%	2,8%

Costi amministrativi e generali/Totale costi	1,9%	1,7%	1,5%	1,5%
Accantonamenti/Totale costi	3,3%	1,1%	0,3%	0,4%
Costo del lavoro/Totale costi	55,1%	53,9%	55,2%	54,6%

Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali

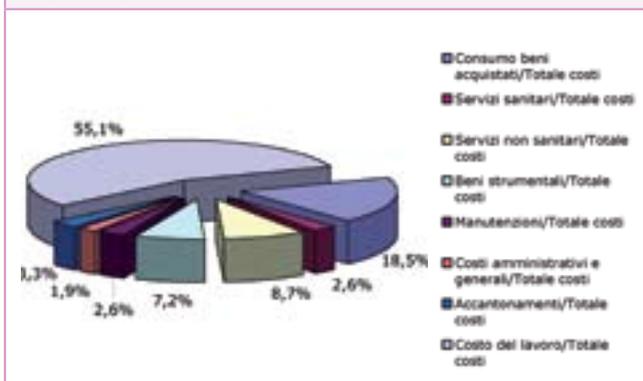


Per quanto riguarda il triennio 2003-2005, i costi della produzione hanno evidenziato un trend in aumento determinato da molteplici fattori tra cui il trasferimento e l'attivazione di nuovi reparti legati al progetto del Nuovo Ospedale che hanno comportato maggiori costi per l'acquisizione di servizi e di personale, gli oneri derivanti dall'applicazione del 2° biennio del contratto del comparto e della dirigenza nonché del personale universitario e l'aumento di attività in applicazione dell'Accordo di fornitura con l'Azienda USL. Il trend dei costi di produzione si è mantenuto complessivamente costante anche nel 2006.

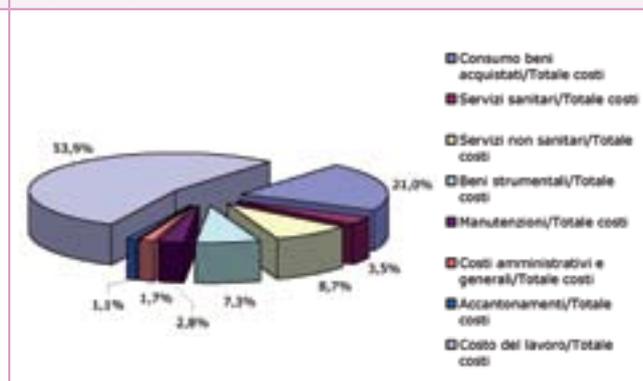
Per quanto riguarda i beni di consumo, l'incremento è stato influenzato da quanto disposto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2642 del 20.12.2004 circa il regime di erogazione delle chemioterapie (è stato previsto il passaggio di tale attività dal regime ambulatoriale con compensazione dei farmaci infusi al regime di day hospital), dal ripristino della dotazione ufficiale del numero

di posti letto a seguito delle ristrutturazioni e relativi trasferimenti, dalla rifunzionalizzazione del comparto operatorio del padiglione Monoblocco (3° piano) di 3 sale operatorie e alla conseguente acquisizione di strumentario chirurgico, dall'attivazione della nuova struttura dedicata alla day surgery (tale attività nell'anno 2005 era svolta presso una struttura esterna) e alla chirurgia ambulatoriale, dall'acquisto di materiale chirurgico poliuso per videolaparoscopia, dall'utilizzo di farmaci oncologici off-label e dall'aumento di specifiche attività (oncologiche, ortopediche, chirurgiche, neurochirurgiche, cardiologiche e cardiocirurgiche) finalizzato al recupero di mobilità passiva, come definito in sede di Accordo di fornitura con l'Azienda USL, nonché dalla realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Locale 2005-2007. Occorre inoltre considerare l'evoluzione tecnica e scientifica che, a fronte di una maggiore efficacia e appropriatezza, ha comportato l'introduzione di fattori "innovativi" nella produzione.

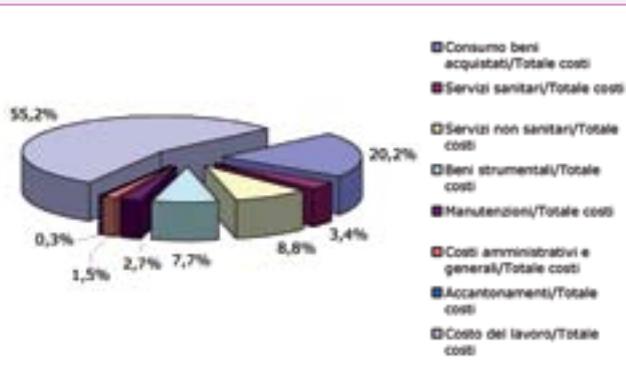
Composizione percentuale costi anno 2003



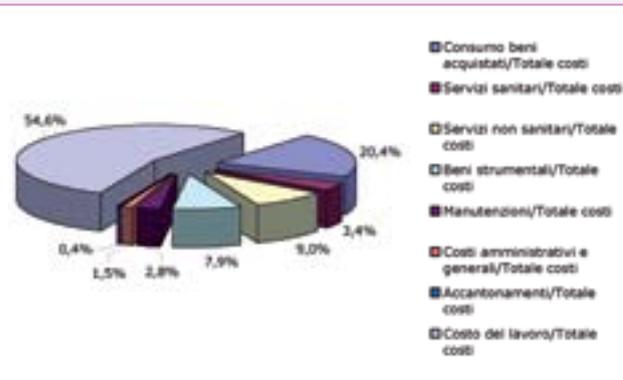
Composizione percentuale costi anno 2004



Composizione percentuale costi anno 2005



Composizione percentuale costi anno 2006



Nell'anno 2006, per quanto riguarda i servizi sanitari, si è ridotta l'acquisizione di prestazioni da personale dipendente (simil-ALP ossia acquisto di servizi sanitari in libera professione da personale medico e di supporto), di altri servizi sanitari e si sono ridotte le borse di studio, ma è aumentato il costo per l'acquisto di trasporti sanitari, di prestazioni infermieristiche, di lavoro interinale e di collaborazioni sanitarie. I servizi non sanitari risultano invece incrementati (lavanolo, riscaldamento, smaltimento rifiuti speciali, utenze, eccetera) a causa dell'attivazione di nuovi reparti legati al progetto del Nuovo Ospedale e del nuovo global service che comprende il servizio di ristorazione degenti. Altri aumenti si sono verificati per quanto riguarda le manutenzioni ed i service. Questi ultimi sono anche legati alla maggiore necessità per attività diagnostica, tra cui quella espletata per conto dell'Azienda USL. Si evidenzia, infine, un forte aumento dei costi relativi agli oneri finanziari e agli interessi passivi correlato all'andamento sfavorevole dei tassi e al peggioramento della situazione di liquidità che hanno inciso anche sui costi per interessi sulle anticipazioni di tesoreria. Nell'esercizio 2006 è entrato poi in pre-ammortamento un mutuo pari a 32 milioni di euro.

Sostenibilità finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità anno 2006

Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica

finanziaria dell'Azienda nell'anno 2006 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento dei flussi monetari. Dall'analisi del prospetto relativo all'esercizio è evidente che il saldo negativo delle disponibilità liquide finali risulta incrementato rispetto a quello iniziale.

Nonostante la perdita, il net cash della gestione corrente è positivo in quanto il risultato è influenzato dagli accantonamenti degli oneri derivanti dall'applicazione dei C.C.N.L. e dalla riduzione del fondo ferie che, pur avendo inciso sul risultato della gestione economica, non hanno generato movimenti finanziari. Al saldo positivo hanno contribuito anche il decremento dei crediti e l'aumento dei debiti verso fornitori che rappresentano entrambi fonti di finanziamento.

Il net cash positivo della gestione corrente non è riuscito a compensare il saldo negativo del net cash della gestione extracorrente che è stato determinato da impieghi effettuati nell'esercizio 2006, le cui fonti erano state realizzate nell'esercizio precedente. Inoltre, risulta in aumento rispetto all'anno 2005 la quota relativa al rimborso dei mutui.

La conseguenza del disequilibrio tra il saldo della gestione corrente e il saldo della gestione extracorrente è da attribuire all'aumento dell'indebitamento per anticipazione nei confronti dell'Istituto Tesoriere. Nonostante il sensibile incremento, il livello di indebitamento rimane comunque al di sotto del limite previsto dalla normativa vigente.

Rendiconto di liquidità: fonti-impieghi

	Anno 2006	Anno 2005
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI		
a) Cassa	8.273	9.286
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	520.000	0
c) + c/c postale		0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-9.252.640	-8.517.083
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-8.724.367	-8.507.797
GESTIONE CORRENTE		
a) Risultato economico dell'esercizio (+utile, -perdita)	-11.573.906	-10.805.137
b) + ammortamenti	16.178.414	14.608.576
c) - quota utilizzo contributi in c/capitale	-4.658.127	-3.761.015

d) + accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI" (al netto dell'utilizzo)	0	0
e) + accantonamenti per rischi ed oneri (al netto degli utilizzi)	-12.272.523	7.464.127
f) + minusvalenze da svalutazioni contabili	0	0
g) - plusvalenze da rivalutazioni contabili	0	0
h) + altri costi non monetari	0	0
i) - altri ricavi non monetari	0	0
j) + minusvalenze da cessione	36.069	97.089
k) - plusvalenze da cessione	-5.500	-7.790
l) - sopravv. attive per cessione cespiti sterilizzati	0	0
m) - sopravvenienze attive donazioni	0	0
n) -incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0	0
o) ± variazione scorte (+decremento; -incremento)	-326.082	944.139
p) ± variazione crediti "non finanziari" (+decremento; -incremento)	12.782.146	-40.666.304
q) ± variazione ratei e risconti attivi (+decremento; -incremento)	14.689	-14.713
r) ± variazione debiti "non finanziari" (-decremento; +incremento)	3.286.283	34.768.187
s) ± variazione ratei e risconti passivi (-decremento; +incremento)	671.465	58.229
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	4.132.928	2.685.388
GESTIONE EXTRACORRENTE		
1) FONTI per disinvestimenti	36.550	1.078.555
a) di immobilizz. immat. e materiali	5.563	1.078.555
b) di immobilizz. finanziarie e varie	30.987	0
2) FONTI per nuovi finanziamenti	23.172.313	28.079.816
a) da mutui	5.000.000	1.740.560
b) da altri finanziamenti diretti	0	0
c) da contributi in c/capitale	18.172.313	26.339.256
TOTALE FONTI	23.208.863	29.158.371
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-28.270.877	-30.299.738
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-28.265.877	-30.299.738
b) in immobilizzazioni finanziarie e varie	-5.000	0
2) IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti	-2.743.741	-1.760.591
a) da mutui	-2.743.741	-1.760.591
b) da altri finanziamenti diretti	0	0
TOTALE IMPIEGHI	-31.014.618	-32.060.329
TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-7.805.755	-2.901.958
CONTRIBUTI		
Contributi per ripiano perdite		
DISPONIBILITÀ LIQUIDE FINALI		
a) Cassa	2.029	8.273
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0	520.000
c) + c/c postale	0	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-12.399.223	-9.252.640
TOTALE DISPONIBILITÀ LIQUIDE FINALI	-12.397.194	-8.724.367

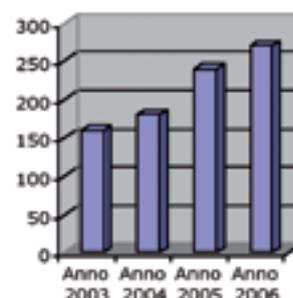
La durata dell'esposizione verso i fornitori nel 2003 si è assestata a fine esercizio a 160 giorni medi. I ritardi rispetto alla normale dilazione di 90 giorni, nel periodo marzo-settembre 2004, si sono praticamente azzerati per poi tornare progressivamente a livelli medi di 180 giorni. A gennaio 2005 la durata di esposizione di

165/180 giorni medi è successivamente salita a 205 per raggiungere a fine anno 255/270 giorni medi di esposizione, che equivalgono a oltre 6 mesi di ritardo rispetto alla normale scadenza di 3 mesi.

Nell'esercizio 2006, i ritardi rispetto alla normale dilazione di 90 giorni dalla data della fattura si sono ridotti a 60/90

giorni tra marzo-aprile in quanto è stato possibile fruire di una quota delle somme anticipate dalla Regione sulle somme a credito del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2003 e 2004. Ad agosto 2006, il ritardo è risalito a 210 giorni e a fine dicembre i ritardi medi superavano i 270 giorni dalla data delle fatture. Il 2006 è stato un esercizio fortemente critico per la liquidità in conseguenza dei mancati trasferimenti delle risorse statali a conguaglio delle quote del Fondo Sanitario Nazionale relative al 2005 e per la necessità di corrispondere al personale dipendente gli emolumenti derivanti dall'applicazione dei C.C.N.L. e gli arretrati relativi agli anni precedenti.

Giorni medi di pagamento rilevazione a fine anno



Sostenibilità patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli esercizi 2004-2006 riclassificato in chiave finanziaria è il seguente:

Stato patrimoniale destinatiario finanziario

ATTIVITA' - INVESTIMENTI

ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
LIQUIDITA' IMMEDIATE			
Istituto Tesoriere parte corrente	0	520	0
Conto corrente postale	0	0	0
Denaro e valori in cassa	9	8	2
Banca d'Italia conto capitale	0	0	0
TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	9	528	2
LIQUIDITA' DIFFERITE			
Crediti verso Regione	91.262	114.716	101.143
Crediti verso Enti locali	0	0	0
Crediti verso Aziende sanitarie	28.691	43.458	43.264
Crediti verso Amministrazioni pubbliche diverse	1.643	1.992	1.877
Crediti verso altri soggetti	7.647	13.932	14.492
Partecipazioni	0	0	0
Altri titoli	0	0	0
Ratei e Risconti attivi	80	94	80
TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE	129.322	174.193	160.856
RIMANENZE			
Rimanenze beni sanitari	9.078	8.061	8.401
Rimanenze beni non sanitari	435	509	494
Beni in corso di lav., semilav. e finiti	0	0	0
Attività in corso	0	0	0
Acconti a fornitori	0	0	0
TOTALE RIMANENZE	9.514	8.569	8.896
TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	138.845	183.291	169.753
ATTIVITA' FISSE (IV+V+VI)			
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI			
Costi di impianto ed ampliamento	0	0	0
Costi di ricerca e sviluppo	0	0	0
Software	1.178	1.178	1.213
Migliorie su beni di terzi	0	0	8
Altre immobilizzazioni immateriali	0	0	0
Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	0	0	0
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.178	1.178	1.222

IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI			
Terreni e fabbricati	127.823	189.879	195.597
Impianti e macchinari	3.599	3.926	4.642
Attrezzature sanitarie	23.210	28.383	34.280
Altre immobilizzazioni materiali	7.915	9.559	9.694
Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	57.848	8.359	8.014
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	220.394	240.106	252.227
IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE			
Partecipazioni (strumentali e/o vincolate)	0	0	0
Crediti	38	38	38
Altri titoli	31	31	5
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	69	69	43
TOTALE ATTIVITA' FISSE	221.641	241.353	253.492
ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI (A+B)	360.487	424.644	423.245

PASSIVITA' - CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE - FINANZIAMENTI NETTI

<i>PASSIVITA' - FINANZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)</i>	<i>Anno 2004</i>	<i>Anno 2005</i>	<i>Anno 2006</i>
FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE			
Mutui quota corrente	2.542	2.744	2.841
Debiti verso Regione	1.674	2.605	3.018
Debiti verso Enti locali	0	0	0
Debiti verso Aziende Sanitarie	7.720	10.323	12.444
Acconti da clienti	0	0	0
Debiti verso fornitori	67.343	100.110	105.241
Debiti verso Istituto Tesoriere	8.517	9.253	12.399
Debiti verso imprese partecipate	0	0	0
Debiti verso Amministrazioni pubbliche diverse	0	0	0
Debiti tributari	3.762	3.623	5.246
Debiti verso Istituti di previdenza e sicurezza	6.465	7.400	6.489
Debiti verso dipendenti	4.140	7.269	2.487
Debiti verso altri soggetti	4.152	3.883	3.686
Fondi per rischi	554	1.008	964
Altri fondi al netto del Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	25.615	32.625	20.397
Ratei e Risconti passivi	2.006	2.065	2.736
TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	134.491	182.907	177.949
FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE			
Mutui	40.808	40.586	42.745
Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	0	0	0
Trattamento fine rapporto lavoro subordinato	0	0	0
TOTALE FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE	40.808	40.586	42.745
TOTALE PASSIVITA'	175.298	223.493	220.694
PATRIMONIO NETTO			
Fondo di dotazione	110.818	110.818	110.818
Contributi in c/capitale e conferimenti	75.287	101.253	114.153
Donazioni vincolate a investimenti	441	1.243	1.316
Riserve	0	0	0
Utili/Perdite portati a nuovo	-884	-1.358	-12.163
Utile (perdita) dell'esercizio	-473	-10.805	-11.574
TOTALE PATRIMONIO NETTO	185.188	201.151	202.551
TOTALE PASSIVITA' CONT C/CAP FIN NETTI (D+E)	360.487	424.644	423.245

La riclassificazione delle poste dell'attivo e passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzati o rimborsi delle operazioni di investimento o finanziamento negli esercizi 2004-2006 è:

Anno 2004

Liquidità immediate e differite	36%	37%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	12%	Finanziamenti a medio e lungo termine
Immobilizzazioni	61%	51%	Patrimonio netto
Totale attività	100%	100%	Totale passività

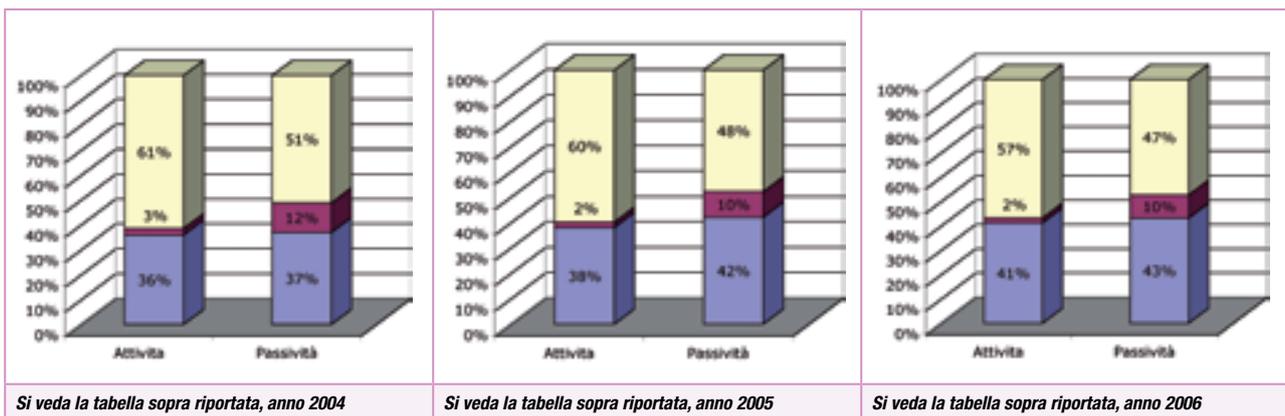
Anno 2005

Liquidità immediate e differite	38%	42%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	10%	Finanziamenti a medio e lungo termine
Immobilizzazioni	60%	48%	Patrimonio netto
Totale attività	100%	100%	Totale passività

Anno 2006

Liquidità immediate e differite	41%	43%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	10%	Finanziamenti a medio e lungo termine
Immobilizzazioni	57%	47%	Patrimonio netto
Totale attività	100%	100%	Totale passività

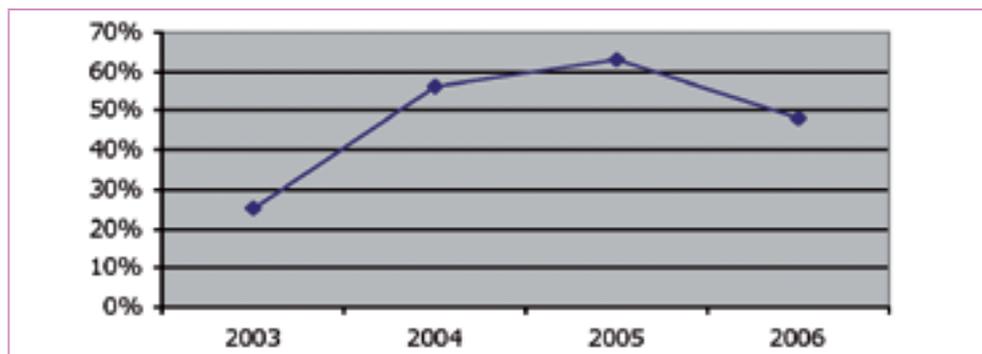
Graficamente lo stato patrimoniale, riclassificato in chiave finanziaria, può essere così rappresentato:



Per quanto concerne gli investimenti, si è dato seguito agli interventi già disposti negli esercizi precedenti ed è proseguito l'utilizzo delle fonti di finanziamento nell'ambito della programmazione riferita al rinnovo delle tecnologie, delle dotazioni strutturali e impiantistiche esistenti e dell'Accordo di programma sottoscritto con la Regione Emilia-Romagna, la Provincia di Parma, il Comune di Parma, l'Università degli Studi, l'Azienda USL, le Fondazioni Cassa di Risparmio e Monte Parma per la

realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma. Il grado di copertura degli investimenti in immobilizzazioni materiali nette realizzati attraverso finanziamenti provenienti da contributi pubblici è stato pari a:

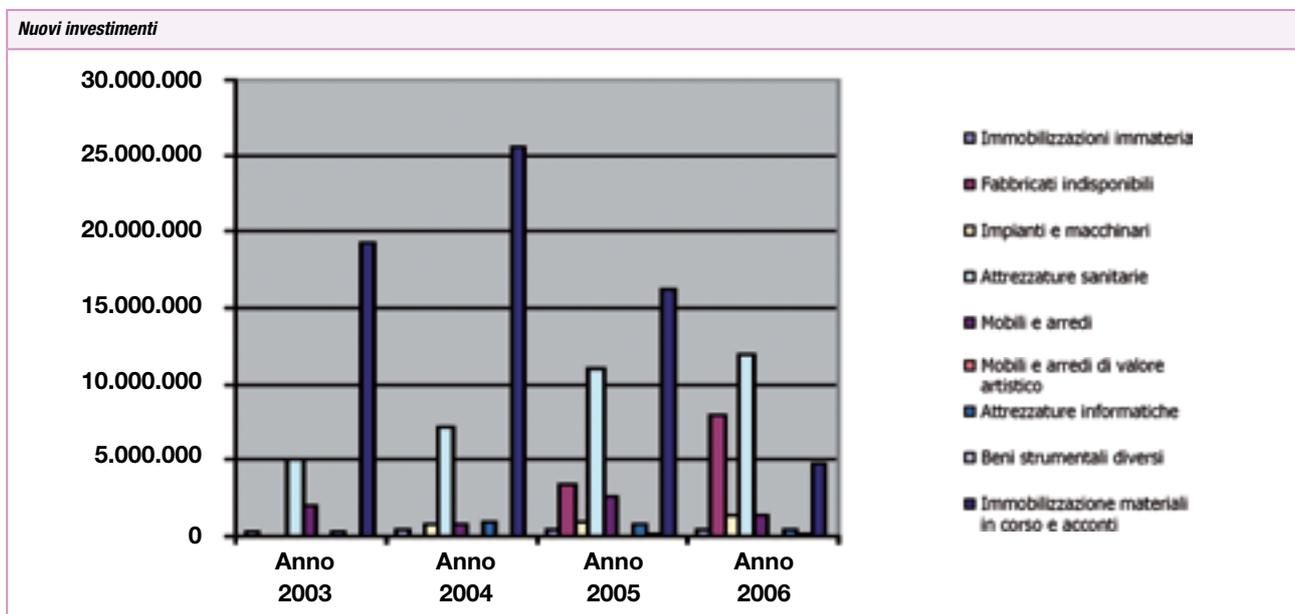
	2003	2004	2005	2006
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	25%	56%	63%	48%



Si rileva che nel corso dell'esercizio 2006 sono diminuiti i contributi in conto capitale, mentre sono incrementati gli investimenti finanziati attraverso mutui diretti.

Nello specifico, i nuovi investimenti effettuati negli esercizi 2003-2006 ammontano complessivamente e per singola tipologia a:

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
TOTALE NUOVI INVESTIMENTI	27.110.305	35.859.371	35.481.742	28.327.497
Immobilizzazioni immateriali	370.316	507.862	457.099	443.408
Fabbricati indisponibili	-	-	3.420.704	7.890.895
Impianti e macchinari	-	745.269	866.806	1.360.435
Attrezzature sanitarie	5.107.058	7.140.863	11.031.441	11.940.356
Mobili e arredi	1.925.471	821.734	2.643.797	1.348.927
Mobili e arredi di valore artistico	-	-	-	-
Attrezzature informatiche	364.942	959.879	692.534	523.506
Beni strumentali diversi	53.963	73.299	99.988	114.065
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	19.288.555	25.610.465	16.269.373	4.705.905

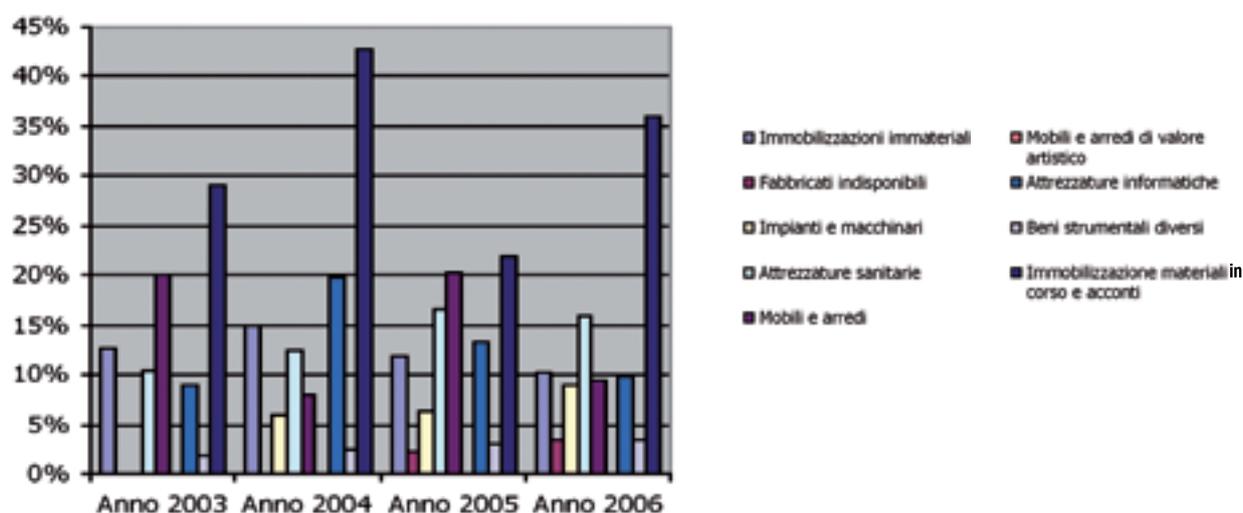


Le voci più consistenti riflettono, in buona parte, l'andamento degli investimenti effettuati per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma. Riguardano infatti principalmente i fabbricati, le immobilizzazioni in corso e gli acconti, le attrezzature sanitarie, mobili e arredi.

Il grado di rinnovo del patrimonio aziendale inteso come capacità di nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali e immateriali rispetto al totale degli investimenti realizzati è stato percentualmente pari a:

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
GRADO DI RINNOVO DEL PATRIMONIO AZIENDALE	18%	23%	10%	8%
Immobilizzazioni immateriali	13%	15%	12%	10%
Fabbricati indisponibili	0%	0%	2%	3%
Impianti e macchinari	0%	6%	6%	9%
Attrezzature sanitarie	10%	12%	16%	16%
Mobili e arredi	20%	8%	20%	9%
Attrezzature informatiche	9%	20%	13%	10%
Beni strumentali diversi	2%	2%	3%	4%
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	29%	43%	22%	36%

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

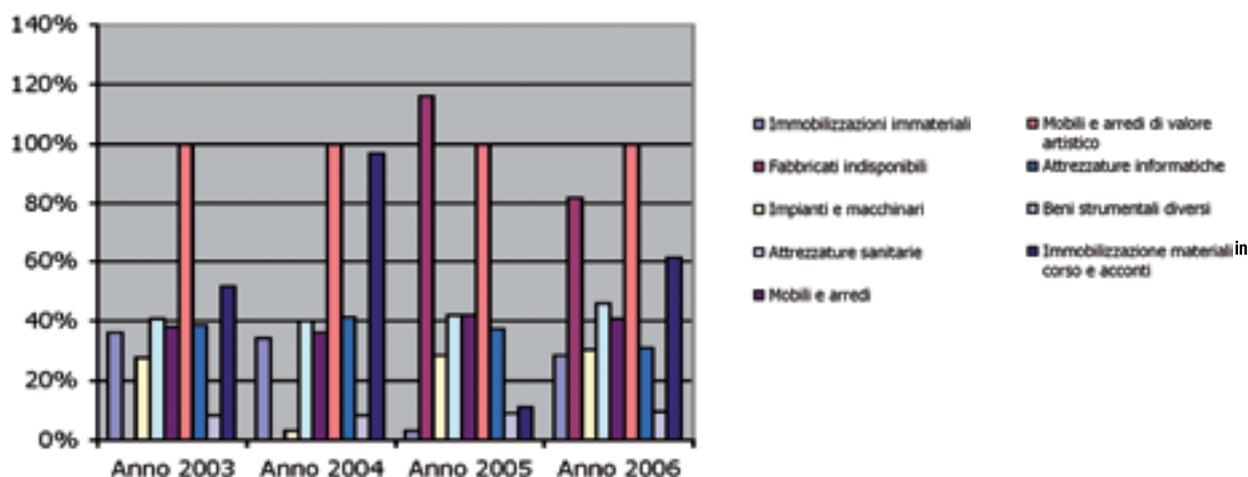


Il grado di obsolescenza del patrimonio aziendale calcolato come rapporto percentuale tra il valore residuo

dei beni durevoli e il totale degli investimenti lordi in beni durevoli è il seguente:

	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
GRADO DI OBSOLESCENZA DEL PATRIMONIO AZIENDALE	45%	61%	15%	68%
Immobilizzazioni immateriali	36%	35%	3%	28%
Fabbricati indisponibili	0%	0%	116%	82%
Impianti e macchinari	28%	3%	28%	31%
Attrezzature sanitarie	41%	40%	42%	46%
Mobili e arredi	38%	37%	42%	41%
Attrezzature informatiche	39%	42%	37%	31%
Beni strumentali diversi	8%	8%	9%	9%
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	52%	96%	11%	61%

Grado di obsolescenza del patrimonio



Impatto sul contesto territoriale

Impatto economico e sociale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è un Ospedale ad alta specializzazione che offre ai cittadini un quadro completo di servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi. Questo aspetto, strettamente connesso al perseguimento della "mission", crea una azienda che si configura come importante soggetto economico-produttivo, condizionando il contesto occupazionale ed integrandosi nella complessa rete di interrelazioni di carat-

tere economico sia provinciali che regionali e nazionali. L'Azienda ha quindi un importante impatto sul territorio, che si traduce nell'acquisizione di diversi fattori produttivi, tra i quali, sia per importanza strategica che per valore complessivo, il principale risulta essere quello relativo alle risorse umane.

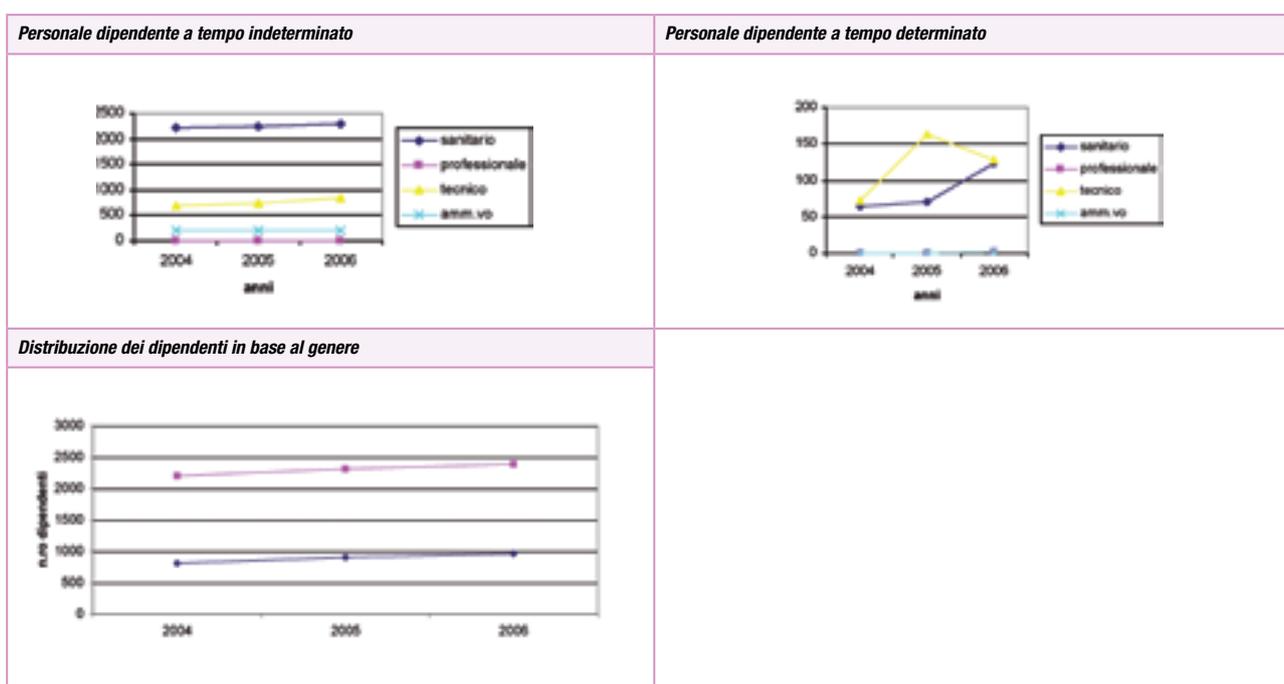
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria per dimensione occupazionale riveste infatti un ruolo considerevole nella provincia, con riferimento sia alla categoria del personale dipendente, con l'integrazione nel proprio organico di lavoratori extracomunitari, disabili e altri portatori di handicap, sia alla più generale categoria delle risorse umane di cui l'Azienda si avvale.

Numero di dipendenti, suddivisi per ruolo: triennio 2004-2005-2006

al 31.12.2004 CATEGORIE	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time 50	F part time 50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	TOTALE M	TOTALE F	TOTALE
dirigenti medici	260	115	0	0	0	7	260	122	382
altri dirigenti (sanitari - APT)	20	39	0	0	0	3	20	42	62
personale infermieristico	241	1025	1	17	5	193	247	1235	1482
personale della riabilitazione	10	32	0	3	2	6	12	41	53
personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
personale tecnico sanitario	95	134	1	0	0	14	96	148	244
altro personale ruolo tecnico	168	272	4	0	2	20	174	292	466
personale OTA, OSS, ausiliario	28	167	0	6	1	15	29	188	217
personale amministrativo	31	130	0	3	0	37	31	170	201
TOTALE	853	1918	6	30	10	292	869	2243	3112
al 31.12.2005 CATEGORIE	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time 50	F part time 50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	TOTALE M	TOTALE F	TOTALE
dirigenti medici	260	120	0	0	0	7	260	127	387
altri dirigenti (sanitari - APT)	20	38	0	0	0	3	20	41	61
personale infermieristico	258	1004	1	18	7	231	266	1253	1519
personale della riabilitazione	9	34	0	2	2	7	11	43	54
personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
personale tecnico sanitario	95	133	1	0	1	13	97	146	243
altro personale ruolo tecnico	162	244	4	0	3	17	169	261	430
personale OTA, OSS, ausiliario	52	245	0	4	1	17	53	266	319
personale amministrativo	30	127	0	1	0	40	30	168	198
TOTALE	886	1949	6	26	14	335	906	2310	3216
al 31.12.2006 CATEGORIE	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time 50	F part time 50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	TOTALE M	TOTALE F	TOTALE
dirigenti medici	256	136	0	0	0	7	256	143	399
altri dirigenti (sanitari - APT)	21	40	0	0	0	3	21	43	64
personale infermieristico	273	1006	1	18	7	244	281	1268	1549
personale della riabilitazione	8	36	0	2	2	7	10	45	55
personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
personale tecnico sanitario	98	132	1	0	1	15	100	147	247
altro personale ruolo tecnico	158	223	4	0	3	22	165	245	410
personale OTA, OSS, ausiliario	97	301	0	4	2	23	99	328	427
personale amministrativo	28	121	0	1	0	40	28	162	190
TOTALE	939	1999	6	26	15	361	960	2386	3346

personale dipendente SSR	tempo indeterminato			tempo determinato*		
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
personale ruolo sanitario	2209	2249	2297	64	71	123
personale ruolo professionale	7	7	7	0	0	1
personale ruolo tecnico	685	750	839	72	163	128
personale ruolo amministrativo	211	210	203	0	0	1
TOTALE	3112	3216	3346	136	234	253

* La rilevazione è stata effettuata secondo i criteri del conto annuale, cioè in base al calcolo delle unità/anno



Dall'ultimo grafico si evince la netta preponderanza delle dipendenti di sesso femminile rispetto a quelli di sesso maschile.

Personale universitario	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
Personale ruolo sanitario	254	261	262
Personale ruolo professionale	0	0	0
Personale ruolo tecnico	9	8	8
Personale ruolo amministrativo	43	46	45
TOTALE	306	315	315

Personale a contratto	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
Personale ruolo sanitario	89	114	109
Personale ruolo professionale	5	7	4
Personale ruolo tecnico	4	4	1
Personale ruolo amministrativo	4	6	8
TOTALE	102	131	122

Lavoratori stranieri	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006
Intra UE	12	21	26
Extra UE	27	25	33
TOTALE	39	46	59

Categorie protette	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2005
	59	61	61

Il dato relativo alle categorie protette dell'anno 2006 è rimasto invariato rispetto all'esercizio 2005, in quanto l'Azienda, al fine di ottemperare agli obblighi previsti dalla legge 68/99, si è avvalsa della facoltà di cui all'art. 4 comma 4 della medesima legge, che prevede la possibilità di sottoporre ad accertamento di diagnosi funzionale, ai fini del riconoscimento quali disabili in forza, i lavoratori già dipendenti divenuti successivamente invalidi. Al 31.12.2006 erano in corso 7 procedure di accertamento di diagnosi funzionale, il cui iter si è concluso nel corso del 2007, portando al computo nella quota di riserva di 7 lavoratori.

Al 31.12.2006 l'Azienda ha avuto alle proprie dipendenze 3.346 lavoratori a tempo indeterminato, escluso il personale universitario, la maggior parte dei quali specializzati nei ruoli sanitario o tecnico. Durante il corso dell'anno 2006 si è altresì avvalsa di 253 lavoratori a tempo determinato (unità/anno).

In progressivo e continuo aumento risulta essere il numero dei dipendenti stranieri presenti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Al 31.12.2006 sono 26 i lavoratori giunti da Stati appartenenti all'Unione europea e 33 quelli provenienti da paesi extra-europei. Tra i 59 dipendenti assunti, più dell'80% sono donne. Molto buono è il livello di integrazione raggiunto. L'inserimento del personale straniero è infatti fortemente stimolato sia dai corsi di formazione e aggiornamento, sia dalla collaborazione dei lavoratori italiani e dalla organizzazione interna dei reparti. Proprio nel corso del 2006, l'Azienda, nell'ottica di stimolare il dialogo e l'integrazione tra il personale italiano e straniero, ha dedicato a questo argomento un numero della newsletter aziendale (riportato a fianco), dando largo spazio alle interviste al personale coinvolto.



Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente, integrazione agli universitari, compensi e collaboratori, eccetera anno 2006

	Emolumenti	Oneri	Totale
Personale ospedaliero	€ 112.687,2	€ 31.319,2	€ 144.006,4
Integrazione agli universitari	€ 6.333,9	€ 2.434,8	€ 8.768,7
Lavoro atipico			€ 4.175,6

I valori sono espressi in migliaia di Euro

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, quindi, si pone sul territorio come una delle maggiori aziende, influenzando l'occupazione attraverso il grande numero di lavoratori alle dipendenze dirette. Non meno importante è l'indotto occupazionale ed economico conseguente ai rapporti di fornitura attivati. La fornitura di beni e servizi è una delle più grosse voci del bilancio aziendale.

Il volume dei beni di consumo, dei beni durevoli e dei servizi, acquistati in larga misura da fornitori con sede sociale nel territorio, rendono evidente il contributo che l'attività sanitaria dell'Azienda offre all'economia locale.

Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dello stesso ambito territoriale e della regione (anno 2006).

Ambito territoriale di Parma	€ 25.909,0
Regione Emilia-Romagna	€ 8.138,2
TOTALE	€ 34.047,2

I valori sono espressi in migliaia di Euro

Considerando le classi di bilancio: acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, godimento di beni di terzi e oneri diversi di gestione, l'importo complessivo relativo all'anno 2006 ammonta ad € 137.800,9 (migliaia di euro); di questi il 20% rimane in ambito regionale.

Riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda

Nel corso dell'anno 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha potuto usufruire di 63 tra lasciti e donazioni, sia di singoli cittadini privati, sia da parte di ditte ed Enti per un totale di euro 262.864,00. Di rilievo (euro 35.500,00) risulta in particolare la pubblica sottoscrizione, promossa dal quotidiano locale Gazzetta di Parma, che ha coinvolto tutta la città e rivolta a favore del reparto di Pediatria, a seguito del caso del piccolo Tommaso Onofri.

Al fine di finanziare borse di studio per ricerche e per l'acquisto di specifiche attrezzature sanitarie, destinate a diverse Unità Operative aziendali, la Fondazione Cassa di Risparmio ha erogato nell'anno circa euro 300.000,00.

Inoltre, l'Azienda ha ricevuto la quota annuale (euro 2.560.000,00 dalla Fondazione Cassa di Risparmio ed euro 520.000,00 dalla Fondazione Banca Monte) del finanziamento quinquennale disposto dalle due Fondazioni bancarie cittadine in relazione alla loro partecipazione all'Accordo di Programma per il Nuovo Ospedale di Parma sottoscritto nel 2004.

Impatto culturale

Manutenzione straordinaria della facciata del padiglione Ingresso

Nell'anno 2006 sono stati ultimati lavori di manutenzione straordinaria alle facciate, con rifacimento di intonaci ammalorati e successivo ripristino delle finiture originali del padiglione Ingresso. La realizzazione di questo intervento di conservazione della facciata del padiglione Ingresso ha comportato l'acquisizione delle autorizzazioni da parte della Soprintendenza regionale.

Il padiglione Ingresso dell'Ospedale di Parma fa parte del primo insediamento nell'area compresa tra via Gramsci e via Abbeveratoia e risale, assieme ad altri diciassette padiglioni, agli Anni Venti (si veda riproduzione della mappa originale).

Essi erano stati concepiti per ospitare le attività ospedaliere e universitarie secondo la logica dell'ospedale a padiglioni che rappresenta oggi una logica del tutto superata, secondo la quale l'intervento ospedaliero richiedeva, per la diagnosi e per le terapie, degenze mediamente molto lunghe. Il padiglione Ingresso costituisce quindi un elemento importante del patrimonio storico-culturale della città e una testimonianza fondamentale nella storia della ospedalità italiana.

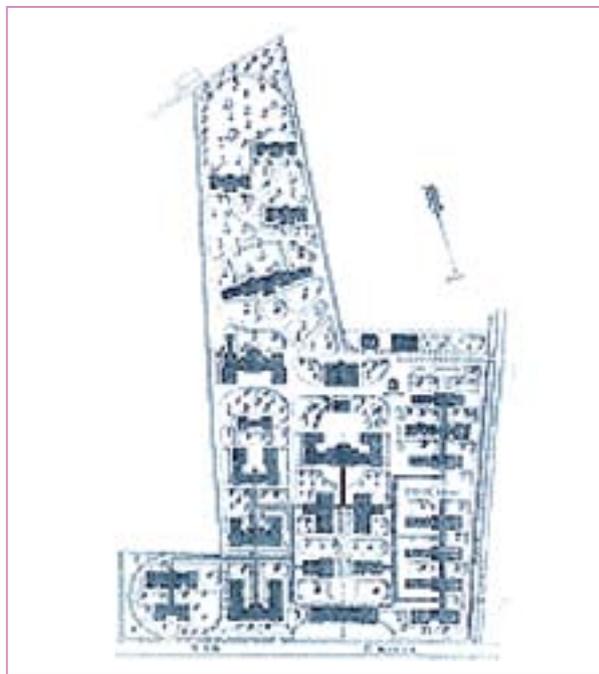
Il padiglione Ingresso ospita oggi uffici amministrativi mentre la parte nuova dell'Ospedale polispecialistico di Parma ha il suo fulcro nell'area tra via Volturno e via Abbeveratoia.

una mostra allestita nella Sala Congressi del Monoblocco e inaugurata il 27 maggio 2006.

Asclepio, o Esculapio secondo i Romani, era il dio dell'arte medica, appresa dal centauro Chirone, a cui era stato affidato dal padre Apollo. Moglie di Asclepio era Salute, e la sua sacerdotessa Panacea, "colei che tutto guarisce". Una genealogia che spiega la scelta della divinità greca quale nume del progetto che vede la collaborazione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e il Liceo Statale d'Arte "Paolo Toschi". In questo esperimento, arte pittorica e arte medica sono unite da un fine comune: rendere più accoglienti le aree d'attesa del nuovo Ospedale di Parma, dare loro un volto diverso, più confortevole e ospitale. Un'idea di ospedale che ha avuto la possibilità di assumere forma concreta e di cui si trova documentazione nelle pagine di questo volume che ripropongono alcune immagini delle opere nella loro collocazione in Ospedale.

Il progetto ha avuto un importante riscontro con oltre 50 elaborati pittorici su tela (in formato 90x90) e rientra negli obiettivi più generali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria come percorso di "umanizzazione" dei luoghi di ricovero e cura.

Da parte del Liceo d'Arte "P. Toschi" vi è il riconoscimento della validità educativa e didattica di un'esperienza che, oltre ad avvicinare i giovani ad una realtà non facile come quella ospedaliera, offre possibilità di confronto e valide opportunità, per gli studenti, di misurarsi con problematiche progettuali concrete.



Opere d'arte in Ospedale, donazione Vittorio Ferrarini

Nella tela di Asclepio: opere d'arte in Ospedale

"Nella tela di Asclepio. Opere d'arte in Ospedale" nasce come un concorso di idee che ha preso vita da un'inedita collaborazione, avviata a fine 2005, tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e il Liceo statale d'Arte "Paolo Toschi", i cui esiti sono stati presentati in

Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione. Dal novembre 2001 i LEA sono contenuti in un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M. 29 novembre 2001), che indica per l'assistenza ospedaliera le prestazioni e servizi garantiti dal S.S.N.:

1. Pronto Soccorso;
2. degenza ordinaria;
3. day hospital;
4. day surgery;
5. riabilitazione;
6. lungodegenza;
7. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali.

Nel 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha erogato prestazioni in tutti i regimi previsti dal S.S.N.; in particolare per l'attività di ricovero, valendosi di una dotazione di posti letto pari a 1359 (di cui oltre il 20% di alta specialità e a bacino sovra-provinciale), ha effettuato oltre 50.000 ricoveri, di cui quasi 11.000 in regime diurno.

L'attività di degenza del 2006 conferma il trend degli ultimi anni di graduale riduzione dei ricoveri di bassa complessità (per trasferimento di attività al regime di day service e ambulatoriale) e del conseguente incremento della complessità della casistica trattata, documentato dal valore del punto medio che nel 2006 in regime ordinario risulta pari a 1,37 (secondo solo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna).

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Contributo dell'Ospedale di Parma allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella nell'anno 2006

Tumore della mammella	mammotome	125
	interventi chirurgici	51

Contributo dell'Ospedale di Parma allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero - anno 2006

Tumore del collo dell'utero	pap test	80
	colposcopie	403
	interventi chirurgici	202

Contributo dell'Ospedale di Parma allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del colon retto - anno 2006

Tumore del colon-retto	colonscopie	1100
	polipectomie	650
	interventi chirurgici	91

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Nel 2006 l'attività di prescrizione ed erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione da parte delle strutture sanitarie si è consolidata ed ha mostrato un aumento del 14% rispetto al 2005, passando da 16.501 prescrizioni a 18.839.

Sono state erogate 1.625.868 unità posologiche in dimissione da ricovero per un costo ospedaliero di 365.976 euro equiparabile ad un costo pari a 1.765.558 euro con consegna effettuata dalle farmacie territoriali, con un risparmio conseguente di 1.399.582 euro.

Per quanto riguarda invece i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2006 pari a 12.443.917 euro.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'ultimo triennio, la produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale dell'Azienda si è mantenuta sostanzialmente stabile per le prestazioni di diagnostica, riabilitazione, terapeutiche, mentre per le prestazioni di laboratorio vi è stato un trend in aumento in particolare per l'anno 2006, dovuto al riassorbimento dei punti prelievo di Parma città e di quelli provinciali. Per le visite si osserva un lieve incremento. L'andamento in termini percentuali del valore della produzione provinciale rispecchia l'andamento della produzione in termini quantitativi, come mostrato dal grafico 2.

Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato) anni 2004-2005-2006

Anno 2004		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	121.680	4.812.356	212.166	57,4	7.070.642	68,1
	D2-D.Strument. no radiaz.	131.001	5.865.915	277.507	47,2	10.122.077	58,0
	D3-Biopsia	4.625	195.364	6.258	73,9	241.121	81,0
	D9-Altra diagnostica	14.561	306.851	24.262	60,0	432.649	70,9
	Totale	271.867	11.180.486	520.193	52,3	17.866.488	62,6
Laboratorio	L1-Prelievi	169.132	445.269	471.728	35,9	1.266.766	35,2
	L2-Chimica clinica	943.003	3.292.339	3.224.391	29,2	10.384.984	31,7
	L3-Ematologia/coagulaz.	199.145	781.735	558.377	35,7	1.870.623	41,8
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	59.341	2.634.121	64.050	92,6	2.670.972	98,6
	L5-Microbiologia/virologia	72.334	811.955	255.495	28,3	2.215.697	36,6
	L6-Anatomia ed ist.patol.	10.559	466.519	38.496	27,4	1.034.326	45,1
	L7-Genetica/citogen.	10.445	993.829	10.453	99,9	994.790	99,9
	Totale	1.463.959	9.425.766	4.622.990	31,7	20.438.156	46,1
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	4.649	53.661	10.730	43,3	112.099	47,9
	R2-RRF	17.811	142.940	139.640	12,8	1.080.828	13,2
	R3-Terapia Fisica	1.080	4.646	18.328	5,9	41.481	11,2
	R9-Altra riabilitazione	2.073	16.979	3.454	60,0	62.617	27,1
	Totale	25.613	218.225	172.152	14,9	1.297.025	16,8
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	24.297	1.106.035	24.297	100	1.106.035	100
	T2-Dialisi	13.011	2.287.957	38.255	34,0	6.228.798	36,7
	T3-Odontoiatria	4.304	103.611	26.123	16,5	756.255	13,7
	T4-Trasfusioni	2.352	112.400	2.471	95,2	115.923	97,0
	T5-Chirurgia ambulatoriale	21.548	2.406.045	29.183	73,8	3.548.082	67,8
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	64.142	831.837	101.274	63,3	1.660.457	50,1
	Totale	129.654	6.847.885	221.603	58,5	13.415.549	51,0
Visite	V1-Prima visita	246.287	5.693.905	492.932	50,0	11.366.812	50,1
	V2-Visita di controllo	173.785	3.128.130	255.438	68,0	4.597.884	68,0
	Totale	420.072	8.822.035	748.370	56,1	15.964.696	55,3
TOTALE	2.311.165	36.494.397	6.285.308	36,8	68.981.914	52,9	

Anno 2005		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	114.258	4.507.690	205.846	55,5	6.943.303	64,9
	D2-D.Strument. no radiaz.	140.319	5.993.987	293.476	47,8	11.114.666	53,9
	D3-Biopsia	5.309	293.755	6.878	77,2	334.644	87,8
	D9-Altra diagnostica	15.021	322.179	25.872	58,1	465.154	69,3
	Totale	274.907	11.117.611	532.072	51,7	18.857.767	59,0
Laboratorio	L1-Prelievi	191.150	495.410	474.009	40,3	1.255.910	39,4
	L2-Chimica clinica	1.169.034	4.111.068	3.206.690	36,5	10.450.694	39,3
	L3-Ematologia/coagulaz.	241.139	905.608	562.220	42,9	1.875.260	48,3
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	58.287	2.590.665	61.868	94,2	2.618.412	98,9

Anno 2005		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Laboratorio	L5-Microbiologia/virologia	111.603	1.184.943	271.632	41,1	2.408.350	49,2
	L6-Anatomia ed ist.patol.	12.324	536.266	34.022	36,2	994.879	53,9
	L7-Genetica/citogen.	11.003	1.143.993	11.033	99,7	1.147.058	99,7
	Totale	1.794.540	10.967.953	4.621.474	38,8	20.750.562	52,9
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	4.024	49.689	10.805	37,2	113.966	43,6
	R2-RRF	19.475	160.584	128.651	15,1	1.013.109	15,9
	R3-Terapia Fisica	1.695	7.428	13.874	12,2	34.447	21,6
	R9-Altra riabilitazione	2.263	20.610	2.964	76,3	72.993	28,2
	Totale	27.457	238.310	156.294	17,6	1.234.514	19,3
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	23.042	1.104.194	23.042	100	1.104.194	100
	T2-Dialisi	13.299	2.334.711	40.059	33,2	6.471.334	36,1
	T3-Odontoiatria	5.469	194.326	22.848	23,9	1.005.342	19,3
	T4-Trasfusioni	2.025	119.501	2.219	91,3	124.995	95,6
	T5-Chirurgia ambulatoriale	19.972	2.772.808	27.135	73,6	3.645.175	76,1
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	59.501	755.463	95.382	62,4	1.679.339	45,0
	Totale	123.308	7.281.003	210.685	58,5	14.030.379	51,9
Visite	V1-Prima visita	240.375	5.465.476	476.651	50,4	10.873.079	50,3
	V2-Visita di controllo	197.139	3.548.502	282.130	69,9	5.078.304	69,9
	V3-Osservaz. breve intensiva	2.777	610.940	3.603	77,1	792.660	77,1
	Totale	440.291	9.624.918	762.384	57,8	16.744.043	57,5
TOTALE	2.660.503	39.229.795	6.282.909	42,3	71.617.265	54,8	

Anno 2006		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	120.478	4.660.767	207.141	58,2	6.898.185	67,6
	D2-D.Strument. no radiaz.	146.193	6.373.601	314.755	46,4	12.434.363	51,3
	D3-Biopsia	5.076	328.794	7.084	71,7	387.406	84,9
	D9-Altra diagnostica	15.178	333.516	27.587	55,0	511.404	65,2
	Totale	286.925	11.696.678	556.567	51,6	20.231.359	57,8
Laboratorio	L1-Prelievi	199.344	515.106	461.364	43,2	1.201.191	42,9
	L2-Chimica clinica	1.280.260	4.497.735	3.148.945	40,7	10.290.537	43,7
	L3-Ematologia/coagulaz.	259.720	967.859	556.477	46,7	1.865.203	51,9
	L4-Immunoemat.e trasfusione.	66.248	2.938.791	69.540	95,3	2.964.275	99,1
	L5-Microbiologia/virologia	127.766	1.365.801	272.738	46,8	2.475.775	55,2
	L6-Anatomia ed ist.patol.	13.371	589.886	21.041	63,5	823.613	71,6
	L7-Genetica/citogen.	21.896	1.846.761	21.938	99,8	1.850.381	99,8
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.276.066	4.215.455				
	Totale	3.244.671	16.937.394	4.552.043	71,3	21.470.975	78,9
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	4.106	48.893	11.044	37,2	112.007	43,7
	R2-RRF	16.436	133.879	124.286	13,2	980.642	13,7
	R3-Terapia Fisica	1.410	6.130	12.130	11,6	30.674	20,0

Anno 2006		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Riabilitazione	R9-Altra riabilitazione	1.621	14.801	3.375	48,0	65.401	22,6
	Totale	23.573	203.704	150.835	15,6	1.188.725	17,1
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	22.389	1.176.066	22.389	100,0	1.176.066	100,0
	T2-Dialisi	11.733	2.063.224	37.531	31,3	5.856.496	35,2
	T3-Odontoiatria	5.847	230.824	19.646	29,8	1.121.896	20,6
	T4-Trasfusioni	1.948	95.326	2.212	88,1	102.662	92,9
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.613	2.970.137	23.885	69,6	3.874.101	76,7
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	55.293	745.187	90.975	60,8	1.684.360	44,2
	Totale	113.823	7.280.764	196.638	57,9	13.815.581	52,7
Visite	V1-Prima visita	242.195	5.495.439	488.179	49,6	11.119.744	49,4
	V2-Visita di controllo	194.350	3.498.282	282.918	68,7	5.092.470	68,7
	V3-Osservaz. breve intensiva	3.217	707.740	4.259	75,5	936.980	75,5
	Totale	439.762	9.701.461	775.356	56,7	17.149.194	56,6
TOTALE AZIENDALE		4.108.754	45.820.001	6.231.439	65,9	73.855.834	62,0

Grafico 1: Azienda Ospedaliero-Universitaria numero percentuale prestazioni sul totale provinciale

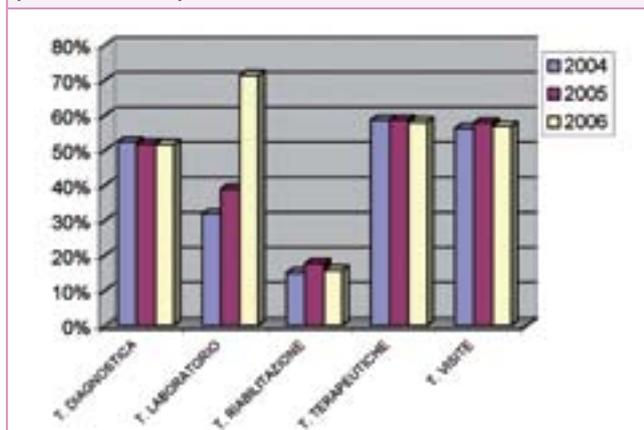
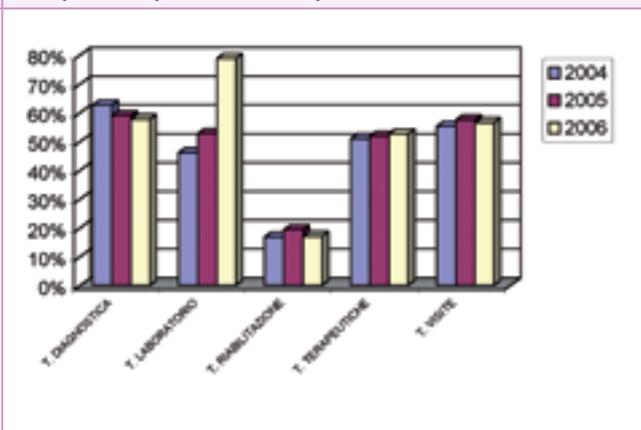


Grafico 2: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma valore percentuale prestazioni sul totale provinciale



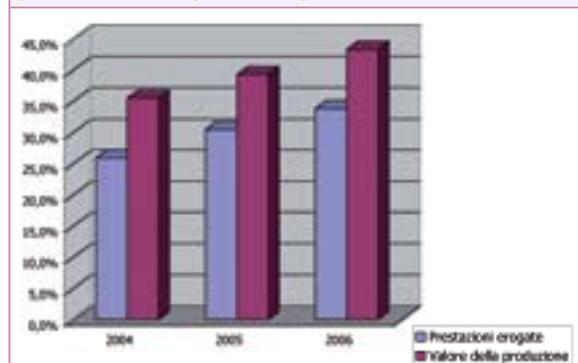
Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale)

Nell'ambito della produzione aziendale rispetto alla provinciale di cui al precedente paragrafo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel triennio 2004-2006 per le

prestazioni critiche, ha avuto un trend in incremento in termini di volume di prestazioni erogate che ha corrisposto ad un eguale aumento in valore economico sul totale delle prestazioni.

Azienda Ospedaliero Universitaria Parma	Prestazioni erogate	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2004	58.897	25,9%
2005	76.257	30,4%
2006	90.474	33,8%
Azienda Ospedaliero Universitaria Parma	Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2004	€ 2.484.057	35,5%
2005	€ 3.292.413	39,3%
2006	€ 4.227.577	43,3%

Grafico 3: Azienda Ospedaliero-Universitaria percentuale valore e volumi prestazioni critiche erogate sul totale provinciale



Percentuale di prestazioni ambulatoriali a CUP

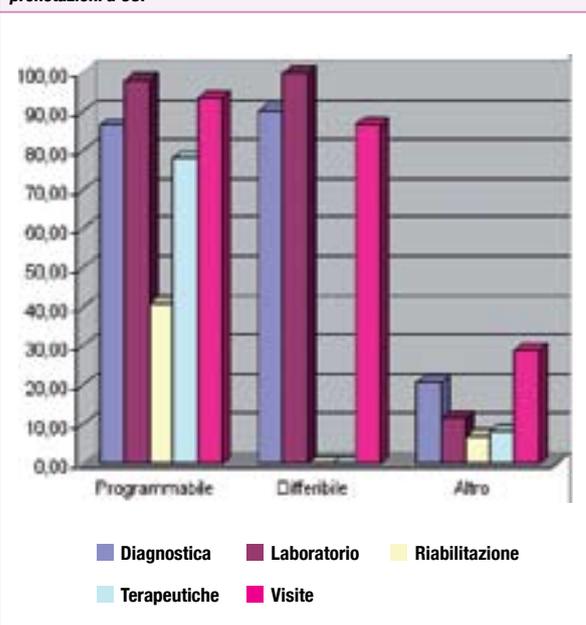
La percentuale di prestazioni ambulatoriali a CUP viene definita come il rapporto delle prestazioni prenotabili dai CUP territoriali rispetto al volume globale erogato dall'Azienda. Pertanto, tale percentuale risente notevolmente della quota parte delle prestazioni che sono erogate nel corso dello stesso accesso in aggiunta a quelle prenotate, oltre che delle prestazioni che vengono erogate in accesso diretto e di quelle prenotate direttamente dalle Unità Operative. e pertanto "non visibili" dai punti di prenotazione territoriale. Per questo con la definizione "Altro" sono ricomprese le prestazioni

aggiuntive, in accesso diretto, prenotate direttamente dalle Unità Operative.

Nell'anno 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha garantito, sul sistema provinciale CUP per le differenti aggregazioni prestazionali, un'elevata percentuale di prenotabilità; in particolar modo si evidenzia (grafico 4) che per le prestazioni di diagnostica, laboratorio e di visita, che rappresentano le aggregazioni in cui la richiesta di prestazioni risulta essere la più importante, tale percentuale è stata maggiore dell'80% sia per la prenotazione normale che per le urgenze differite.

Prestazioni ambulatoriali a CUP - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma			
		Totale prestazioni	%prenotazione CUP sul totale prestazioni
Diagnostica	Programmabile	87.484	86,56
	Differibile	7.251	90,22
	Altro	122.965	20,74
Laboratorio	Programmabile	57.709	97,99
	Differibile	1.161	99,91
	Altro	53.642	11,60
Riabilitazione	Programmabile	137	40,88
	Differibile	6	0,00
	Altro	23.569	7,02
Terapeutiche	Programmabile	8.498	77,99
	Differibile	1.889	0,00
	Altro	79.687	8,19
Visite	Programmabile	82.561	93,56
	Differibile	6.300	86,70
	Altro	177.862	29,03

Grafico 4: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma percentuale prenotazioni a CUP



Numero e valore della produzione in istituzionale e in libera professione

Anno 2006	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma			
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP
Dipartimento Emergenza Urgenza	2.107	66	1.075	34
Dipartimento Polispecialistico 1	157.860	98	2.933	2
Dipartimento Polispecialistico 2	231.881	99	2.970	1
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	32.533	98	746	2
Dipartimento Neuroscienze	27.493	86	4.659	14
Dipartimento Chirurgico	93.580	94	6.193	6
Dipartimento Testa-Collo	90.084	96	3.463	4
Dipartimento Materno-Infantile	78.948	95	4.050	5
Dipartimento Cardio-Polmonare	34.908	90	3.776	10
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	114.688	100	433	0
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.244.671	100	4.992	0
TOTALE	4.108.754	99	35.290	1

Nel corso del 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha erogato 35.290 prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia che corrispondono all'1% del volume complessivo di visite specialistiche.

Prestazioni di Day Service

L'Azienda nel corso del 2006 in ottemperanza alle direttive regionali ha provveduto a trasferire parte dell'attività che veniva svolta in regime di day hospital al regime ambulatoriale; tale trasferimento ha determinato un decremento di attività in day hospital del 4% e un pari aumento dell'attività programmata in regime ambulatoriale. Nel 2006 sono stati avviati percorsi di Day Service per alcune specialità che presentano caratteristiche peculiari e si prevede l'attivazione di nuovi percorsi per il 2007.

Percorsi di day service			
Azienda erogante		Modalità di accesso	
		DAY SERVICE	
		N.	%
PARMA	PUBBLICO	16.046	0,49
	PRIVATO		
	TOTALE	16.046	0,47
AOU	PUBBLICO	1.729	0,06

Indice di performance effettivo per visite e diagnostica (prestazioni programmabili)

L'indice di performance effettivo è un indice che può essere utilizzato per rappresentare la situazione dei tempi d'attesa a livello aziendale per ciascuna tipologia di prestazione presa in considerazione. È calcolato come percentuale di prestazioni erogate entro i tempi di at-

sa standard regionali sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "programmabile".

L'indice di performance effettivo delle prestazioni programmabili nel triennio 2003-2006 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 5 e 6).

- **Diagnostica** - vi è stato un aumento dell'indice di performance per le prestazioni erogate entro i 30 e i 60 giorni.
- **Laboratorio** - l'indice di performance è aumentato per le prestazioni entro i 30 giorni, mentre ha mantenuto un trend costante quello relativo all'erogazione delle prestazioni entro i 60 giorni.
- **Riabilitazione** - pur mantenendo elevato l'indice di performance entro i 60 giorni, nel triennio si è avuto un aumento, soprattutto nel 2006, dell'indice per le prestazioni di riabilitazione erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione.
- **Terapeutiche** - dal 2003 al 2006 si è assistito ad un aumento dell'indice di performance per le prestazioni entro i 30 giorni mentre vi è stata una stabilità sostanziale negli anni 2003-2005 e un lieve aumento della percentuale di performance per le prestazioni erogate entro i 60 giorni nel 2006.
- **Visite** - l'indice di performance per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione ha avuto un trend costante, anche se vi è stato un lieve incremento nel 2006, lo stesso andamento si osserva per le visite erogate entro i 60 giorni dalla prenotazione.

Casistica programmata a carico del S.S.N. - Azienda Ospedaliero-Universitaria - anno 2003

Tipologia prestazioni	% entro 1-30 gg	% entro 1-45 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-75 gg	% entro 1-90 gg	% oltre 90 gg
Diagnostica	47	63	74	82	87	13
Laboratorio	68	71	75	81	89	11
Riabilitazione	9	12	16	18	26	74
Prestazioni Terapeutiche	74	84	88	91	94	6
Visite	49	61	70	76	82	18

Casistica programmata a carico del S.S.N. - Azienda Ospedaliero-Universitaria - anno 2004

Tipologia prestazioni	% entro 1-30 gg	% entro 1-45 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-75 gg	% entro 1-90 gg	% oltre 90 gg
Diagnostica	46	61	73	82	87	13
Laboratorio	68	72	76	81	88	12
Riabilitazione	20	26	36	56	69	31
Prestazioni Terapeutiche	70	82	86	90	93	7
Visite	50	62	71	77	83	17

Percentuale prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria escluso PS - anno 2005

Tipologia prestazioni	Totale prestazioni erogate a carico del SSN programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg
Diagnostica	106.722	52,85	65,42	75,45	81,51	86,07	13,93
Laboratorio	164.063	61,38	66,87	70,81	77,03	86,47	13,53
Riabilitazione	1.688	15,82	55,69	75,3	83,65	91,94	8,06
Prestazioni Terapeutiche	13.106	83,62	90,37	92,97	94,27	95,95	4,05
Visite	144.940	49,61	61,81	70,14	75,99	80,99	19,01

Percentuale prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria escluso PS – anno 2006

Tipologia prestazioni	Totale prestazioni erogate a carico del SSN programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg
Diagnostica	123.882	54,46	65,13	72,86	80,03	85,79	14,21
Laboratorio	362.881	82,69	86,13	88,3	90,64	94,16	5,84
Riabilitazione	2.111	51,82	74,99	85,5	88,92	91,05	8,95
Prestazioni Terapeutiche	17.225	87,25	92,83	95,13	96,09	97,22	2,78
Visite	152.773	51,61	62,83	70,67	76,52	81,17	18,83

Tempi d'attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del S.S.N. percentuale prestazioni erogate da strutture pubbliche e private

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma								
Tipologia prestazioni	2003		2004		2005		2006	
	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg
Diagnostica	47	74	46	73	53	75	54	73
Laboratorio	68	75	68	76	61	71	83	88
Riabilitazione	9	16	20	36	16	75	52	86
Prestazioni Terapeutiche	74	88	70	86	84	93	87	95
Visite	49	70	50	71	50	70	52	71

Grafico 5: Azienda Ospedaliero-Universitaria: tempi d'attesa percentuali prestazioni entro 1-30 giorni

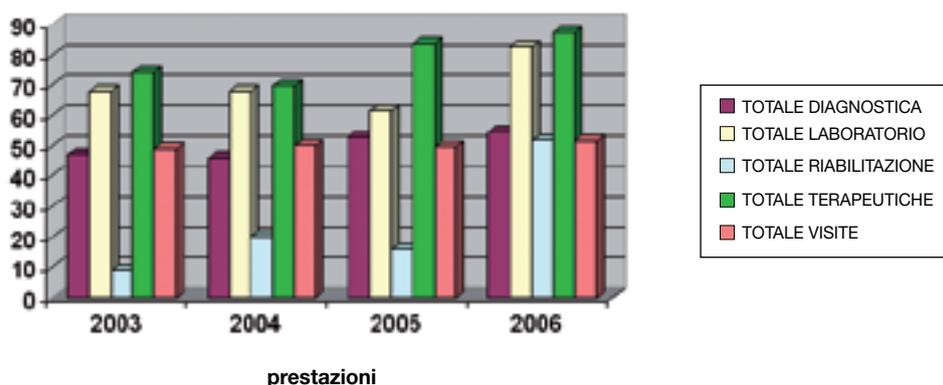
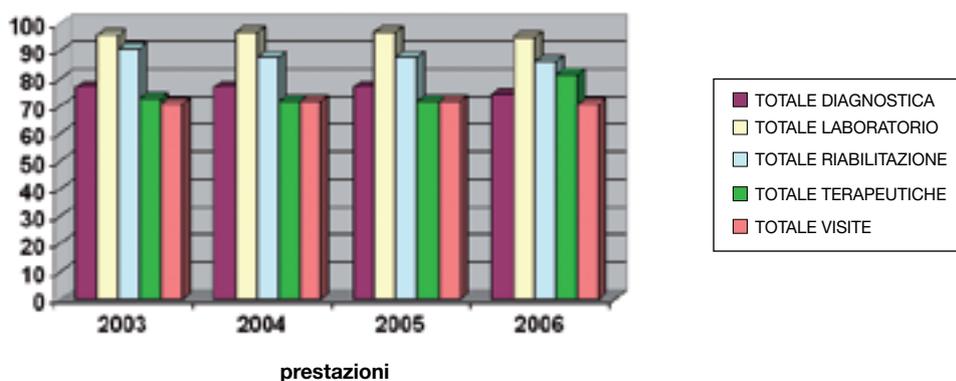


Grafico 6: Azienda Ospedaliero-Universitaria, tempi d'attesa percentuali prestazioni entro 1-60 giorni



Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta: posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione

Nella provincia di Parma le necessità di ricovero della popolazione sono assolte dalla presenza di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 2 presidi ospedalieri territoriali e 3 case di cura convenzionate, per un totale di 1.936 posti letto per acuti, di cui 1.528 presenti in strutture pubbliche e 408 in case di cura private.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha, in quest'ultimo triennio, mantenuto pressoché costante il numero di posti letto di degenza ordinaria, con una lieve riduzione nel 2006 rispetto al 2005 (-12 PL), corrispondente al 78,8% dei posti letto per acuti pubblici della provincia. Anche il numero di posti letto di lungodegenza è rimasto costante, a fronte di un incremento a livello provinciale sia nelle strutture pubbliche (+10) che private (+3).

Assistenza ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31.12.2004

AZIENDE	Posti letto pubblici					Posti letto privati				Indicatori posti letto (pubblici+privati) X 1000 abitanti		
	Acuti		Riabilitazione	LD	Totale	Acuti Totale	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti	LD+Riab.	Totale
	Ordinari	OK										
AUSL PARMA	257	37	6	47	347	454	232	80	726			
AOSP PARMA	1.126		18	134	1.306	-				3,06	0,37	3,43
PARMA	1.382	559	24	181	1.746	454	232	80	726	4,79	1,27	6,06
TOTALE REGIONE	12.458	1.766	631	1.480	16.252	3.369	758	776	4.903	4,29	0,87	5,16

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS
La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia-Romagna al 1/1/2004 pari a un totale di 4.101.324

Assistenza ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31.12.2005

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	LD						
AUSL PARMA	316	6	52	374	262	103	247	77	506					
AOSP PARMA	1.216	18	137	1.371					-	2,94	0,38			3,32
PARMA	1.532	24	189	1.745	262	103	247	77	506	4,34	1,30	0,66	0,64	5,64
TOTALE REGIONE	14.213	675	1.387	16.275	1.997	1.347	835	856	3.688	3,90	0,90	0,36	0,54	4,81

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS
La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia-Romagna al 1/1/2005 pari a un totale di 4.151.335

Assistenza ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 22.02.2007

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	LD						
AUSL PARMA	324	6	42	392	287	121	247	80	614					
AOSP PARMA(***)	1.204	18	137	1.359	-	-	-	-	-	2,89	0,37			3,26
PARMA	1.528	24	199	1.751	287	121	247	80	614	4,35	1,32	0,65	0,67	5,67
TOTALE REGIONE	14.050	705	1.418	16.173	2.025	1.082	840	849	3.714	3,84	0,91	0,37	0,54	4,75

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS
La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia-Romagna al 1/1/2006: 4.187.544

(*) Tutti i PL privati post-acuti sono accreditati

(**) La colonna dei posti letto acuti (accreditati e non) è generata sulla base di quanto previsto dall'Accordo AIOP parte II B1 - accreditamento in base all'utilizzo

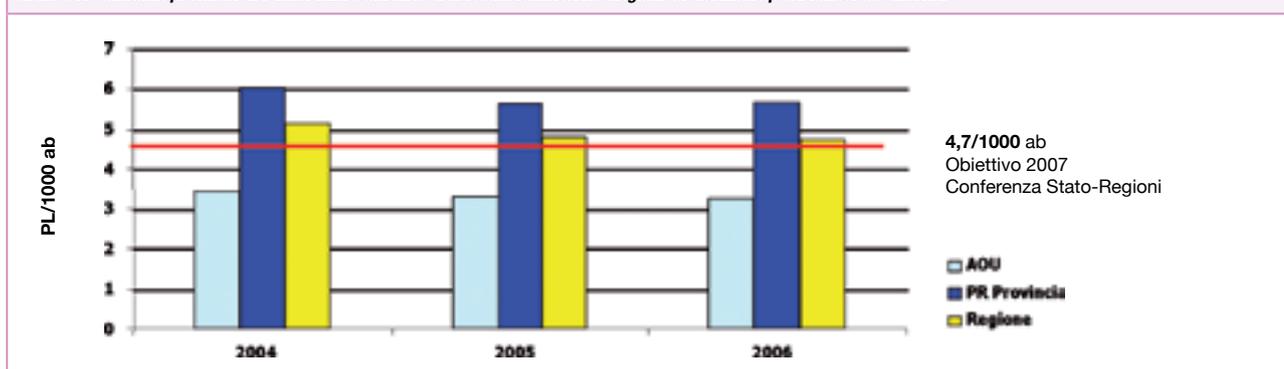
(***) La dotazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è omogenea a quella rilevata al 31.12.2006

Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo quelli accreditati

Prendendo in esame gli indicatori (PL*1000 abitanti, indicati nella tabella che precede), si può evidenziare come la provincia di Parma presenti un indice totale di posti letto superiore alla media regionale, pari a 5,67, a cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria contribuisce

con un valore di 3,26. Da tener presente che all'Ospedale di Parma afferiscono pazienti da altre province e regioni per una quota di ricoveri (prevalentemente di alta specialità) pari al 22-24%.

Grafico 7: confronto provincia di Parma-RER e obiettivo della Conferenza Stato-Regioni su dotazione posti letto/1000 abitanti



Attività Hub

Il modello hub and spoke rappresenta una modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle Reti integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub).

Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali

centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il Piano Sanitario 1999-2001, riconosce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.

Unità Operative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma afferenti alle Reti hub and spoke

Rete	Unità Operative Hub AOsp Parma	Unità Operative Spoke Aosp Parma
TRAPIANTI ORGANO	NEFROLOGIA, CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO (Rene - Rene e Pancreas - Rene da vivente) EMATOLOGIA E C.T.M.O. (Midollo osseo)	RIANIMAZIONE
TERAPIA DELLE GRANDI USTIONI	CENTRO USTIONI	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
MALATTIE CARDIACHE E CARDIOCHIRURGIA	CARDIOCHIRURGIA, CARDIOLOGIA (EMODINAMICA DIAGNOSTICA/INTERVENTISTICA)	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTO CUORE
NEUROSCIENZE	NEUROCHIRURGIA, NEURORADIOLOGIA	NEUROLOGIA
TERAPIA DEI GRANDI TRAUMI	AZIENDA OSPEDALIERA DE PARMA nel suo complesso in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB che prevede la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato	
ALTE SPECIALITA' RIABILITATIVE - UNITA' SPINALI		MEDICINA RIABILITATIVA
RIABILITAZIONE GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE		MEDICINA RIABILITATIVA
SERVIZI DI GENETICA MEDICA	GENETICA MEDICA - LABORATORI DI GENETICA MOLECOLARE	GENETICA MEDICA- LABORATORI DI CITOGENETICA - SERVIZI CLINICI DI GENETICA MEDICA E DI GENETICA ONCOLOGICA
MALATTIE RARE:		ANEMIE EREDITARIE
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	CENTRO EMOSTASI, STRUTTURA SEMPLICE DI MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ANGIOLOGICO-COAGULATIVO	
Fibrosi Cistica	CLINICA PEDIATRICA-STRUTTURA SEMPLICE PER LA FIBROSI CISTICA	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO (STRUTTURA SEMPLICE ORL) SCIENZE RADIOLOGICHE PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO CLINICA PNEUMOLOGICA
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	
SISTEMA TRASFUSIONALE-PIANO SANGUE		SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE
SISTEMA CENTRALI OPERATIVE (118)	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	
EMERGENZA TERRITORIALE	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA	

Rappresentazione grafica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub o spoke

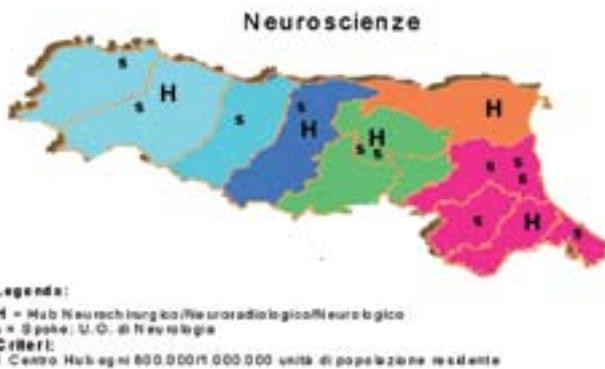


Nell'ambito del modello hub and spoke, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede riconosciuta, per l'Emilia nord-occidentale, del **Sistema Integrato di Assistenza ai grandi traumi (SIAT)**; questo le conferisce un ruolo di coordinamento (Trauma Center), all'interno del quale è anche collocata la funzione di assistenza ai grandi ustionati, che nell'ambito della Regione è presente solo a Parma e Cesena.

Grazie alla presenza di Unità Operative e professionalità cliniche che garantiscono la presa in carico di pazienti con patologie ad elevata complessità, l'Azienda è Centro di riferimento per l'attività trapiantologica relativamente ai **trapianti di rene, rene-pancreas e midollo osseo**, nonché Centro riconosciuto per il trattamento delle malattie cardiache, attraverso le Unità Operative dell'area cuore del Dipartimento Cardio-Polmonare.

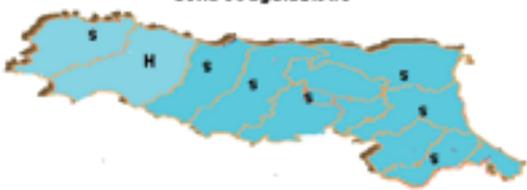
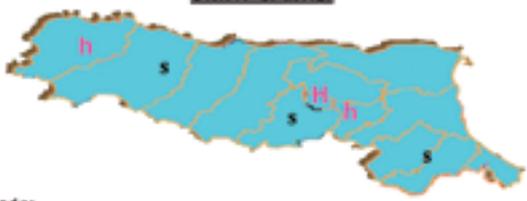
Le funzioni hub di **Neurochirurgia e Neuroradiologia**, che all'interno dell'Azienda si integrano funzionalmente, garantiscono l'assistenza ai pazienti con patologie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico, caratterizzate da bassa incidenza, elevata complessità e necessità di supporti di alto contenuto tecnologico.

È proprio l'aspetto tecnologico qualitativamente elevato che conferisce all'Azienda un ruolo hub per la diagnosi di **malattie rare**, attraverso la **struttura di Genetica medica**, come ad esempio i Laboratori di Genetica Molecolare.



Con deliberazione successiva a quella del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 nel marzo del 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma viene riconosciuta centro hub per la prevenzione, la diagnosi e la cura della **fibrosi cistica**, malattia genetica che presenta una notevole rilevanza sociale e che comporta un trattamento terapeutico estremamente complesso e continuativo.

In relazione a questa funzione hub, la Struttura semplice di Fibrosi Cistica della Clinica Pediatrica dell'Azienda si avvale della collaborazione interna di altre Unità Operative con funzione di spoke (Struttura semplice Otorinolaringoiatria, Scienze Radiologiche, Patologia e Medicina di Laboratorio e Clinica Pneumologica).

<p>Malattie rare- Eموفيليا e malattie congenite della coagulazione</p>  <p>Hub: Centro Emostasi Azienda Ospedaliera di Parma S: spoke Servizio trasfusionale AUSL Piacenza U.O. Medicina Interna I AO Reggio Emilia U.O. Ematologia AO Modena U.O. Angiologia AO Bologna U.O. Ematologia e fisiopatologia della coagulazione AO FE Servizio trasfusionale AUSL Cesena Servizio trasfusionale AUSL Ravenna</p>	<p>Nel Piano Sanitario 2006-2008 l'Azienda viene inoltre confermata nel suo ruolo hub (unico in tutta la regione) per il coordinamento della rete per le malattie emorragiche congenite.</p>
<p>L'Assistenza intensiva perinatale e pediatrica finalizzata alla riduzione della mortalità perinatale e infantile è garantita dal centro hub di Terapia intensiva neonatale.</p>	<p>Terapia Intensiva neonatale</p>  <p>Legenda e criteri H Hub = TIN (1 ogni 5000 nati) S Neonatologia (1 ogni 12000 unità di popolazione 0-14 anni) * Nido (1 ogni 5000 unità di popolazione 0-14 anni)</p>
<p>Alte Specialità Riabilitative <u>UNITA' SPINALI</u></p>  <p>Legenda: H = Hub: Unità Spinale Unipolare h = Hub: Unità Spinale a rete s = Spoke: Trauma Center Criteri: Unità Spinale Unipolare = (20 p.l.) coincidente con Trauma Center</p>	<p>L'Azienda Ospedaliero-Universitaria entra nella rete integrata dei servizi anche con funzione di 2° livello (spoke), relativamente alla riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione acquisita (Progetto GRACER) e delle persone affette da gravi disabilità in genere, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina Riabilitativa).</p>
<p>Alte Specialità Riabilitative <u>UGC - Unità Gravi Cerebrolesioni</u></p>  <p>Legenda: H = Hub: Unità Gravi Cerebrolesioni s = Spoke: Presidi Ospedalieri con Rianimazione</p>	

Infine ha un ruolo spoke all'interno del progetto Sistema trasfusionale-piano sangue, grazie all'Immunoematologia e Trasfusionale.

Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Percentuale posti letto per funzioni hub definite a livello regionale

Funzioni hub		posti letto al 31.12.2006	% posti letto sul totale ordinari
07	Cardiochirurgia	20	2%
08	Cardiologia	16	1%
50	UTIC	20	2%
47	Centro ustioni	8	1%
48	Nefrologia/trapianti	8	1%
49	Terapia intensiva	38	3%
30	Neurochirurgia	31	3%
18	Ematologia CTMO	15	1%
73	Neonatologia T.I.	10	1%
Totale pl funzioni hub		166	15%
Totale posti letto ordinari al 31.12.2006		1094	

La tabella di fianco illustra le percentuali di posti letto riservati alla funzione hub per ciascuna delle specialità hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; essi rappresentano il 15% del totale dei posti letto ordinari.

Percentuale di ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub

MOBILITA' PER DISCIPLINA DI RICOVERO (Regime Ordinario)						
ANNO 2006						
Disciplina di ricovero		Ricoveri in Azienda Osp/Univ. Parma	di cui			
FUNZIONI HUB			residenti extra provincia	% ricoveri extra Prov.	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
07	Cardiochirurgia	793	324	41%	49	6%
08	Cardiologia	1809	100	6%	155	9%
50	UTIC	1250	34	3%	64	5%
47	Centro Ustioni	111	55	50%	30	27%
48	Nefrologia/Trapianti	196	45	23%	84	43%
49	Terapia Intensiva	2076	608	29%	255	12%
30	Neurochirurgia	1157	304	26%	282	24%
18	Ematologia CTMO	283	11	4%	16	6%
73	Neonatologia T.I.	130	46	35%	11	8%
TOTALE FUNZIONI HUB		7805	1527	20%	946	12%

Nel 2006, dei 7.805 ricoveri effettuati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione di hub, il 20% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell'Emilia-Romagna, mentre nel 12% dei casi si è trattato di cittadini residenti in altre regioni. La mag-

giore quota di ricoveri extra-provincia è trattata presso il Centro Ustioni (50%), la Cardiochirurgia (41%) e la Neonatologia (35%), confermando il ruolo preminente che tali attività di alta specializzazione svolgono nell'ambito regionale.

Percentuale di ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub

FUNZIONI NON HUB		Ricoveri in AOU Parma	di cui			
			Residenti extra provincia	% ricoveri extra Prov.	Residenti extra RER	% ricoveri extra RER
09	Chirurgia Generale	3479	224	6%	374	11%
10	Maxillo-Facciale	686	165	24%	257	37%
11	Chirurgia Infantile	1351	536	40%	275	20%
12	Chirurgia Plastica	764	177	23%	120	16%
13	Chirurgia Toracica	398	51	13%	92	23%
14	Chirurgia Vascolare	628	29	5%	55	9%
21	Geriatrica	1941	13	1%	40	2%
24	Malattie Infettive	859	50	6%	81	9%
26	Medicina generale	5366	150	3%	306	6%

FUNZIONI NON HUB	Ricoveri in AOU Parma	di cui				
		Residenti extra provincia	% ricoveri extra Prov.	Residenti extra RER	% ricoveri extra RER	
29	Nefrologia	382	7	2%	60	16%
32	Neurologia	1023	56	5%	76	7%
34	Oculistica	1024	171	17%	202	20%
36	Ortopedia e Traumatologia	3287	212	6%	323	10%
37	Ostetricia e Ginecologia	3930	236	6%	259	7%
38	Otorinolaringoiatria	1631	258	16%	370	23%
39	Pediatria	2649	386	15%	218	8%
40	Psichiatria	485	28	6%	48	10%
43	Urologia	1413	100	7%	158	11%
51	Astanteria Med. d'Urgenza	2225	47	2%	149	7%
52	Dermatologia	136	11	8%	10	7%
56	Riabilitazione	118	3	3%	5	4%
58	Gastroenterologia	817	33	4%	50	6%
60	Lungodegenza	1952	41	2%	78	4%
62	Neonatalogia	570	63	11%	17	3%
64	Oncologia	767	64	8%	82	11%
65	Pediatria e Oncoematologia	489	143	29%	159	33%
68	Pneumologia	1351	52	4%	116	9%
TOTALE FUNZIONI NON HUB	39721	3306	8%	3980	10%	

Per ciò che concerne i ricoveri di residenti extra-provincia ed extra-regione su funzioni non hub, si segnalano percentuali di ricovero del 40% e del 29% per cittadini residenti extra-provincia, relativi, rispettivamente, alla

Chirurgia Pediatrica e alla Pediatria e Oncoematologia, trattando quest'ultima anche il 33% di ricoveri per pazienti provenienti da fuori regione.

Indicatori di attività dei centri hub – indice (percentuale) di fuga

FUNZIONI HUB	Ricoveri nei Presidi Provincia di PR	% Ricoveri extra Prov.	% Dimessi Extra Regione	
07	Cardiochirurgia	336	3%	20%
08	Cardiologia	2422	3%	14%
47	Centro Ustioni	26	0%	4%
48	Nefrologia/Trapianti	67	3%	5%
49	Terapia Intensiva	1386	5%	2%
30	Neurochirurgia	483	4%	17%
18	Ematologia CTMO	253	11%	5%
73	Neonatalogia T.I.	66	16%	7%

Indicatori di attività dei centri hub - alta specialità e complessità della casistica trattata

FUNZIONI HUB	% Ricoveri di alta specialità	Indice di operatività	Punto Medio	
07	Cardiochirurgia	93%	94%	5,18
08	Cardiologia	82%	79%	2,05
47	Centro Ustioni	98%	74%	3,20
48	Nefrologia/Trapianti	29%	38%	1,83
49	Terapia Intensiva	69%	63%	3,88
30	Neurochirurgia	80%	83%	2,15
18	Ematologia CTMO	78%	-	2,87
73	Neonatalogia T.I.	75%	-	1,58

Nota: gli indicatori sono stati elaborati sul reparto di ricovero (compreso i trasferimenti)

L'alta complessità della casistica trattata per le specialità con funzioni hub è confermata dal dato del punto medio del DRG, in particolar modo per la Cardiochirurgia (5,18), la Terapia Intensiva (3,88) ed il Centro Ustioni (3,20). L'indice di operatività, che rappresenta il rapporto percentuale tra il numero di ricoveri con intervento all'interno di un reparto chirurgico e il numero totale di ricoveri in quello stesso reparto, indica che la maggior parte dei ricoveri avvenuti in tali reparti, con una percentuale che va dal 74% del Centro Ustioni al 94% della Cardiochirurgia, sono stati seguiti da intervento chirurgico.

Attività ospedaliera

Ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione è il rapporto tra il numero di pazienti dimessi residenti nella Provincia di Parma e la popolazione residente per 1.000 abitanti. Al fine di eliminare l'effetto che la diversa distribuzione dell'età nella popolazione può avere sul tasso di ospedalizzazione, significativamente correlato con l'età, viene utilizzato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, per gli anni esaminati.

Nella Provincia di Parma il tasso di ospedalizzazione ha avuto una lieve flessione negli ultimi anni, raggiungendo nel 2006, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 139,11 per 1.000 abitanti, perfettamente in linea con la media regionale, pari a 139,05 per 1000 abitanti. Per i ricoveri in regime di day hospital, si è avuta una riduzione del tasso di ospedalizzazione per i day hospital chirurgici (26,10 del 2004 vs 24,14 del 2006), mentre è lievemente aumentato per i day hospital medici. La riduzione del tasso di ospedalizzazione standar-

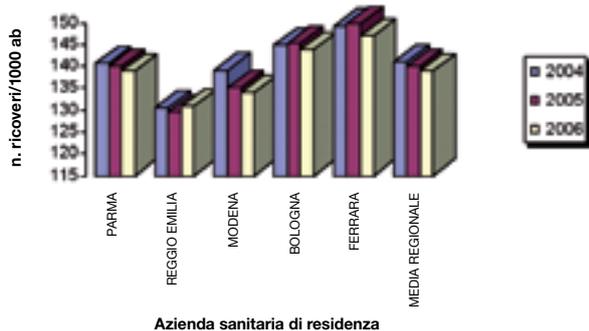
dizzato della provincia probabilmente è riconducibile allo sforzo comune, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL, di veicolare alcune attività sanitarie, prima effettuate in regime di degenza, verso altre forme assistenziali, quali l'assistenza ambulatoriale; in particolare, la costituzione di percorsi ambulatoriali negli ultimi due anni sta sostituendo i percorsi diagnostici erogati precedentemente in regime di day hospital, secondo le indicazioni regionali e al fine di aumentare l'appropriatezza dei ricoveri.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP - anno 2006

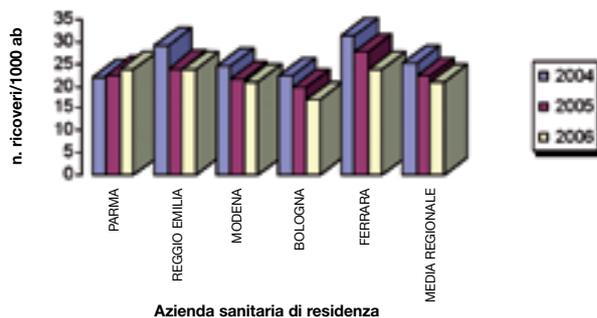
Azienda di residenza	Regime Ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOSP	Tot.	di cui AOSP	Tot.	di cui AOSP
PARMA	139,11	75,11	23,71	13,01	24,14	7,27
REGGIO EMILIA	130,92	56,35	23,95	14,86	36,79	10,43
MODENA	134,19	36,24	20,87	6,36	24,74	5,43
BOLOGNA	143,76	50,73	17,12	7,64	19,64	4,37
FERRARA	147,04	61,98	23,84	14,97	33,02	12,21
TOTALE	139,05	53,48	21,00	10,32	26,20	7,13

Grafico 8: Tassi di ospedalizzazione standardizzati - anni 2004-2006

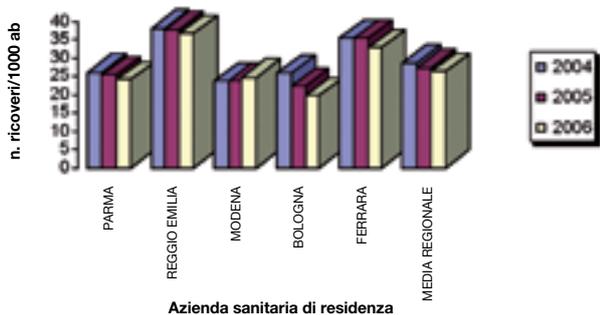
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Confronto tra le Aziende sanitarie regionali. Regime ordinario



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Confronto tra le aziende sanitarie regionali. Regime DH medico



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Confronto tra le aziende sanitarie regionali. Regime DH chirurgico



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella Provincia di Parma

Azienda di residenza Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOSP	Tot.	di cui AOSP	Tot.	di cui AOSP
2004	140,62	77,33	22,08	12,44	26,10	8,37
2005	139,94	76,60	22,56	12,27	25,50	8,08
2006	139,11	75,11	23,71	13,01	24,14	7,27

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. È inclusa la mobilità passiva extraregionale 2005. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 1/1/2006. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella residente al 1/1/2005.

Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 75,11% nel 2006, per il regime ordinario, in calo rispetto ai due anni precedenti. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale, a conferma di come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria costituisca l'ospedale di riferimento dell'intera provincia, accogliendo il maggior numero di casi, con la più elevata complessità.

Ricoveri in regime ordinario e in day hospital

Il ricovero ospedaliero si può realizzare mediante il regime ordinario, in cui il paziente entra in ospedale, vi permane alcuni giorni con pernottamento; c'è poi un regime alternativo, diurno, o day hospital, medico e chirurgico (day surgery), in cui il paziente non soggiorna in ospedale, ma vi svolge, in maniera anche non continuativa, tutti gli approfondimenti del caso.

Nell'ultimo triennio a Parma si è registrato un calo del numero totale dei ricoveri del 2% circa, in linea con il contesto regionale, mentre si mantiene pressappoco costante il rapporto tra degenza in regime ordinario e in day hospital.

Dimessi in regime ordinario e day-hospital - Tutte le Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna nel 2006

Azienda di ricovero	Regime Ordinario		Day-Hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
AOSP PARMA	42.596	308	10.787	32	53.383	340	79,79	20,21	0,64
AOSP REGGIO E.	32.130	81	15.091	93	47.221	174	68,04	31,96	0,37
AOSP MODENA	33.336	454	11.511	101	44.847	555	74,33	25,67	1,24
AOSP BOLOGNA	59.574	1035	14.002	20	73.576	1055	80,97	19,03	1,43
AOSP FERRARA	28.936	21	13.334	4	42.270	25	68,46	31,54	0,06
II.OO.R.	16.447	1171	2.444	0	18.891	1171	87,06	12,94	6,20
TOTALE	213.019	3070	67.169	250	280.188	3320	76,03	23,97	1,18

Riepilogo Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma 2004-2006

AOSP PARMA	Regime Ordinario		Day-Hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2004	43.420	325	10.825	43	54.245	368	80,04	19,96	0,68
2005	43.261	331	10.788	20	54.049	351	80,04	19,96	0,65
2006	42.596	308	10.787	32	53.383	340	79,79	20,21	0,64

Riepilogo Regione Emilia-Romagna 2004-2006

TOTALE Aziende ospedaliere RER	Regime Ordinario		Day-Hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2004	218.498	2882	78.707	263	297.205	3145	73,52	26,48	1,06
2005	216.956	3.014	71.481	236	288.437	3250	75,22	24,78	1,13
2006	213.019	3070	67.169	250	280.188	3320	76,03	23,97	1,18

Per quanto riguarda i ricoveri in area chirurgica, essi rappresentano nel 2006 circa il 41% dei ricoveri totali, discostandosi poco da quella che è la media regionale

(41,8%); in questi ultimi tre anni la percentuale di ricoveri chirurgici sul totale si è mantenuta su livelli costanti.

Casi chirurgici sul totale dei ricoveri - Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna nel 2006

Azienda di ricovero	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale	% casi chirurgici sul totale ricoveri
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione		
AOSP PARMA	53.383	340	21.832	311	40,9%	91,5%
AOSP REGGIO E.	47.221	174	17.458	86	37,0%	49,4%
AOSP MODENA	44.847	555	20.889	529	46,6%	95,3%
AOSP BOLOGNA	73.576	1055	27.413	886	37,3%	84,0%
AOSP FERRARA	42.270	25	17.123	24	40,5%	96,0%
II.OO.R.	18.891	1171	12.457	1135	65,9%	96,9%
TOTALE	280.188	3320	117.172	2971	41,8%	89,5%

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale

Azienda di ricovero		Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale ricoveri	% casi chirurgici sul totale ricoveri in libera professione
		Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione		
2004	AOSP PARMA	54.245	368	21.785	348	40,20%	94,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	297.205	3145	116.287	2963	39,10%	94,2%
2005	AOSP PARMA	54.049	351	21.535	328	39,80%	93,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	288.437	3250	116.278	2957	40,30%	91,0%
2006	AOSP PARMA	53.383	340	21.832	311	40,9%	91,5%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	280.188	3320	117.172	2971	41,8%	89,5%

In riferimento all'attività di ricovero svolta in libera professione, si evidenzia come le quote rispetto al totale dei ricoveri sono minime, in linea con quello che è il quadro delle altre Aziende Ospedaliero-Universitarie dell'Emilia-Romagna e sono da attribuire quasi interamente a ricoveri di tipo chirurgico.

Complessità della casistica espressa in peso medio DRG

Il sistema di classificazione DRG dei ricoveri (Diagnosis Related Groups) esprime l'assorbimento di risorse

e, quindi, il suo valore è direttamente proporzionale alla complessità dell'attività di ricovero svolta. Il peso medio viene calcolato per disciplina di dimissione ed è il rapporto tra i punti DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa. L'indice di case-mix (ICM) è il rapporto tra il peso medio per disciplina, calcolato in una struttura e un valore di riferimento, che è il peso medio per disciplina calcolato sull'intera regione. Valori superiori all'unità indicano una complessità della casistica superiore a quella di regionale di riferimento.

Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario

Disciplina	2004		2005		2006	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
008-CARDIOLOGIA	1,95	1,3	1,88	1,14	1,83	1,08
009-CHIRURGIA GENERALE	1,32	1,11	1,42	1,05	1,51	1,1
026-MEDICINA GENERALE	1,11	1,11	1,1	1,07	1,13	1,09
036-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,18	1	1,23	0,97	1,26	0,99
049-TERAPIA INTENSIVA	6,78	1,15	6,32	1,04	6,12	0,97
050-UNITA' CORONARICA	2,02	1,16	2,32	1,18	2,45	1,17
051-ASTANTERIA	0,7	0,85	0,73	0,82	0,77	0,87
021-GERIATRIA	1,1	1,06	1,05	1,02	1,07	1,03
024-MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,65	1,19	1,77	1,22	1,91	1,31
029-NEFROLOGIA	1,42	1,04	1,47	1,02	1,42	0,98
032-NEUROLOGIA	0,97	0,92	1,04	0,98	1,1	1,02
034-OCULISTICA	0,55	0,98	0,63	0,94	0,64	0,95
037-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,48	0,99	0,63	1,02	0,63	1,03
038-OTORINOLARINGOIATRIA	0,7	0,96	0,96	0,99	0,94	0,96
039-PEDIATRIA	0,82	1,05	0,66	0,89	0,64	0,9
043-UROLOGIA	0,99	1,02	1,05	1,02	1,05	1
058-GASTROENTEROLOGIA	1,02	0,89	1,06	0,88	1,13	0,95
062-NEONATOLOGIA	1,27	0,86	1,96	0,88	2,07	0,99
068-PNEUMOLOGIA	1,42	0,93	1,52	0,94	1,41	0,88
031-NIDO	0,83	0,86	1,34	1,15	0,76	0,6
014-CHIRURGIA VASCOLARE	1,73	0,92	1,93	1,01	1,95	1,03
011-CHIRURGIA PEDIATRICA	0,76	0,97	0,84	0,99	0,83	0,98
013-CHIRURGIA TORACICA	2,23	1,11	2,3	1,05	2,45	1,12
073-TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	1,45	0,99	2,17	1,03	1,63	0,8

Disciplina	2004		2005		2006	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
010-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1,61	1,28	1,84	1,24	1,85	1,28
012-CHIRURGIA PLASTICA	1,42	1,21	1,6	1,15	1,47	1,07
030-NEUROCHIRURGIA	2,24	1,13	2,34	1,22	2,29	1,19
064-ONCOLOGIA	0,91	0,73	1,22	0,92	1,23	0,95
018-EMATOLOGIA	3,05	0,68	2,66	0,79	2,44	0,74
052-DERMATOLOGIA	0,8	0,84	0,83	0,81	0,9	0,86
047-GRANDI USTIONATI	4,37	0,89	2,67	0,67	2,89	0,77
007-CARDIOCHIRURGIA	4,99	1,04	4,85	1,03	5,07	1,04
048-NEFROLOGIA TRAPIANTI	1,83	1,21	2,09	1,25	1,87	1,18
065-PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	1,03	0,55	1,33	0,72	1,62	0,74
Totale Stabilimento	1,26	1,14	1,35	1,13	1,37	1,13
TOTALE PUBBLICO	1,1	1	1,19	1	1,21	1

Dall'analisi dei pesi medi di ricovero delle diverse discipline dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si evidenzia che c'è stato un incremento negli ultimi tre anni del punto DRG medio in DO, che è passato da 1,26 del 2004 a 1,37 del 2006, indicando il trattamento di patologie sempre più complesse in regime di ricovero ordinario. Per quanto riguarda i ricoveri ad alta complessità con

peso medio superiore a 2,5, dalla tabella seguente si nota come ci sia stato dal 2004 al 2006 un aumento percentuale dei ricoveri con tali caratteristiche, che sono passati dal 7,6% di tutti i ricoveri del 2004, al 10% del 2006. Queste quote sono state, nel triennio analizzato, sempre al di sopra delle medie delle Aziende ospedaliere della regione Emilia-Romagna.

Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5 sul totale dei casi ordinari

Aziende di ricovero		Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2,5	% ricoveri di peso > 2,5 sul totale
2004	AOSP PARMA	43.420	3.293	7,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	218.498	13.311	6,1%
2005	AOSP PARMA	43.261	4.089	9,5%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	216.956	17.483	8,1%
2006	AOSP PARMA	42.596	4.264	10,0%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	213.019	18.043	8,5%

Ricoveri potenzialmente inappropriati

La Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 1872 del 2004 contiene un elenco di DRG ad elevato rischio di inappropriata organizzativa. Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie

avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. La quota di ricoveri potenzialmente inappropriati nell'Ospedale di Parma è del tutto sovrapponibile alla media regionale ed è in continuo decremento.

Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da D.G.R. 1872/2004 su totale dimessi

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale ricoveri
2004	AOSP PARMA	1.785	52.799	3,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	9.835	288.317	3,4%
2005	AOSP PARMA	1.712	52.257	3,3%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	9.075	279.172	3,3%
2006	AOSP PARMA	1.575	51.340	3,1%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.333	271.057	3,1%

(*) Ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata >1 giorno ed età compresa tra 16 e 64 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella Tavola 1 dell'Allegato alla DGR 1872/2004.

Tempi di attesa

L'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006, poi ripresa dalla Delibera regionale numero 1531 del 6.11.2006, contenente accordi per il triennio 2006-2008 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, ha definito il monitoraggio dei tempi di attesa per il ricovero nel caso di determinate patologie/prestazioni, fissando gli obiettivi da rispettare. E' stata definita la percentuale di casi da effettuare entro un predefinito periodo di attesa (periodo intercorso tra il momento della prenotazione della prestazione e il momento del ricovero espresso in giorni).

In modo particolare vengono individuate alcune aree prioritarie, di cui sono stati fissati gli obiettivi da raggiungere.

1. Area oncologica

in ricovero ordinario

- interventi chirurgici per tumore della mammella: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento¹,
- interventi chirurgici per tumori colon-retto: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento¹,
- interventi chirurgici per tumore della prostata (definizione degli obiettivi da parte della Regione),
- interventi ginecologici per tumori dell'utero: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento¹;

in day hospital/day surgery

- chemioterapia: entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista (Conferenza Stato-Regioni seduta 11 luglio 2002).

2. Area cardiovascolare

in ricovero ordinario

- by pass aorto-coronarico: 90% dei pazienti entro 60 giorni,
- angioplastica coronarica (PTCA): 90% dei pazienti entro 60 giorni,
- endoarteriectomia carotidea: 90% dei pazienti entro 90 giorni,
in day hospital/day surgery
- coronarografia: 50% dei pazienti entro 60 giorni, 100% dei pazienti entro 180 giorni (Piano Nazionale contenimento liste d'attesa per il triennio 2006-2008).

3. Area geriatrica

in ricovero ordinario

- intervento protesi d'anca: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 giorni,
in day hospital/day surgery
- cataratta: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 giorni.

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2006.

¹ Dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico

Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 - Parma e provincia, 2006

	Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa (>0 gg)	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)							
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	>120 gg	>180 gg	
AREA ONCOLOGICA											
CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL+Privato	612	588	4	7,2	96,8	98,8	99,1	99,3	99,5	0,7
	Az.Ospedaliera	122	16	3	86,9	100	100	100	100	100	0
	Totale	734	594	4	20,4	96,9	98,8	99,1	99,3	99,5	0,7
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	20	20	10	0	100,0	100	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	20	20	21	0	75,0	90,0	96,0	100	100	0
	Totale	54	54	20	0	85,2	96,3	98,1	100	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	99	90	23	6,1	66,7	87,1	93,5	98,9	100	0
	Az.Ospedaliera	251	244	19	2,8	88,1	94	98,6	100	100	0
	Totale	350	337	20	3,7	82,2	95	97,6	99,7	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	54	52	6	3,7	92,3	96,2	96,2	98,1	100	0
	Az.Ospedaliera	29	26	14	0	100	100	100	100	100	0
	Totale	83	81	12	2,4	95,1	97,5	97,5	98,8	100	0
AREA CARDIOVASCOLARE											
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	31	31	41	0	38,7	67,7	87,1	96,8	96,8	3,2
	Az.Ospedaliera	195	80	40,5	4,3	36,4	70,9	87,2	95,5	100	0
	Totale	166	81	41	3,4	36,9	70,2	87,2	95,7	96,3	0,7
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	255	243	45	4,7	33,7	65,8	87,7	93,4	97,5	2,5
	Totale	255	243	45	4,7	33,7	65,8	87,7	93,4	97,5	2,5
	Az.Ospedaliera	156	121	5	2,4	80,4	95	98,2	98,2	98,2	0,8
BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	156	121	5	2,4	80,4	95	98,2	98,2	98,2	0,8
	Totale	156	121	5	2,4	80,4	95	98,2	98,2	98,2	0,8
	Az.Ospedaliera	156	121	5	2,4	80,4	95	98,2	98,2	98,2	0,8
AREA GERIATRICA											
CATARATTA (DH)	Az.USL+Privato	269	296	26	1,7	62	96,6	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	16	12	33	25	33,3	75	91,7	100	100	0
	Totale	285	308	26	2,5	60,9	96,6	99,7	100	100	0
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	170	100	132,5	27	14,6	30	40,6	45,4	50,5	41,5
	Az.Ospedaliera	267	263	63	15	3,0	8,7	25,1	28,4	36,7	43,3
	Totale	449	363	94	11,7	7,4	18,1	30,8	40,7	52,3	42,7

Dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico

(*) calcolati sul totale dei ricoveri con tempi di attesa superiori a 0 giorni.

Nota: Tempi di attesa calcolati secondo la data di prenotazione riportata sul tracciato del flusso SDO.

Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Regione Emilia-Romagna

	Totale ricoveri	Tot. ricoveri con attesa >= 90 gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)							
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
AREA ONCOLOGICA											
CHEMIOTERAPIA (DI)	Az. USL-Privato	6.604	4.032	7	30,9	94,7	96	93,8	99	93,1	93
	AOSP	4.633	2.285	6	32,1	95,7	93,2	93,5	99,6	99,7	92
	Totale	11.237	6.317	7	30,2	95,4	94,5	96,1	99,2	96,2	92,7
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az. USL-Privato	400	392	20	10	94	97,2	99	99,5	100	99
	Az. Ospedaliera	390	97	24	17	66,7	68,7	94,9	98,2	98,2	17
	Totale	790	489	20	17	70,6	84,6	97,7	99,1	99,5	99
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az. USL-Privato	2.396	2.068	16	4,5	94,6	95,7	97,1	99,1	99,1	99
	Az. Ospedaliera	1025	904	17	9,9	95,7	95,6	97,4	98,6	99,6	94
	Totale	3.421	3.002	16	5,9	94,9	95,7	97,2	98,2	99,3	97,7
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA (regime ordinario)	Az. USL-Privato	926	907	15	2,1	99	99,2	99,7	99,1	99,4	99
	Az. Ospedaliera	350	338	17	3,4	96,7	96,4	97,9	98,5	99,4	99
	Totale	1.276	1.245	15	2,4	98,4	97,8	98,5	99	99,4	99
AREA CARDIOVASCOLARE											
CORONARIOGRAFIA (DI)	Az. USL-Privato	387	332	19	9,2	73,2	91,3	95,2	96,1	96,4	3,6
	Az. Ospedaliera	260	207	21	14	70	83,6	87	92,8	96,6	3,4
	Totale	647	539	20	9,7	72	88,2	90	94,8	96,5	3,5
ENDOARTEIRECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az. USL-Privato	629	262	26	8,1	95,4	72,7	82,9	89,4	96,5	2,5
	Az. Ospedaliera	623	587	26	9	44,8	69,8	85,7	94,9	98,9	1,8
	Totale	1.252	849	26	8,5	90,9	71,5	84,1	92,7	97,5	2,5
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az. USL-Privato	3.023	2.697	10	0,8	87,8	96,7	98,5	99	99,2	0,7
	Az. Ospedaliera	1536	1.258	17	10,1	70,7	88,2	95,3	97,5	99,1	0,9
	Totale	4.559	3.955	12	8,2	82,3	94	97,5	98,5	99,2	0,8
BY-PASS AORTOCORONARICO (regime ordinario)	Az. USL-Privato	1042	977	10	6,2	90	98,8	99,6	99,7	99,8	0,2
	Az. Ospedaliera	297	326	12	6,4	77,4	91,7	96,7	98,5	99,4	0,6
	Totale	1.339	1.303	10	6,8	86,7	97	98,9	99,4	99,7	0,2
AREA GERIATRICA											
CATARATTA (DI)	Az. USL-Privato	7.790	7.595	20	3,5	41,7	66,9	79,2	88,1	97,1	2,9
	Az. Ospedaliera	579	593	66	4,3	36,2	49,5	59,6	63,5	94	4,1
	Totale	8.369	8.188	29	3,6	41,5	65,7	77	86,4	96,5	3,1
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az. USL-Privato	4.199	3.399	65	4,8	25,3	47,6	69,2	89,5	95	17
	Az. Ospedaliera	2.276	2.225	60	1,5	64	17,5	27,2	39,2	69,2	29,8
	Totale	6.475	5.624	96	3,7	29,3	26,7	48,2	89,1	74,7	26,2

Per gli interventi monitorati dell'area oncologica, nel 2006 è stato raggiunto l'obiettivo regionale per la chemioterapia e l'intervento per neoplasia della mammella (100% entro 30 giorni); per quanto riguarda le restanti chirurgie oncologiche, il mancato conseguimento dell'obiettivo regionale va attribuito in parte ai trattamenti pre-operatori (radio-chemioterapia adiuvante), cui i pazienti vengono sottoposti prima dell'intervento chirurgico. Per il tumore del colon-retto, la difficoltà è attribuibile alla attivazione dello screening nel 2006, che ha determinato un incremento degli interventi chirurgici, a conferma dell'efficacia dello screening, ma parallelamente richiedendo un adeguamento dell'offerta nel corso del 2007. Per il tumore della prostata, non è stato ancora definito l'obiettivo dalla Regione.

Per l'area geriatrica, in cui la Regione pone come obiettivo il raggiungimento del 50% degli interventi entro 90 gg e il 90% entro 180 gg, ottima è la risposta relativamente agli interventi di cataratta nel 2006, che a 90 giorni, sono effettuati nella misura del 92% e a 180 giorni del 100%. Più problematica appare la condizione degli interventi di protesi d'anca, che presenta valori che si discostano alquanto dagli obiettivi regionali, mettendo in luce una situazione che interessa l'intera provincia di Parma e, più in generale, le Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, che presentano una percentuale di esecuzione dell'intervento a 180 giorni del

60%. Questo è dovuto ad un cospicuo incremento della domanda, al quale non sempre il diffuso incremento di offerta è stato in grado di rispondere pienamente. Per quanto riguarda l'area cardiovascolare, eccellenti sono i risultati per le procedure di angioplastica, by-pass aortocoronarico e endoarteriectomia carotidea, che a 90 giorni presentano una percentuale di esecuzione pari rispettivamente al 87,7%, 99,2% e 87,2%.

Accessi in Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

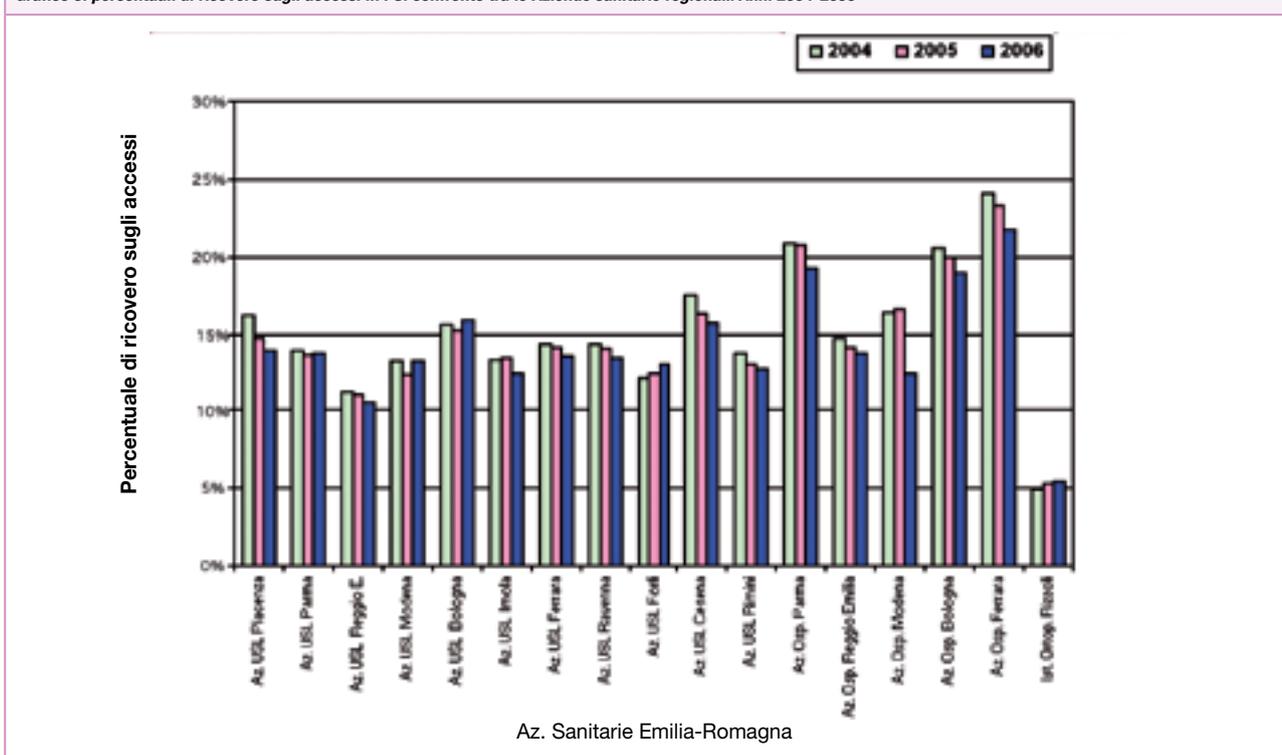
Nell'anno 2006 gli accessi in PS sono cresciuti del 2,72% rispetto al 2005, ciò a conferma del trend registrato negli ultimi anni.

E' importante sottolineare che dagli accessi al Pronto Soccorso qui riportati sono esclusi i casi oculistici, pediatrici ed ostetrico-ginecologici, che per la maggior parte accedono direttamente al reparto. Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assorbe circa il 68% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che si è mantenuta stabile negli ultimi 3 anni.

Accessi e ricoveri da PS nella Provincia di Parma confronto regionale, anni 2004-2006

	2004			2005			2006		
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	76.871	16.043	20,87	77.557	16.066	20,72	79.723	15.401	19,32
AUSL Parma	35.002	4.896	13,99	36.529	5.009	13,71	36.712	5.063	13,79
Totale	111.873	20.939	18,72	114.086	21.075	18,47	116.435	20.464	17,58
Regione ER	1.674.237	258.212	15,42	1.730.219	258.876	14,96	1.774.416	256.280	14,44
% accessi AOU Parma	68,71			67,98			68,47		

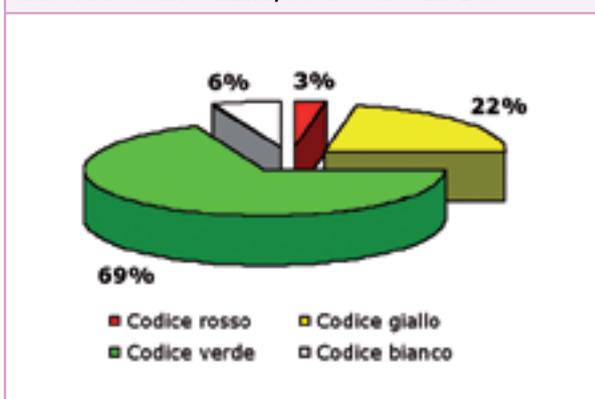
Grafico 9: percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto tra le Aziende sanitarie regionali. Anni 2004-2006



Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Dall'analisi dei dati del 2006, in base alla suddivisione in codice colore, cioè sulla base del grado di urgenza del caso, risulta che il 69% della casistica è rappresentata dai codici verdi, seguita dai codici gialli (22%), dai codici bianchi (6%) e infine dai codici rossi (3%). L'elevata percentuale di codici verdi tra gli accessi in PS indica che in molti casi si ricorre al PS in maniera inappropriata, in presenza di problematiche trattabili anche a domicilio.

Grafico 10: accessi in PS suddivisi per codice colore - anno 2006



Analizzando anche gli accessi da parte della popolazione straniera, si è potuto vedere come nel 2006 il 14% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri; l'87% degli accessi è rappresentato da codici verdi e i codici bianchi, indicando il ricorso al PS spesso per casi poco complessi.

Per quanto riguarda i reparti di ricovero, il 21% è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, il 12% in Chirurgia d'Urgenza e il 9% in Ortopedia.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'Osservazione Breve Intensiva è un'attività assistenziale svolta in aree funzionali annesse al Pronto Soccorso e/o alla Medicina d'Urgenza con finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione.

Le funzioni dell'OBI sono, per quanto riguarda le patologie urgenti, la valutazione diagnostica, l'osservazione longitudinale e la terapia a breve termine; di conseguenza l'attesa migliora l'appropriatezza dei ricoveri.

Tutti gli indicatori dell'attività in OBI rispettano gli stan-

dard regionali; infatti il numero di pazienti che sono stati inseriti nell'OBI nel 2006 è di 3.546, ovvero il 4% di tutti gli accessi in PS (la Regione dà come indicazione un valore che deve essere compreso tra 3 e 8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 90%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%). Anche i tempi di osservazione (che devono essere compresi tra le 6 e le 24 ore) sono ampiamente rispettati, con una media che risulta essere di 14,6 ore.

Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2006

	Anno 2006	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	3546	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	4%	3-8%
Tempi medi di osservazione	14,6h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	90%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	69%	

Piano sangue

Per l'Unità Operativa di Immunoematologia e Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma l'indicazione degli obiettivi da raggiungere indicati dalla Regione Emilia-Romagna per l'anno 2006 sono contenuti nel "Piano Sangue Plasma Regionale per il triennio 2005-2007" articolato nei seguenti punti:

Autosufficienza regionale di emocomponenti e plasmaderivati e concorso all'autosufficienza nazionale

È il principale obiettivo del piano, che è stato ampiamente raggiunto in tutte le sue articolazioni:

- **Donatori:** incremento numerico dei donatori effettivi nella provincia di Parma (con aggiunta del recupero ulteriore relativo all'effetto della riduzione della maggior parte delle sospensioni a 4 mesi anziché un anno in applicazione al decreto 3.3.2005).
- **Raccolta:** obiettivo raggiunto con aumento del numero delle unità sangue raccolte e aumento delle unità in esubero inviate al CRCC di Bologna.
- **Plasma:** è stato raggiunto l'obiettivo di piano sia per il quantitativo di plasma inviato all'industria (convenzione regionale) per la produzione e recupero economico di plasmaderivati (albumina, fattori della coagulazione, immunoglobuline), sia per l'utilizzo clinico (ridotto in virtù di applicazione linee guida Comitato Buon Uso del Sangue - CBUS).
- **Plasmaderivati:** la gestione è del Servizio di Farmacia, nell'ottica di linee guida per la razionalizzazione dell'uso dell'albumina è stato prodotto in collaborazione interdisciplinare (anche con il SIT - Servizio Immuno-Trasfusionale) un documento condiviso che verrà acquisito dal CBUS.
- **Raccolta mediante sistema "Multicomponent":** non si è considerato necessario attivare questa metodica data l'attuale situazione di autosufficienza (accordo condiviso in sede di Comitato Speciale Sangue Plasma Provinciale - CSSPR).

Strategie alternative all'utilizzo di sangue omologo

Obiettivo raggiunto attraverso:

- ottimizzazione del rapporto unità di sangue autologo predepositate vs unità effettivamente utilizzate;
- adesione Linee Guida del CBUS condivise per la terapia trasfusionale;
- protocollo regionale con partecipazione del SIT di Parma per l'utilizzo dell'eritropoietina;
- monitoraggio continuo in sistema informatizzato dei consumi;
- è definito, in accordo con l'Ospedale di Vaio dell'Azienda USL di Parma, il programma T&S (unità di sangue 0 Rh positivo come scorta emoteca) che, su richiesta degli operatori dell'Ospedale stesso, sarà avviato a settembre 2007.

Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali

- Il più ampio sviluppo e integrazione delle strutture trasfusionali regionali è in fase di attuazione e se ne attende il completamento nel 2007.
- Il Programma Speciale Sangue Provinciale è confermato e operativo secondo le indicazioni regionali.
- La gestione esami NAT con accentramenti in punti strategici (razionalizzazione dei costi) è per il nostro SIT già attiva (esami NAT HCV e HIV eseguiti anche per il SIT di Piacenza).

Introduzione della biologia molecolare

Obiettivo raggiunto, con notevole impegno del personale, dato che il SIT di Parma effettua gli esami NAT anche per il SIT di Piacenza.

Sicurezza trasfusionale

- Obiettivo sicurezza donatori: ottimizzata la sicurezza della raccolta sangue attraverso l'utilizzo del Sistema Informatico unico per SIT e AVIS Provinciale.
- Obiettivo sicurezza Riceventi: è in via di attivazione il sistema di rilevazione eventi avversi attraverso il sistema PETRA (attualmente cartaceo); l'aumento ulteriore della sicurezza trasfusionale è attuato anche con la sperimentazione dell'HBV_NAT sulle unità trasfusionali; è in fase di attuazione il programma Regionale sulla identificazione del ricevente - Sistema Fultrace - che verrà sperimentato con la collaborazione dell'Unità Operativa di Oncoematologia Pediatrica; è inoltre in fase di studio un sistema di controllo con la Facoltà di Fisica della Università degli Studi di Parma e l'Unità Operativa di Ematologia.

Valorizzazione delle Associazioni di donatori

Si è attivata una campagna informativa con diversi strumenti per la promozione e implementazione della donazione di plasma e piastrine con particolare interesse alla conversione dei gruppi sanguigni meno utilizzabili (AB, B) concordata in sede di CSSPR; rinnovato l'opuscolo informativo sulla donazione; rivalutati i percorsi sangue - plasma - piastrine all'interno del SIT; proposta la attivazione di un diverso ristoro post donazione in linea con quanto già attuato dalla Direzione Sanitaria in altre sedi intraziendali.

Qualificazione del personale

Obiettivo raggiunto con partecipazione a convegni su tematiche mirate in sedi extraaziendali; formazioni sul campo e, come da piano regionale, è stato realizzato il Convegno sulla Sicurezza trasfusionale "Emovigilanza".

Assicurazione della Qualità

Obiettivo raggiunto con l'applicazione delle linee guida del CBUS proposte dal SIT ed estese ai Presidi Ospedalieri dell'AUSL. Linee guida proposte e approvate in sede di accreditamento del Dipartimento Chirurgico. Partecipazione alla stesura della check-list per i Centri trasfusionali presso l'Assessorato regionale. Esecuzione controlli interni. Attivazione a breve delle richieste emocomponenti in via informatizzata. Tracciabilità completa dalla donazione all'avvenuta trasfusione della linea sangue.

Sistema di informatizzazione

Obiettivo raggiunto con l'evidenza giornaliera delle scorte sangue e eccedenze e comunicazione con la rete dei SIT Regionali e con CRCC mediante il Sistema informatico SINPLAS.

Attività di terzo livello

- Obiettivo raccolta sangue cordonale raggiunto con l'attivazione nelle sedi dei reparti di Ostetricia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Ospedale di Vaio e del Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro.
- Utilizzo "GEL PIASTRINICO" sia in trattamento intra-

operatorio a pazienti chirurgici (Maxillo, Ortopedie) sia in trattamento ambulatoriale in day hospital (Chirurgia Vascolare, Medicina).

Attività trapiantologica

La rete per le donazioni e i trapianti di organi e tessuti del Servizio Sanitario Regionale è organizzata secondo un modello che prevede il collegamento tra centri di alta specializzazione e ospedali del territorio (hub and spoke). Secondo questo modello, i centri trapianto, le riattivazioni, le sedi delle banche di tessuti e cellule sono collegati tra loro e con il Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT-ER), il quale coordina tutte le attività di donazione e trapianto, le attività di raccolta dati e il coordinamento delle liste di attesa.

Relazione Procurement aziendale relativa all'anno 2006

Nell'anno 2006 sono stati valutati nell'Ospedale di Parma 111 casi di donatori multitessuto a cuore fermo, 6 dei quali sono stati effettivi donatori; sono stati prelevati 11 tessuti, escluse le cornee, mentre sono risultati non idonei alla donazione 87 casi e in 16 casi c'è stata opposizione alla donazione; in 2 casi non stati effettuati i prelievi per problemi tecnici. Per quanto riguarda le cornee, nel 2006 ne sono state prelevate 134. Sono stati segnalati 23 pazienti, di cui 15 sono stati i donatori di organi.

Attività trapiantologica

Trapianto	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cornea	44	55	56	61	41	57
Midollo	21 autologi 4 allogeni	16 autologi 4 allogeni	17 autologi 0 allogeni	25 autologi 1 allogeno	20 autologi 0 allogeni	19 autologi 1 allogeni
Rene	68 di cui 1 da vivente; 1 doppio trapianto	56 di cui 1 da vivente; 9 doppi trapianti	62 di cui 2 da vivente; 2 doppi trapianti	46 di cui 4 da vivente	53 di cui 3 da vivente 9 doppi trapianti	40 di cui 3 da vivente
Rene-pancreas	-	5	4	1	3	3

Monitoraggio dell'Accordo di fornitura

(per i contenuti dell'Accordo di fornitura vedi paragrafo "Accordo di Fornitura" nel capitolo 1)

Le attività relative all'Accordo di fornitura stipulato con l'Azienda USL di Parma, erogate a favore dei residenti nella provincia di Parma, riguardano:

1. il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa;
2. il recupero ricoveri in mobilità passiva;
3. la riduzione degli importi 2005 relativi ai ricoveri allo-

cati nelle Case di Cura della Provincia;

4. la riduzione tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca;
5. la riduzione parti cesarei;
6. l'assistenza specialistica ambulatoriale;
7. la somministrazione di farmaci.

Si riportano in basso le tabelle riepilogative delle diverse attività dell'Accordo di fornitura.

Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa

Ricoveri ordinari e in day hospital relativi ai DRG oggetto di monitoraggio - anni 2005 e 2006

DRG	2005	2006	Var. %	Var. (+/-)
088 M-Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	381	330	-13,4	-51
127 M-Insufficienza Cardiaca e Shock	967	899	-7	-68
294 M-Diabete, Età>35	155	137	-11,6	-18

Recupero ricoveri in mobilità passiva

Ricoveri ordinari e in day hospital relativi al set di DRG indicati dall'AUSL – anni 2005 e 2006					
DRG	2005	2006	Incremento annuo atteso	Var. (+/-)	Var. %
104, 105, 514, 515 Interventi valvole cardiache con cateterismo	158	160	45	2	1,3
516, 517, 518 Interventi sul sistema cardio-vascolare per via percutanea	1060	1.143	60	83	7,8
Protesi d'anca (Cod. ICD9-CM: 8151-8152-8153, ricoveri programmati)	234	237	40	2	0,9
372, 373, 374, 375 Parto vaginale	1.500	1.487	150	-13	-0,9
409, 410 Chemioterapia e Radioterapia	1020	1.309	150	289	28,3
148, 149, 493, 494 Interventi maggiori su intestino, Colectomia laparoscopica	747	812	0	65	8,7
257, 258, 259, 260 Interventi tumore mammella	300	317	50	17	5,7

Riduzione degli importi 2005 relativi ai ricoveri allocati nelle Case di Cura della provincia

Ricoveri ordinari disposti dal PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presso le CdC: numero dimessi, anno 2006						
Casa di Cura	2006	2005	Atteso 2006	Atteso 2005	Variazione rispetto all'atteso 2006	Variazione rispetto all'atteso 2005
CITTA' DI PARMA	936	1031	804	1005	132	26
PICCOLE FIGLIE	91	47	42	52	49	-5
VAL PARMA	162	117	111	138	51	-21
Totale	1189	1195	957	1195	232	0

Riduzione tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca

Tempi di attesa per gli interventi di protesi d'anca e rispetto dello standard regionale			
	2005	2006	Standard
Casi entro 90 gg dalla data di prenotazione (%)	29	30	≥ 50%
Casi entro 180 gg dalla data di prenotazione (%)	67	58	≥ 90%

Riduzione parti cesarei

Trend parti cesarei sul totale parti, anni 2002-2006										
	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Parti cesari	784	39%	753	36%	815	37%	733	33%	742	33%
Parti Totali	2007	100%	2097	100%	2178	100%	2233	100%	2229	100%

Assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni erogate, anni 2005-2006				
PRESTAZIONI	2005	2006	VAR	VAR %
D1-D.Strument.con radiaz.	103.910	108.706	4.796	4,60%
D2-D.Strument. no radiaz.	123.764	127.885	4.121	3,30%
D3-Biopsia	4.612	4.367	-245	-5,30%
D9-Altra diagnostica	12.130	12.169	39	0,30%
DIAGNOSTICA	244.416	253.127	8.711	3,60%
L1-Prelievi	175.423	183.118	7.695	4,40%
L2-Chimica clinica	1.026.068	1.127.714	101.646	9,90%
L3-Ematologia/coagulaz.	220.671	237.104	16.433	7,40%
L4-Immunoemat.e trasfusion.	3.953	4.421	468	11,80%

PRESTAZIONI	2005	2006	VAR	VAR %
L5-Microbiologia/virologia	99.995	113.894	13.899	13,90%
L6-Anatomia ed ist.patol.	10.553	11.551	998	9,50%
L7-Genetica/citogen.	6.540	8.414	1.874	28,70%
LABORATORIO	1.543.203	1.686.216	143.013	9,30%
R1-Riab.diagnostica	2.166	2.208	42	1,90%
R2-RRF	18.307	15.200	-3.107	-17,00%
R3-Terapia Fisica	1.625	1.354	-271	-16,70%
R9-Altra riabilitazione	1.985	1.328	-657	-33,10%
RIABILITAZIONE	24.083	20.090	-3.993	-16,60%
T1-Radioterapia	20.581	19.826	-755	-3,70%
T2-Dialisi	12.575	11.380	-1.195	-9,50%
T3-Odontoiatria	3.989	4.302	313	7,80%
T4-Trasfusioni	1.784	1.774	-10	-0,60%
T5-Chirurgia ambulatoriale	17.163	14.254	-2.909	-16,90%
T9-Altre prestaz. terapeutiche	51.749	48.161	-3.588	-6,90%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	107.841	99.697	-8.144	-7,60%
V1-Prima visita	207.987	209.368	1.381	0,70%
V2-Visita di controllo	174.588	171.246	-3.342	-1,90%
V3-Osservaz.breve intensiva	2.429	2.843	414	17,00%
VISITE	385.004	383.457	-1.547	-0,40%
TOTALE	2.304.547	2.422.497	117.950	5,10%

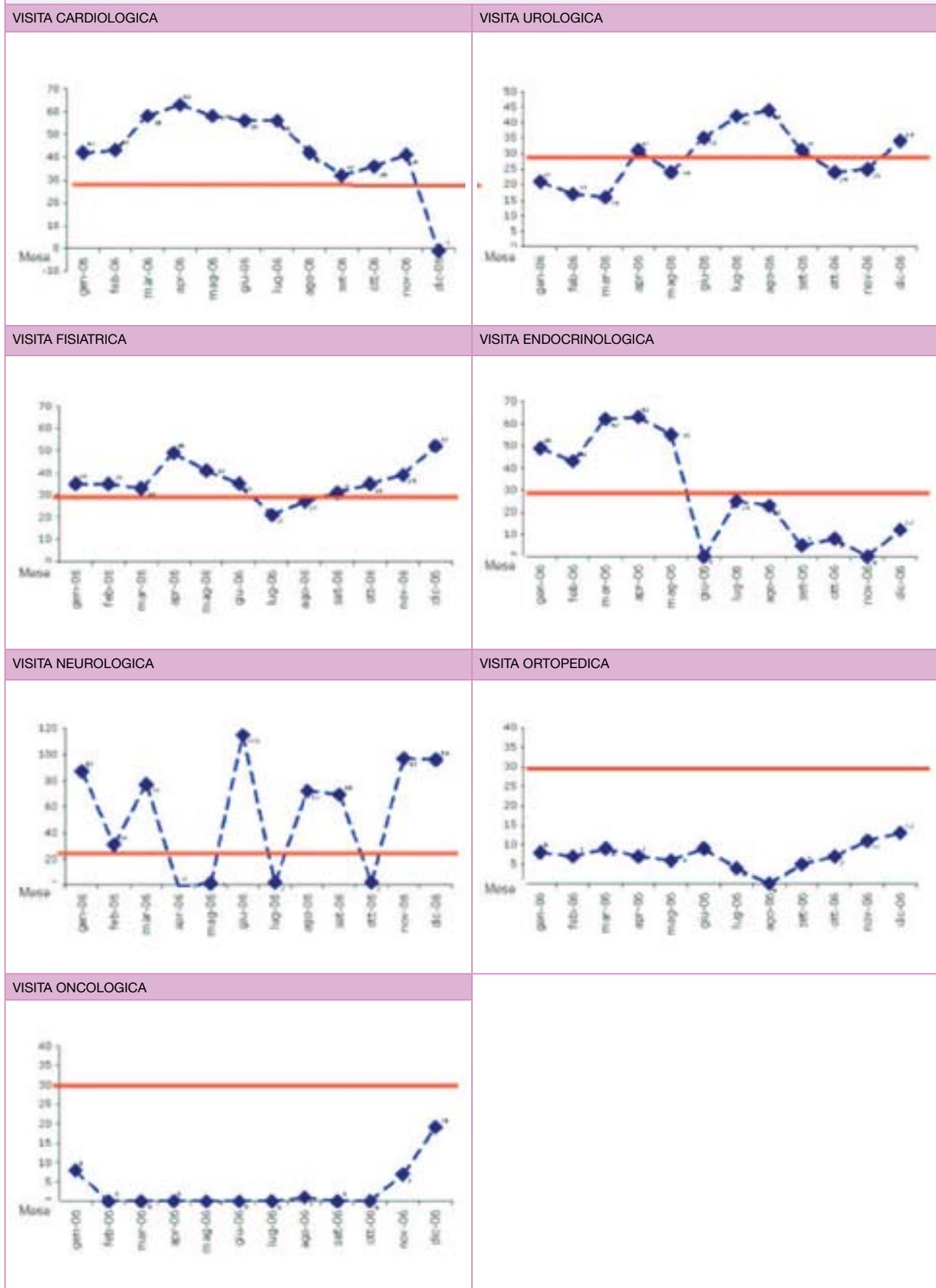
Monitoraggio volumi delle prestazioni critiche

DISCIPLINE EROGANTI	2005	2006	VAR	VAR %
V1-PRIMA VISITA	5.785	5.845	60	1,00%
V2-VISITA DI CONTROLLO	2.130	2.395	265	12,40%
CARDIOLOGIA	7.915	8.240	325	4,10%
V1-PRIMA VISITA	7.986	11.513	3.527	44,20%
V2-VISITA DI CONTROLLO	20.764	16.537	-4.227	-20,40%
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	28.750	28.050	-700	-2,40%
V1-PRIMA VISITA	4.030	4.359	329	8,20%
V2-VISITA DI CONTROLLO	1.423	1.611	188	13,20%
NEUROLOGIA	5.453	5.970	517	9,50%
V1-PRIMA VISITA	15.629	14.408	-1.221	-7,80%
V2-VISITA DI CONTROLLO	8.477	8.886	409	4,80%
OCULISTICA	24.106	23.294	-812	-3,40%
V1-PRIMA VISITA	7.870	7.842	-28	-0,40%
V2-VISITA DI CONTROLLO	1.486	1.815	329	22,10%
OTORINOLARINGOIATRIA	9.356	9.657	301	3,20%
V1-PRIMA VISITA	10.662	9.329	-1.333	-12,50%
V2-VISITA DI CONTROLLO	6.124	4.115	-2.009	-32,80%
DERMATOLOGIA	16.786	13.444	-3.342	-19,90%
ECOGRAFIA	34.545	38.395	3.850	11,10%
TOTALE	126.911	127.050	139	0,10%

L'effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è determinata, oltre che dalla tipologia di prestazioni e servizi forniti, anche dai tempi di attesa per le visite e gli esami specialistici ambulatoriali programmabili.

Attività ambulatoriale erogata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Gráfico 11: andamento dei tempi di attesa per le visite specialistiche oggetto di monitoraggio regionale - Anno 2006



Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Somministrazione farmaci

L'attività di prescrizione ed erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione ha fatto registrare un aumento di oltre il 14% nel 2006 rispetto al 2005.

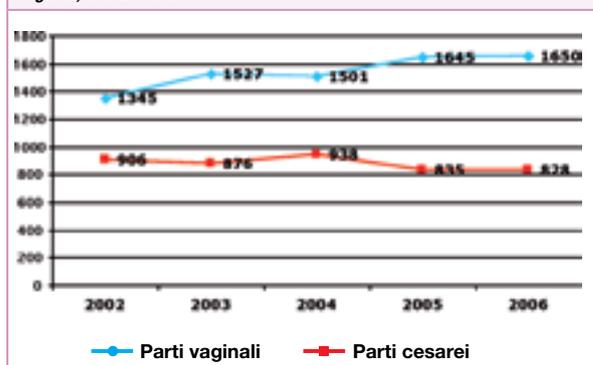
Erogazione diretta farmaci		
	2005	2006
Numero dei pazienti dimessi con farmaci	16.501	18.839
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fiale, compresse, cerotti...)	1.336.177	1.625.868
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	€ 360.565	€ 365.976

Qualità dell'assistenza

Parti con taglio cesareo

Negli ultimi cinque anni nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è assistito ad una netta riduzione dei parti cesarei sul totale dei parti effettuati, passando dal 40% di parti cesarei del 2002 al 33% del 2006, mostrando quindi un trend in aumento dell'esecuzione di parti naturali all'interno dell'Azienda.

Grafico 12: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: parti cesarei e parti vaginali, anni 2002-2006



Parti con taglio cesareo su totale parti (donne residenti in provincia di Parma e non)

AOU	Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
Parti vaginali	1345	60%	1527	64%	1501	62%	1645	66%	1650	67%
Parti cesarei	906	40%	876	36%	938	38%	835	34%	828	33%
TOTALE	2251	100%	2403	100%	2439	100%	2480	100%	2478	100%

Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

Per quel che riguarda tale altro indicatore della qualità dell'assistenza ospedaliera, si evidenzia dalla tabella sottostante che nel corso degli anni scorsi si sono verificati pochissimi casi di mortalità intraospedaliera per interventi chirurgici a basso rischio; 1 caso nel 2004, in seguito ad intervento di sostituzione d'anca, 1 caso nel 2005 e 3 casi nel 2006, che si sono verificati tutti in seguito a intervento di colecistectomia. Pur essendo con-

siderati a basso rischio di mortalità, gli interventi presi in esame restano comunque un atto chirurgico e come tali non del tutto privi di rischio, in quanto non è completamente controllabile la risposta che ogni individuo può dimostrare nei riguardi di farmaci e/o stress. Dai dati riportati, si deduce comunque che l'intervento chirurgico più a rischio di mortalità intraospedaliera, tra gli interventi a basso rischio, è la colecistectomia, dato questo supportato anche dal dato medio regionale.

Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

		2004		2005		2006	
		AOSP PARMA	Regione Emilia-Romagna	AOSP PARMA	Regione Emilia-Romagna	AOSP PARMA	Regione Emilia-Romagna
Mortalità Intraospedaliera	Numeratore	1	38	1	46	3	46
	Denominatore	1.354	24.707	1.093	22.327	1.095	23.045
	Indicatore	0,074	0,154	0,091	0,206	0,274	0,2
Isterectomia	Numeratore	.	3	.	5	.	3
	Denominatore	215	3.918	187	3.603	173	3.818
	Indicatore	.	0,077	.	0,139	.	0,079

Laminectomia	Numeratore	.	.	.	.	.	1
	Denominatore	223	3.754	188	3.714	185	3.533
	Indicatore	.	.	.	.	.	0,028
Colectomia	Numeratore	.	22	1	26	3	34
	Denominatore	408	5.915	1.397	5.842	421	5.701
	Indicatore	.	0,26	0,252	0,445	0,713	0,60
Prostatectomia	Numeratore	.	2	.	.	.	.
	Denominatore	163	2.427	.	.	.	.
	Indicatore	.	0,082	.	.	.	.
Sost. anca	Numeratore	1	8	.	7	.	4
	Denominatore	259	4.811	250	4.946	243	5.209
	Indicatore	0,27	0,12	.	0,14	.	0,08
Sost. ginocchio	Numeratore	.	3	.	8	.	4
	Denominatore	87	3.894	71	4.229	73	4.791
	Indicatore	.	0,077	.	0,189	.	0,083

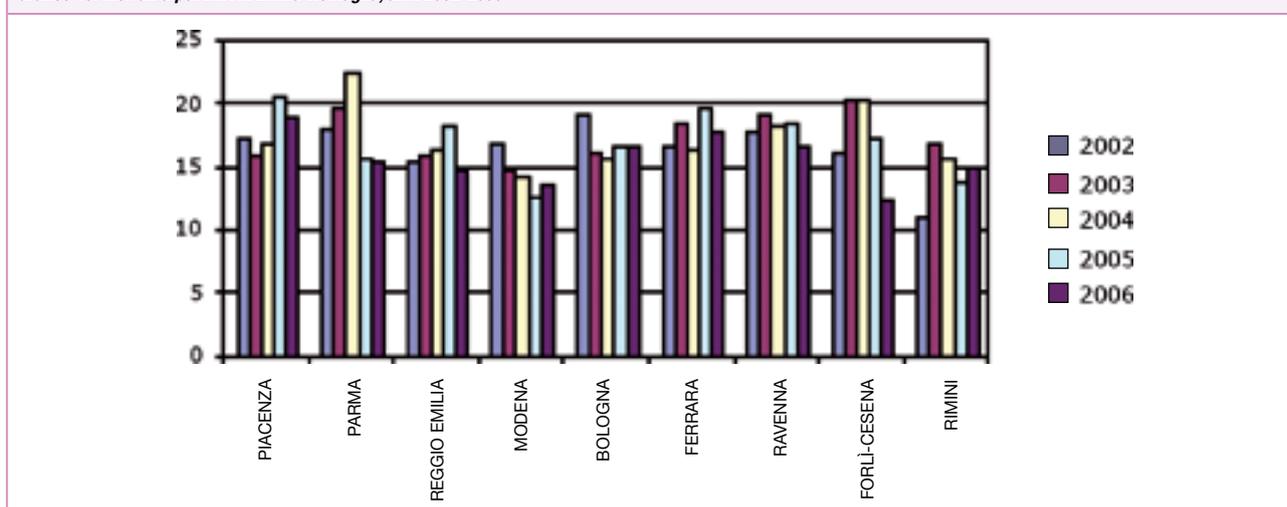
Mortalità per infarto miocardico acuto

La mortalità per tale patologia rappresenta un elemento importante di valutazione della tempestività delle cure prestate e della loro appropriatezza. Come si evince dalla tabella sottostante, negli ultimi 3 anni si è assistito ad una decisa riduzione del tasso di mortalità per IMA

che, dal 22,5% del 2004, è passato al 15,6% del 2006, valore perfettamente allineato con la media regionale; questa netta flessione probabilmente è da far risalire all'efficacia della rete cardiologica provinciale, messa in atto negli ultimi anni in collaborazione con la AUSL, per garantire un intervento migliore e più tempestivo.

Mortalità per IMA in Emilia-Romagna			
Provincia di ricovero	2004	2005	2006
PIACENZA	16,8	20,6	19
PARMA	22,5	15,7	15,5
REGGIO EMILIA	16,5	18,2	14,7
MODENA	14,4	12,7	13,5
BOLOGNA	15,8	16,7	16,7
FERRARA	16,5	19,8	17,9
RAVENNA	18,2	18,6	16,7
FORLÌ-CESENA	20,4	17,4	12,5
RIMINI	15,6	13,8	15
TOTALE	17	16,6	15,6

Gráfico 13: mortalità per IMA in Emilia-Romagna, anni 2002-2006



Ricerca e didattica

Attività di ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Negli ultimi anni il concetto di ricerca si sta ampliando, per inglobare, oltre alle sperimentazioni volte ad acquisire nuove conoscenze scientifiche, anche le strategie atte a favorire la loro implementazione nella pratica. La crescente rapidità con cui le informazioni scientifiche diventano disponibili rende sempre più importante la coesione tra il luogo della sperimentazione e quello della cura. A tale scopo il Servizio Sanitario Regionale (L.R. 29/2004) ha identificato la ricerca come sua funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione continua, rafforzando la collaborazione tra Aziende ospedaliere e Università. La pianificazione e gestione di programmi di ricerca integrati con l'assistenza implicano forti esigenze organizzative, l'acquisizione di competenze specifiche (biostatistiche ed epidemiologiche) e, non ultimo, la necessità di budget. Pertanto, la Regione Emilia-Romagna ha invitato le Aziende sanitarie a adeguare gradualmente la propria organizzazione attraverso:

- la creazione di un'infrastruttura locale,
- lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole,
- la garanzia di trasparenza.

Per far fronte a questa esigenza, la Direzione Generale ha ufficialmente istituito, alla fine del 2006, la Struttura Ricerca e Innovazione (rif. Atto aziendale), allo scopo di

contribuire al miglioramento continuo della qualità assistenziale attraverso la promozione e la realizzazione di attività a supporto della ricerca scientifica integrata alla pratica clinica e per l'introduzione di innovazioni ad elevato impatto organizzativo-gestionale.

La presenza di questa struttura, insieme all'unificazione dei Comitati Etici dell'Ospedale, dell'Università e dell'Azienda USL, permetterà nel 2007 di rilevare sistematicamente ed esaustivamente l'attività di ricerca svolta. Relativamente al 2006, i dati disponibili consentono di delineare un quadro solo parziale, ma rappresentativo dell'intensa e qualificata attività scientifica dei professionisti che operano nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Un dettaglio delle attività di ricerca è proposto nel capitolo Ricerca e Innovazione del presente volume.

I corsi di laurea

L'attività didattica organizzata e svolta dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia costituisce certamente un elemento importante di qualificazione, cui per altro l'Azienda collabora attivamente in una logica di integrazione con l'attività di assistenza cui si somma l'attività di ricerca. Il dettaglio dell'offerta formativa della Facoltà consente di comprenderne la complessità.

Di seguito si riporta l'andamento delle iscrizioni agli anni di corso della Facoltà di Medicina e Chirurgia per gli anni accademici 2005-2006 e 2006-2007; i dati evidenziano un lieve incremento del numero complessivo degli iscritti.

Iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, a.a. 2004/2005

Tipo Corso di Studi	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti 2004/2005
Lauree triennali	572	319	283	0	0	0	42	153	1369
Lauree specialistiche	30	26	0	0	0	0	4	0	60
Lauree a ciclo unico	242	207	205	80	199	186	120	237	1476
Totale	844	552	488	80	199	186	166	390	2905

Iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, a.a. 2005/2006

Tipo Corso di Studi	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti 2005/2006
Lauree triennali	582	402	300	0	0	0	79	188	1551
Lauree specialistiche	48	25	0	0	0	0	9	0	82
Lauree a ciclo unico	244	210	205	112	90	202	200	252	1515
Totale	874	637	505	112	90	202	288	440	3148

Iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, a.a. 2006/2007

Tipo Corso di Studi	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti 2006/2007
Lauree triennali	530	369	421	0	0	0	122	238	1680
Lauree specialistiche	40	52	0	0	0	0	16	0	108
Lauree a ciclo unico	235	212	172	157	115	71	255	303	1520
Totale	805	633	593	157	115	71	393	541	3308

Segue il dettaglio delle iscrizioni a Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e protesi dentaria, per gli anni accademici 2005/2006 e 2006/2007.

Iscrizioni a Medicina e Chirurgia (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2005/2006

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
1414	222	189	185	94	73	202	200	249

Iscrizioni a Medicina e Chirurgia (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2006/2007

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
1429	223	194	152	138	97	71	252	302

Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2005/2006

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
101	22	21	20	18	17	0	0	3

Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2006/2007

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
91	12	18	20	19	18	0	3	1

Il dettaglio seguente riporta il numero degli iscritti per i corsi di studio delle lauree triennali e delle lauree specialistiche relative alle Professioni sanitarie.

Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree triennali), a.a. 2006/2007

Corsi di Studio Lauree triennali (L 1)	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti per corso
FISIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA)	37	33	44	0	0	0	2	7	123
INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE)	200	134	120	0	0	0	12	117	583
LOGOPEDIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI LOGOPEDISTA)	8	9	25	0	0	0	5	1	48
ORTOTTICA ED ASS. OFTAL. (AB.PROF.SAN. DI ORTOTT.ED ASSIST. DI OFTAL.)	11	10	6	0	0	0	0	2	29
OSTETRICIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI OSTETRICA/O)	29	24	23	0	0	0	0	4	80
TEC.DI RADIOLOGIA MED.PER IMMAGINI E RADIODIOTERAPIA	23	22	53	0	0	0	4	11	113
TEC.PREV.AMB. E LUOGHI LAV.(ABIL.PROF.SAN. TECN.PREV.AMB.E LUOGHI LAV.)	26	25	15	0	0	0	4	2	72
TECNICHE AUDIOMETRICHE (ABILITANTE ALLA PROF. SANIT. DI AUDIOMETRISTA)	5	5	8	0	0	0	1	1	20
TECNICHE AUDIOPROTESICHE (ABILITANTE PROF. SANIT.DI AUDIOPROTESISTA)	2	1	8	0	0	0	1	1	13
TECNICHE DI LABOR. BIOMEDICO (ABILITANTE PROF.SAN.TECN. LAB.BIOMEDICO)	16	7	7	0	0	0	0	4	34
Totale iscritti per anno di iscrizione	530	369	421	0	0	0	122	238	1680

Iscrizione ai corsi di studio per la laurea triennale di Scienze delle attività motorie a.a.2006/2007

	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti per corso
SCIENZE DELLE ATTIVITA' MOTORIE	173	99	112	0	0	0	93	88	565

Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree specialistiche), a.a. 2006/2007

Corsi di Studio Lauree specialistiche (L 2)	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti per corso
BIOTECNOLOGIE PER LA SALUTE	22	19	0	0	0	0	16	0	57
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	18	33	0	0	0	0	0	0	51
Totale iscritti per anno di iscrizione	40	52	0	0	0	0	16	0	108

Hanno sede, all'interno dell'Azienda, 39 scuole di specialità. L'Azienda, peraltro, è convenzionata con altre scuole che hanno sede extra aziendale per lo svolgimento di tirocini formativi, di orientamento e di didattica formativa, a questo riguardo si veda il dettaglio delle convenzioni attive nel paragrafo "Il Sistema delle Relazioni con l'Università" nel capitolo 1.

L'Università del Studi di Parma, per le sue 39 scuole di specialità, ha attivato 165 convenzioni con sedi extra aziendali; ulteriori 14 convenzioni sono in via di predisposizione. Il numero dei medici in formazione specialistica per gli ultimi tre anni accademici, con dettaglio delle diverse scuole di specializzazione, è riportato di seguito.

Scuole di specializzazione e relativi iscritti, a.a.2003/2004-2004/2005- 2005/2006 e 2006/2007

Scuole di Specialità	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	3	4	4	4
ANATOMIA PATOLOGICA	9	8	8	8
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	79	69	59	58
BIOCHIMICA CLINICA	22	20	21	22
CARDIOCHIRURGIA	10	9	10	9
CARDIOLOGIA	37	35	35	36
CHIRURGIA GENERALE	33	36	34	33
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	14	14	16	14
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	15	13	14	12
CHIRURGIA TORACICA	5	6	6	5
CHIRURGIA VASCOLARE	10	11	9	8
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	10	10	10	7
EMATOLOGIA	10	9	8	5
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	10	9	8	7
GASTROENTEROLOGIA	16	17	15	14
GERIATRIA	17	16	15	15
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	26	24	23	22
IDROLOGIA MEDICA	22	23	26	26
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	15	14	10	9
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	11	11	13	10
MALATTIE INFETTIVE	9	8	7	5
MEDICINA DEL LAVORO	22	20	19	21
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	18	18	16	17
MEDICINA INTERNA	51	50	46	44
MEDICINA LEGALE	11	10	9	7
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	6	4	6	4
NEFROLOGIA	12	14	14	13
NEUROLOGIA	23	22	20	19
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	11	11	12	14
OFTALMOLOGIA	12	12	11	9
ONCOLOGIA	17	18	22	22
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	11	12	13
OTORINOLARINGOIATRIA	10	12	10	10
PEDIATRIA	43	46	51	48
PSICHIATRIA	25	21	21	22
RADIODIAGNOSTICA	47	45	47	49
RADIOTERAPIA	9	7	5	6
SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE	0	2	4	7
UROLOGIA	12	11	10	10
Totale iscritti	721	700	686	668

Strutture collegate e complementari per far fronte a specifiche esigenze sono quella di Chirurgia generale presso il Polo Sanitario di Fidenza e quella di Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare (presso il Presidio Sanitario della Fondazione Don Carlo Gnocchi).

I master universitari

L'offerta formativa post-laurea della Facoltà si struttura anche in master universitari di primo e secondo livello. L'offerta è stata modificata ed incrementata, come si evince dalle tabelle che seguono.

Master attivati di primo e secondo livello nell'A.A. 2005/2006

TITOLO	LIV.	NUMERO ISCRITTI
MEDICINA TERMALE	I	3
STRATEGIE PER LA PROMOZIONE E LA TUTELA DELLA SICUREZZA E DELLA QUALITA' DELL'ALIMENTAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA-master interateneo con Modena	II	17
IMPLANTOLOGIA	II	5
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II	2
BRONCOLOGIA E IMMUNOPATOLOGIA POLMONARE	II	1

Master attivati di primo e secondo livello nell' a.a. 2006/2007

TITOLO	LIV.	NUMERO ISCRITTI
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO	I	30
INFERMIERISTICA PEDIATRICA IN AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE	I	20
MEDICINA TERMALE	I	7
MANAGEMENT DEL DIABETE E DELLE TURBE METABOLICHE CORRELATE IN ETA' EVOLUTIVA-MASTER INTERATENEEO	II	14
IMPLANTOLOGIA	II	3
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II	1

Il dottorato di ricerca

Il conseguimento del dottorato di ricerca rappresenta l'apice nel percorso formativo di un medico, è il titolo più elevato che l'Università può attribuire e può essere acquisito dopo la specialità. Il monitoraggio dei dottorati

attivati dall'Università degli Studi di Parma evidenzia un incremento della scelta formativa con l'istituzione di due nuovi corsi a partire dall'anno 2005. Nel corso del triennio si è avuto un sostanziale consolidamento dei medici ammessi ai dottorati.

Dottorati attivi area medica, anno 2004

DOTTORATI AREA MEDICA ATTIVI NELL'ANNO 2004 CON NUMERO DOTTORANDI AL 1.1.2004	CICLO					TOTALE
	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	0	2	3	3	5	13
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATE CON TECNICHE TRIDIMENSIONALI	0	0	0	3	4	7
FISIOPATOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE	0	2	1	2	1	6
FISIOPATOLOGIA E GEN. DELLE MALATTIE OSTEOMET.	0	0	1	2	0	3
FISIOPATOLOGIA EPATO-DIGESTIVA	2	0	1	0	0	3
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE	0	6	5	7	3	21
GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	0	0	3	4	0	7
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	5	5	2	3	15
NEUROSCIENZE	0	2	2	3	5	12
NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA	0	0	1	3	0	4
SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	1	2	3	3	0	9
TOTALE	3	22	27	35	26	100

* Dipartimento proponente: Medicina sperimentale

Dottorati attivi area medica, anno 2005

DOTTORATI AREA MEDICA ATTIVI NELL'ANNO 2005 CON NUMERO DOTTORANDI AL 1.1.2005	CICLO				TOTALE
	XVII	XVIII	XIX	XX	
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	2	3	5	1	11
CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGINEERING NELLE VALVOLE CARDIACHE	0	0	0	3	3

DOTTORATI AREA MEDICA ATTIVI NELL'ANNO 2005 CON NUMERO DOTTORANDI AL 1.1.2005	CICLO				TOTALE
	XVII	XVIII	XIX	XX	
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATE CON TECNICHE TRIDIMENSIONALI	0	3	4	3	10
FISIOPATOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE	1	2	1	0	4
FISIOPATOLOGIA E GEN. DELLE MALATTIE OSTEOMET.	0	2	0	1	3
FISIOPATOLOGIA EPATO-DIGESTIVA	1	0	0	3	4
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE	4	7	3	5	19
GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	0	4	0	3	7
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	5	1	2	3	12
NEUROSCIENZE	2	2	5	3	12
NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA	0	3	0	0	3
SCIENZE DELLA PREVENZIONE	0	0	0	9	9
SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	3	3	0	3	9
TOTALE	20	33	25	41	105

* Dipartimento proponente: Medicina sperimentale

Dottorati attivi area medica, anno 2006

DOTTORATI AREA MEDICA ATTIVI NELL'ANNO 2006 CON NUMERO DOTTORANDI AL 1.1.2006	CICLO				TOTALE
	XVIII	XIX	XX	XXI	
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	3	5	1	3	12
CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGINEERING NELLE VALVOLE CARDIACHE	0	0	3	0	3
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATE CON TECNICHE TRIDIMENSIONALI	0	3	3	0	6
FISIOPATOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE	2	1	0	3	6
FISIOPATOLOGIA E GEN. DELLE MALATTIE OSTEOMET.	0	0	1	1	2
FISIOPATOLOGIA EPATO-DIGESTIVA	0	0	3	3	6
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE	0	3	5	3	11
GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	0	0	3	4	7
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	2	2	1	6
NEUROSCIENZE	2	5	3	4	14
NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE IN CHIRURGIA EPATO-BIOLIOPANCREATICA AVANZATA	0	0	0	2	2
SCIENZE DELLA PREVENZIONE	0	0	9	5	14
SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	3	0	3	3	9
TOTALE	14	24	40	34	98

* Dipartimento proponente: Medicina sperimentale



Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48

Assetto organizzativo

Le politiche organizzative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

L'Atto aziendale, assunto dal Direttore Generale con delibera n. 221 del 22.11.2006, delinea in modo nitido e strutturato il profilo della nuova organizzazione dell'Azienda e i contenuti strategici e operativi del modello organizzativo adottato. Si propongono di seguito i passaggi più significativi a riguardo, tratti dall'Atto aziendale.

Criteria generali di organizzazione - art. 23 dell'Atto aziendale

Il modello organizzativo aziendale è finalizzato al supporto delle strategie e dei processi operativi; esso è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- la semplicità, intesa come aggregazione delle unità affini per contenuti, processi e risultati al fine di ridurre il più possibile i livelli di responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi sia orizzontali che verticali;
- l'integrazione, con particolare riferimento alle attività assistenziali necessarie allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, ricerca e didattica;
- il decentramento, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la partecipazione alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in équipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici.

Delega e attribuzione di responsabilità e di poteri - art. 24 dell'Atto aziendale

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Dirigenti. Attraverso la delega, l'Azienda, persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegante nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato

di rispondere al delegante in termini di responsabilità. Il regolamento organizzativo aziendale definisce l'articolazione delle competenze dirigenziali all'adozione di atti gestionali.

Organizzazione dipartimentale - art. 25 dell'Atto aziendale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda, rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

Obiettivi dell'organizzazione dipartimentale:

- sviluppare la globalità degli interventi e la continuità assistenziale;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi.

Nell'Azienda sono presenti:

- Dipartimenti ad Attività Integrata;
- Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

Dipartimenti ad Attività Integrata - art. 26 dell'Atto aziendale

(Articolo adottato d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma ai sensi dell'art. 4 del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma, in attuazione dell'art. 9 della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29)

Il Dipartimento ad Attività Integrata rappresenta la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Esso assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle della ricerca propria dei Dipartimenti Universitari. I Dipartimenti ad Attività Integrata sono costituiti da Strutture Complesse, da Strutture Semplici Dipartimentali e da Programmi in coerenza fra la tipologia delle attività assistenziali e i settori scientifico-disciplinari dei docenti universitari che le svolgono ai fini della didattica e della ricerca. La composizione del Dipartimento è altresì volta a realizzare una produzione di servizi sanitari qualitativamente e quantitativamente coerente con gli obiettivi e le linee strategiche aziendali. Al fine di perseguire obiettivi di continuità assistenziale oltre che economie di gestione e specifici interessi scientifici e didattici possono realizzarsi forme di integrazione funzionale, denominate "programmi interaziendali", fra i Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e altre Aziende sanitarie, previo assenso del Direttore Generale e, nel caso di coinvolgimento di personale universitario, del Rettore.

Tutti i componenti del Dipartimento possono accedere in modo paritetico alle risorse per la ricerca. Partecipano, inoltre, alle scelte strategiche, organizzative e gestionali,

che influenzano la qualità dei servizi e il miglior conseguimento dei fini istituzionali del Dipartimento. Nella sua attività il Dipartimento ad Attività Integrata si configura come centro di responsabilità per i compiti che gli vengono affidati e come centro di costo per le risorse di cui dispone in funzione delle attività assistenziali, di ricerca e di didattica. Esso opera in una modalità organizzativa di tipo matriciale e gestisce autonomamente, coordina e utilizza in modo finalizzato le diverse tipologie di risorse che gli vengono attribuite: tali risorse appartengono alle amministrazioni dei Dipartimenti universitari e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, le quali sono ordinatori di spesa con obbligo di inventario e di stesura di bilanci. Sono Organi del Dipartimento ad attività integrata:

- il Direttore;
- la Giunta;
- il Consiglio.

Il Direttore del Dipartimento ad attività integrata è nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore, resta in carica tre anni e può essere riconfermato. Il Direttore è scelto tra i responsabili delle Strutture Complesse o incarichi equivalenti a struttura complessa, che afferiscono al Dipartimento e deve presentare adeguati requisiti di capacità gestionale, organizzativa e di esperienza professionale e scientifica.

Il Direttore mantiene la direzione della struttura della quale è stato incaricato ed è sovraordinato agli altri Direttori di Struttura o di Programma per gli aspetti di natura gestionale attinenti al Dipartimento. Il Direttore assume la responsabilità in ordine alla corretta attuazione della programmazione annuale e all'utilizzo delle risorse attribuite per il conseguimento degli obiettivi scientifici, didattici e assistenziali.

Il Direttore presiede la Giunta e il Consiglio, promuove le attività del Dipartimento e vigila sull'osservanza delle norme e dei regolamenti.

Egli inoltre:

- definisce i budget delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di tipo Dipartimentale di concerto con i rispettivi responsabili, sulla base delle linee guida preventivamente indicate dalla Direzione Generale;
- negozia il budget globale del Dipartimento, con la Direzione Generale, sulla base delle risorse umane e strumentali disponibili;
- garantisce l'unitarietà di gestione delle risorse assegnate al Dipartimento assicurandone, inoltre, l'accesso a tutti i professionisti afferenti al Dipartimento, in coerenza con la programmazione stabilita;
- emana i regolamenti deliberati dal Consiglio, sentito il Direttore Generale dell'Azienda;
- valuta, secondo quanto previsto dalla normativa e dai contratti vigenti, i Responsabili di Struttura Complessa, i Responsabili di Programma ed i Responsabili di Struttura Semplice dipartimentale afferenti al Dipartimento e garantisce la corretta applicazione del sistema di valutazione all'interno del Dipartimento;
- redige una relazione annuale sulle attività del Dipartimento da inviare al Rettore e al Direttore Generale, evidenziando i risultati conseguiti in ambito assistenziale e

scientifico, correlandoli alle risorse impiegate, e valutando ed esponendo il grado di utilizzo di tutte le maggiori risorse strumentali disponibili; nella relazione vengono inoltre indicati gli scostamenti dalla programmazione;

- propone al Consiglio il Regolamento di funzionamento del Dipartimento, sulla base delle linee di indirizzo che saranno emanate ai sensi dell'art. 51 del presente atto;
- propone al Consiglio il piano annuale della programmazione e il suo aggiornamento semestrale;
- propone al Consiglio il Piano per le attività di formazione e di ricerca del Dipartimento;
- propone al Consiglio le iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le Unità Operative, della diffusione delle informazioni e per la ricerca del consenso relativo alla definizione delle norme di buona pratica professionale;
- nomina un Vicedirettore che lo supplisca in caso di assenza o impedimento scegliendolo, di norma, tra il personale del Dipartimento che presenta requisiti adeguati per la carica di Direttore. Di norma se il Direttore di Dipartimento è ospedaliero il Vicedirettore è universitario e viceversa.

La Giunta è presieduta dal Direttore del Dipartimento ed è composta dai Responsabili di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale, dai Responsabili di Programmi equivalenti a strutture complesse, dai Direttori dei Dipartimenti universitari cui afferiscono i responsabili di dette strutture e dal Responsabile Assistenziale di Dipartimento, nonché da un rappresentante del personale dirigente e da un rappresentante del personale del comparto scelti tra la componente elettiva del Consiglio secondo le modalità individuate nel regolamento di funzionamento del Dipartimento.

La Giunta coadiuva il Direttore in tutte le sue funzioni e in particolare:

- si esprime in relazione alla contrattazione con la Direzione Generale e in relazione ai budget definiti per le singole strutture;
- esprime parere relativamente alle esigenze di personale del Dipartimento e all'attivazione di nuove Unità Operative e di Moduli organizzativi;
- attiva, su proposta del Consiglio, i gruppi di miglioramento in base ai piani e ai programmi di qualità del Dipartimento.

Il Consiglio è l'organo collegiale del Dipartimento. È convocato, di norma ogni sei mesi, dal Direttore del Dipartimento che lo presiede e ne stabilisce l'ordine del giorno, secondo le modalità previste dal regolamento di funzionamento del Dipartimento.

Il Consiglio è composto da tutti i membri della Giunta, da un rappresentante della Direzione Sanitaria, dai Direttori delle Strutture Semplici e Programmi, dai dirigenti con incarico professionale di alta specializzazione, dal Coordinatore infermieristico/tecnico di ogni unità operativa. Fanno altresì parte del Consiglio i dirigenti sanitari e medici ed operatori sanitari del comparto eletti in rappresentanza degli omologhi operanti nelle unità operative del Dipartimento.

La componente elettiva del Consiglio, individuata se-

condo le modalità previste dal regolamento di funzionamento del Dipartimento, è pari al 30% dei componenti di diritto e al suo interno deve essere prevista la partecipazione di operatori titolari di contratti atipici.

Il Consiglio assicura la partecipazione degli operatori ai processi relativi alla programmazione delle attività e alla definizione del suo assetto organizzativo e gestionale.

In particolare, il Consiglio:

- approva il regolamento di funzionamento del Dipartimento da sottoporre al Direttore Generale;
- approva il piano annuale della programmazione risultante dal processo di budgeting e il suo aggiornamento semestrale;
- approva il piano per le attività di formazione proposto dal Direttore del Dipartimento;
- approva le iniziative proposte dal Direttore per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative, della diffusione delle informazioni e per la ricerca del consenso relativo alla definizione delle norme di buona pratica professionale;
- garantisce l'adozione di modelli organizzativi e di gestione delle risorse che siano coerenti agli indirizzi aziendali, funzionali al raggiungimento degli obiettivi aziendali e coerenti per l'insieme delle strutture organizzative del Dipartimento, promuovendo altresì il processo di innovazione e di miglioramento della qualità, anche attraverso il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di gestione del rischio;
- definisce i criteri per la individuazione delle priorità degli interventi di mantenimento e sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche del Dipartimento, che il Direttore del Dipartimento propone all'attenzione del Collegio di Direzione per la formulazione dei relativi programmi aziendali e ne assicura l'applicazione in sede di predisposizione del piano di esercizio;
- propone al Direttore l'attivazione di gruppi di miglioramento in base ai piani e ai programmi di qualità del Dipartimento;
- discute e approva la relazione del Direttore sulle attività del Dipartimento;
- partecipa alla definizione delle caratteristiche di conoscenza e competenza aggiuntive e specifiche alle necessità assistenziali e di sviluppo del Dipartimento, ai fini dell'attività di selezione dei dirigenti di Struttura Complessa. L'attività di selezione verrà svolta secondo quanto stabilito da normative e contratti.

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento - art. 27 dell'Atto aziendale

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento ha la responsabilità gestionale del personale assegnato al proprio Dipartimento all'interno del quale svolge anche funzioni di verifica, supporto e sviluppo organizzativo. La sua attività è svolta all'interno del Dipartimento per creare le condizioni organizzative che, in accordo con i coordinatori di riferimento e con il Direttore di Dipartimento, facilitino le attività assistenziali delle singole Unità Operative afferenti al Dipartimento stesso.

Assicura la realizzazione e la continuità del processo di assistenza infermieristica, ostetrica, tecnicosanitaria e della riabilitazione, nonché del personale di supporto, formulato in funzione degli obiettivi e dei bisogni assistenziali, garantendo le relative coperture di personale nell'ambito degli obiettivi negoziati in sede di budget e nell'ambito della gestione ordinaria, secondo criteri di priorità condivisi in ambito dipartimentale, nel rispetto della corretta, efficiente, efficace ed appropriata gestione delle risorse e degli standard qualitativi definiti in sede aziendale.

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento risponde al Direttore del Servizio Assistenziale, collabora con la Direzione del Dipartimento, partecipa di diritto alla Giunta ed al Consiglio del/i Dipartimento/i di riferimento garantendo principalmente l'integrazione interprofessionale e fornendo il supporto necessario al governo clinico.

Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento collabora con il Settore Formazione aziendale, pianificando la partecipazione alla formazione e all'aggiornamento di tutto il personale sanitario dell'area del comparto.

I Responsabili Assistenziali di Dipartimento vengono nominati dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale, sentito il parere del Direttore di Dipartimento e del Collegio di Direzione, restano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

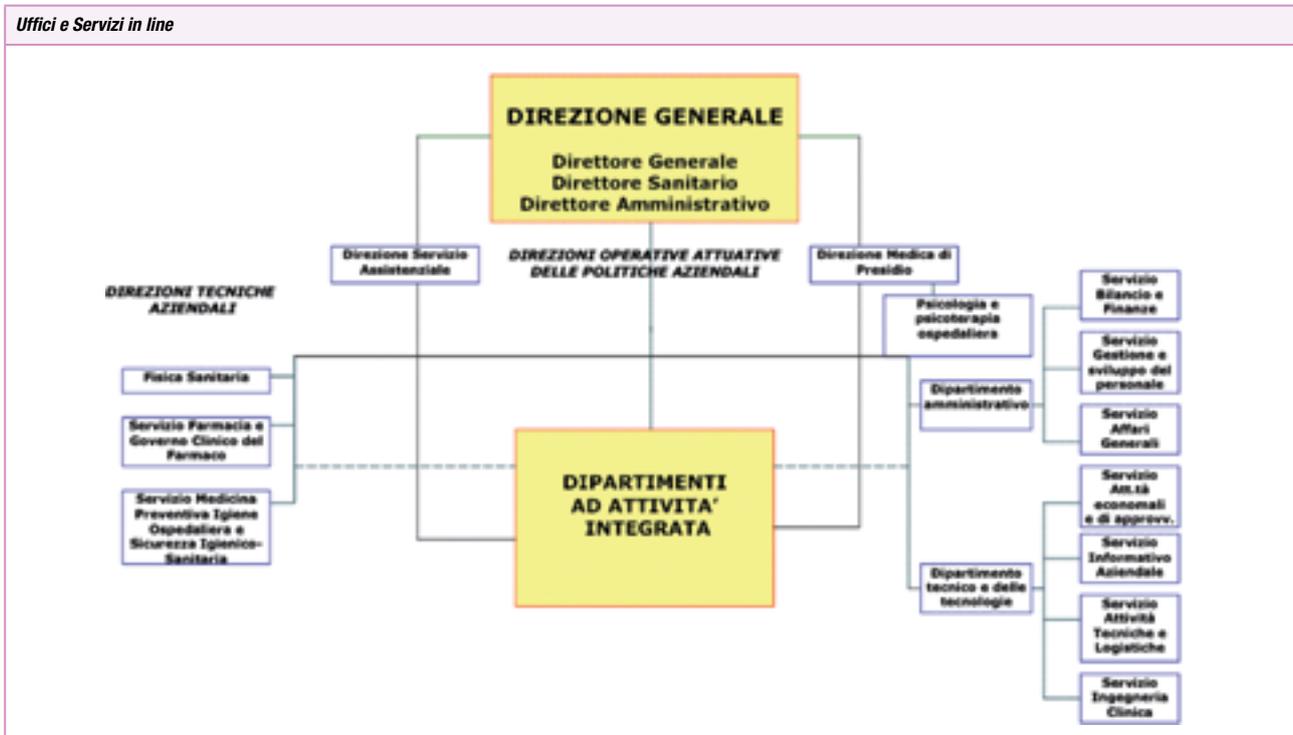


Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48

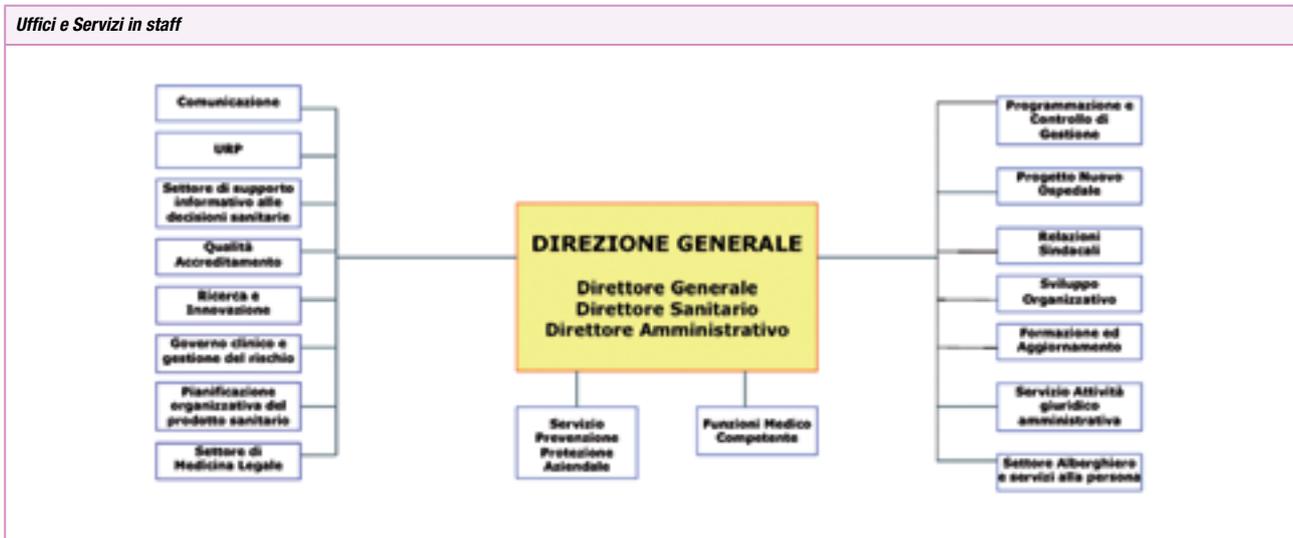
Allegato alla Delibera n. 221 del 22/11/2206 - Gli organi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma



Uffici e Servizi in line



Uffici e Servizi in staff



L'assetto aziendale al 31 dicembre 2006 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale ed è dettagliato come segue. Si consideri che ai fini della definizione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2006, come unità in servizio a tale data.

DIPARTIMENTO CARDIO-POLMONARE

Direzione Dipartimento		Universitario																		
Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Cardiochirurgia	Unità operativa	Universitario	29			9	9	3	3		3		58	3		17	4	2	1	
Cardiologia	Unità operativa	Dirigente del SSR	36	3		19	19	1	1		1		55	2		16	3		3	
Clinica Pneumologica	Unità operativa	Universitario	28			2	2	3	3				14	2	1	5	1	1		
Fisiopatologia Respiratoria	Unità operativa	Dirigente del SSR	9		24	5	5	1	1		1		25	1		17	2		2	
Pneumologia e Endoscopia Toracica	Unità operativa	Dirigente del SSR	28			7	7	2	2		2		15	1		6	1			
Semeiotica Medica	Unità operativa	Universitario	21					7	7		7		10	2		9	1	1	5	
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR				1	1						20			5				
Day Hospital Pneumologico	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		14		1	1						3			1				
Funzionalità Polmonare	Struttura semplice dipartimentale	Universitario						1	1		1									
Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico A	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	22			3	3	2	2		2		21	2		17	1			
Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico B	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	23			3	3													

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Direzione Dipartimento		Universitario																
Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordini	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici non medici SSR tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Bosisti
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	Unità operativa	Universitario	6			33	1	1			24	2		8	1			
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	Unità operativa	Universitario	15			8	2	2			37			8	2	1	1	
Chirurgia Toracica	Unità operativa	Universitario	8			1	3	3			8	1			1			
Chirurgia Vascolare	Unità operativa	Universitario	14				4	4			6	1			3	2		
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	Unità operativa	Universitario	24			3	6	6			17	2	1		5	2		
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	Unità operativa	Universitario	24			3	10	9			16	1			6	3	3	
Clinica Ortopedica	Unità operativa	Universitario	21	1		2	3	3			14	2		6	3	1		
Ortopedia	Unità operativa	Universitario	48	2			1	1			15	3		3	3			
Urologia	Unità operativa	Dirigente del SSR	26	2		10					32	2		2	6		2	
Attività Comuni Ortopedie	Unità operativa	Dirigente del Dipartimento									50			10	5		1	
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico	Unità operativa	Dirigente del Dipartimento									47	3		10	7		1	
Patologia dell'Apparato Locomotore	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	21	1		3	2	2										
Day Surgery	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		7		1					16	1		8				

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR																		
Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordini	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici tempo determinato	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti medici universitari non medici	Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
1° Anestesia e Rianimazione	Unità operativa	Dirigente del SSR	14			32			32				43	1		11	1			
Centrale Operativa 118	Unità operativa	Dirigente del SSR				1		7					29			8				
Chirurgia d'Urgenza	Unità operativa	Dirigente del SSR	24			5			1	1	1		17	3		1	2		6	
Neurochirurgia ad Indirizzamento Traumatologico	Unità operativa	Dirigente del SSR	8			6										1				
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Unità operativa	Dirigente del SSR	25			20							65	5		24	3			

DIPARTIMENTO GERIATRICO-RIABILITATIVO

Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR																		
Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordini	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici tempo determinato	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari non medici	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Clinica Geriatrica	Unità operativa	Universitario	34			3			3	3			19	1	1	11	1	1	1	1
Geriatrica	Unità operativa	Dirigente del SSR	31			8							10	3		9	1		2	
Lungodegenza Critica	Unità operativa	Universitario			44	3			4	4	1		25	1		22				
Medicina Riabilitativa	Unità operativa	Dirigente del SSR	12	6	12	10			1	1			60	5		10	2			
Attività Comuni Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	Unità operativa	Direttore del Dipartimento		8									7			1				
Lungodegenza Post-Acuzie	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR			32	3							10	3		11	2			

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Direzione Dipartimento		Universitario															
Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordini	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Chirurgia Pediatrica	Unità operativa	Dirigente del SSR	12			6	6				32	1	4			2	
Clinica Pediatrica	Unità operativa	Universitario	18			2	2	1	12	2	2		1	2	2	4	3
Neonatologia	Unità operativa	Universitario	21			7	7		3		59	3	8	2	1		
Neuropsichiatria Infantile	Unità operativa	Universitario				2	2										
Ostetricia e Ginecologia	Unità operativa	Universitario	43						13	1	87	4	24	8	4		
Pediatria e Oncologia	Unità operativa	Dirigente del SSR	15	4		6	6				24		4	3		1	1
Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile	Unità operativa	Direttore del Dipartimento		8							42	1	3	1	1		
Astanteria Pediatrica	Struttura semplice dipartimentoale	Dirigente del SSR	6			1	1				19	2	7	1			
Cardiologia Pediatrica	Struttura semplice dipartimentoale	Universitario							1	7							

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO 1

Direzione Dipartimento

Universitario

Struttura afferenti al Dipartimento	Tipologia struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordini	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Clinica e Immunologia Medica	Unità operativa	Universitario	27	2				8	1	36	4		14	1		2	
Clinica e Terapia Medica	Unità operativa	Universitario	40	2				10	1	16	3		10	6		1	
Dermatologia	Unità operativa	Universitario	4	2				4	2	6			2	1		4	
Ematologia e C.T.M.O.	Unità operativa	Universitario	15	2		2	2	6	6	20						3	
Endocrinologia	Unità operativa	Universitario						5	4						1	1	
Genetica Medica	Unità operativa	Universitario				2	2	2	2	5	1		1			3	
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	Unità operativa	Universitario						4	4	1							
Nefrologia	Unità operativa	Universitario	23	3		4	4	4	4	40	1		22	4		3	
Oncologia Medica	Unità operativa	Dirigente del SSR	17	20		13	13		4	33	1		17			10	2
Radioterapia	Unità operativa	Dirigente del SSR				3	3			18			2			2	

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Direzione Dipartimento **Dirigente del SSR**

Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Neurochirurgia	Unità operativa	Dirigente del SSR	23	1		9	9		9			46	1		6	7		1	
Neurologia	Unità operativa	Universitario	30	2		4	4	10	10	10	3	29	1	4	7	4	2	2	1
Neuroradiologia	Unità operativa	Dirigente del SSR				5	1					27	1		7	1		1	
Psichiatria	Unità operativa	Universitario	14	2		2	1		3	2		16			2	3	2	3	
Centro Cefalee	Struttura semplice dipartimentale	Universitario							1	1									

DIPARTIMENTO TESTA COLLO

Direzione Dipartimento **Universitario**

Strutture afferenti al Dipartimento	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneuochirurgia	Unità operativa	Direttore del Dipartimento										4							
Maxillo-Facciale	Unità operativa	Universitario	14	1		3	3	3	3	3		24	1		3	2	1		
Oculistica	Unità operativa	Universitario	14	6		4		6	7	6		40		5	3	7	3	3	
Odontostomatologia	Unità operativa	Universitario				1		4	7	4		11			4	2	2	2	1
Otorinolaringoiatria e Otoneuochirurgia	Unità operativa	Universitario	11			1		5	5	5		16		4	4	2	1	2	
Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo	Unità operativa	Direttore del Dipartimento										12			2	1			
Otorinolaringoiatria	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	11	1		1		3	3	3				1		2	2	2	

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO

Direzione Dipartimento		Universitario																
Strutture afferenti al Dipartimento	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Anatomia e Istologia Patologica	Universitario				4	4	4	6	6	4	14	2	5	10	7	4	5	
Diagnostica Emato-chimica	Dirigente del SSR				6	6	7				59	10		27	3		1	
Immunematologia e Trasfusione	Dirigente del SSR				7	7	3				26	10		9			4	
Microbiologia	Universitario				2	2	5	3	3	3	23	6	1	12	1			
Virologia	Universitario				1	1	1	1	1	3			1		3	3		
Tecniche Speciali in Anatomia Patologica	Universitario							1	1									

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR																
Strutture afferenti al Dipartimento	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Medicina Nucleare	Dirigente del SSR				3	3	1				11	1					2	
Radiologia	Dirigente del SSR				20	20					46	3		29	1		1	
Scienze Radiologiche	Universitario				5	5	4	4	2		18	1		10	3	1		
Radiologia Pediatrica	Dirigente del SSR				3	3					4							
Radiologia di emergenza e urgenza	Dirigente del SSR				4	4					23	2		7	1			

	PLO	PL DH	PL LD
Pensionanti		34	
Lungodegenza Comune Aziendale*	6701		
	6005		25

*Posti letto di lungodegenza assegnati a diverse unità operative

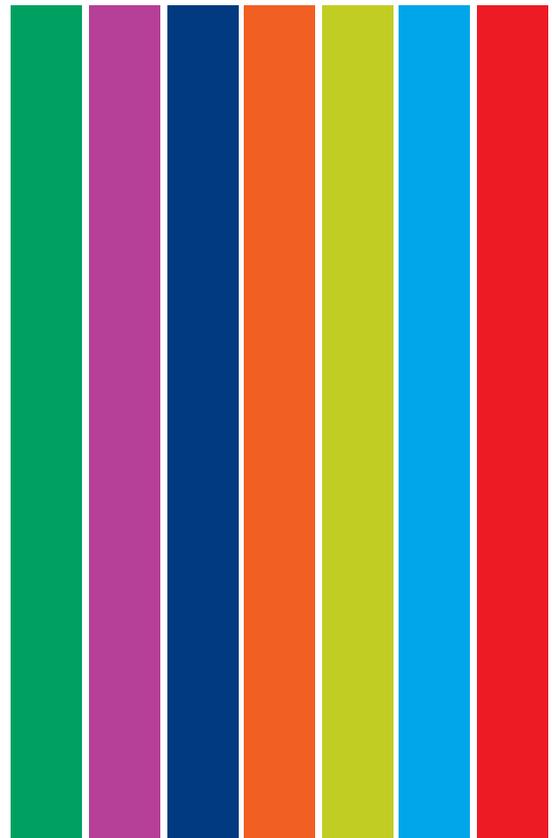
Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

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 cinque ambiti, di cui i primi quattro configurano il modo di essere e di operare di tutte le Aziende sanitarie della regione, mentre la quinta area è tesa a cogliere le tappe del processo di integrazione tra attività assistenziali e attività istituzionali proprie del sistema universitario:

1. Centralità del cittadino
2. Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria
3. Universalità ed equità di accesso
4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
5. Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

3



Centralità del cittadino

La “centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, dell’organizzazione dei servizi e della loro valutazione” è il principio che ispira l’attività del Servizio Sanitario Regionale (art. 1 legge regionale 29/2004) e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è impegnata a garantire la partecipazione dei cittadini alle decisioni aziendali al fine di coniugare scelte appropriate e di qualità facendo riferimento ai valori di equità, trasparenza, facilità nell’accesso, riduzione delle liste di attesa e continuità di cura.

Il ruolo attivo del cittadino è favorito sia attraverso la formalizzazione della Carta dei Servizi - che rappresenta un patto fra cittadino ed Azienda al fine di tutelare i diritti del cittadino - sia con forme di partecipazione attiva e di consultazione con le Associazioni di tutela e volontariato dei cittadini.

Il Comitato Consultivo Misto

Istituito ai sensi della L.R. 19/1994 della Regione Emilia-Romagna e successive modificazioni, è composto da membri eletti dalle Associazioni di tutela e volontariato e da rappresentanti dell’Azienda.

Obiettivo prioritario di questo organismo è quello di favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale aziendale per gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi dal lato dell’utente, con particolare attenzione ai percorsi di accesso.

Gli strumenti a disposizione del Comitato sono:

- metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell’utente, in collaborazione con l’Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- iniziative di rilevazione della soddisfazione dell’utenza e iniziative di educazione alla gestione del rischio e promozione della salute;
- controlli sull’attuazione delle proposte di miglioramento fatte a seguito dell’analisi e della valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell’utenza.

Ogni cittadino ha facoltà e possibilità di proporre tematiche all’attenzione del Comitato Consultivo Misto dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria rivolgendosi all’Ufficio Relazioni con il Pubblico o tramite un’Associazione di volontariato. In particolare, nel corso dell’anno 2006, il Comitato Consultivo Misto ha attivamente partecipato:

- all’incontro sull’audit civico organizzato presso l’Azienda in collaborazione con l’Assessorato politiche della salute della Regione Emilia-Romagna;
- alla stesura della Carta dei Servizi dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- ad incontri per la redazione del Piano Attuativo Locale;
- all’indagine relativa al progetto regionale “Ospedale senza dolore” svolta presso i reparti medici e chirurgici in occasione della *giornata del sollievo*;

- al miglioramento del percorso per la consegna della documentazione clinica ai pazienti;
- a specifici incontri con i Direttori di Unità Operativa finalizzati alla analisi e valutazione di temi socio-sanitari di rilevanza per la cittadinanza:
 - dimissioni difficili,
 - Pronto Soccorso,
 - Punto Bianco,
 - medicina riabilitativa,
 - diabete,
 - ostetricia,
 - oculistica;
- valutazione della reportistica aziendale relativa ai reclami e elogi anno 2006;
- incontri con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche per il miglioramento della viabilità interna all’area ospedaliera.

Collaborazioni con il volontariato

«La Regione Emilia-Romagna riconosce il valore sociale e civile e il ruolo nella società del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo e, nel rispetto della sua autonomia, ne sostiene e favorisce l’apporto originale per il conseguimento delle più ampie finalità di carattere sociale, civile e culturale». È il testo dell’articolo 1 della nuova legge regionale n. 12 del 21 febbraio 2005 sul volontariato.

La norma individua il ruolo del volontariato nel nuovo sistema integrato dei servizi come espressione della capacità di auto-organizzazione della società civile e ne disciplina, in particolare, i rapporti con le istituzioni pubbliche. La legge 12/2005 introduce inoltre forme di sostegno nuove e più mirate alle organizzazioni per favorirne la partecipazione alla gestione di servizi nell’ambito delle programmazioni territoriali.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha avviato in questi anni una ricca e articolata esperienza di collaborazione con tutto il Terzo settore che comprende non solo le associazioni di volontariato, ma anche altri gruppi (associazioni di promozione sociale, fondazioni, eccetera). Si tratta di soggetti che, facendo propri i criteri del “non profit” (assenza di finalità di lucro) svolgono attività attraverso forme di “partecipazione sociale”.

Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Il Piano Attuativo Locale 2005-2007 e i rapporti con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria

Il Piano Attuativo Locale 2005-2007 (PAL) rappresenta il fondamentale documento programmatico di riferimento per la sanità e i servizi socio-sanitari che gli Enti locali e le Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi,

partecipazione e consultazione. Il Piano disegna lo scenario complessivo e specifico degli indirizzi e delle scelte da realizzare per il miglioramento dei livelli assistenziali e del benessere collettivo nel breve-medio periodo.

In ragione delle diverse funzioni e ruoli, i soggetti che il PAL coinvolge sono:

- gli Enti locali nella loro diversa configurazione (Ufficio di Presidenza e Assemblea della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, Provincia, Comitati di distretto),
- l'Università,
- i professionisti delle aziende sanitarie,
- i Sindacati e i Comitati Consultivi Misti.

Le direttrici maggiori che caratterizzano il Piano, sviluppate sulla base del criterio guida della centralità della persona come "soggetto" del processo assistenziale, possono essere sintetizzate come indicato di seguito.

Le reti integrate: si tratta del filo conduttore dell'intero Piano, a partire dalle reti che collegano le strutture ospedaliere provinciali finalizzate allo sviluppo di un'offerta qualificata ed omogenea sull'intero territorio provinciale, alle reti funzionali tra i diversi presidi ospedalieri secondo il modello hub and spoke per realizzare la complementarità tra esigenze di cura e diversa complessità assistenziale, per finire alle reti ospedale-territorio attraverso le quali si cerca di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, divenuta essenziale soprattutto in molte patologie cronico-degenerative. Il sistema integrato è l'unico modello perseguibile per affrontare la complessità dei problemi sanitari che necessitano contestualmente di iperspecializzazione e di sinergia delle risposte ed è necessario perseguirlo in tutte le fasi della programmazione degli interventi, sia provinciali che sovraprovinciali.

Qualità, equità, appropriatezza: il PAL propone una sintesi fondamentale tra tre criteri guida nei processi assistenziali: qualità delle cure, equità negli accessi e nei trattamenti, appropriatezza nell'uso e nel consumo delle opportunità disponibili. Questa direttrice è chiaramente indicata negli obiettivi delle cure primarie e del ricovero ospedaliero, nella specialistica ambulatoriale, nella farmaceutica, nelle politiche per gli anziani, per i disabili e per la demenza senile.

Integrazione socio-sanitaria: questa direttrice assume il valore di una chiave di lettura per la ricomposizione dei bisogni sanitari e sociali. La direttrice dell'integrazione, che storicamente caratterizza i programmi a valenza socio-sanitaria (anziani, disabili, minori e fasce deboli), connota sia i programmi più "recenti" (cure palliative, demenze e salute degli immigrati) che i programmi sanitari classici, a partire da quelli territoriali (cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche) a quelli ospedalieri (dialisi, assistenza pediatrica, riabilitazione, dimissioni ospedaliere).

Prevenzione e promozione della salute: essenziali nelle politiche sanitarie innovative, prevenzione e promozione della salute trovano uno spazio significativo all'interno del PAL attraverso l'introduzione di nuove specifiche azioni e investimenti importanti negli screening e nella

diagnosi precoce; si perseguono gli obiettivi dei Piani per la Salute con nuove proposte in ordine agli stili di vita e al disagio giovanile, si individuano nuovi processi informativi e formativi per accrescere le competenze dei cittadini sulla tutela della salute.

Alte criticità in ragione del fatto che si tratta di una manovra complessa che tende al miglioramento dell'offerta e all'aumento del tasso di soddisfazione dei cittadini, agendo su un largo spettro di problemi. Fondamentali sono l'impegno per combattere la mobilità passiva, soprattutto nelle aree della cardiologia e dell'oncologia, e per la riduzione dei tempi di attesa di alcune aree critiche della specialistica ambulatoriale. L'impegno è anche teso a superare le difficoltà ancora presenti nelle dimissioni difficili e alla necessità di riordino nelle strutture e nei percorsi della lungodegenza e della riabilitazione.

Consolidamento e sviluppo dell'offerta: sono state individuate, per i programmi presenti nel Piano, le corrispondenze dell'offerta ai bisogni reali e sono state proposte le correzioni per il consolidamento e il rafforzamento del sistema. Sono state quindi ricercate le azioni per uno sviluppo mirato e praticabile in linea con le più avanzate scelte in termini di miglioramento continuo dei servizi da rendere al cittadino.

In uno scenario così complesso e in perenne evoluzione, diviene fondamentale l'apporto che l'Università è in grado di fornire. Didattica, ricerca e assistenza sono i tre perni su cui muovere la modernizzazione dell'Ospedale e la coerenza delle sue attività con la pianificazione disegnata nel Piano Attuativo Locale: non è infatti pensabile tentare di costruire le reti cliniche integrate e la continuità delle cure senza un ruolo attivo e trainante dell'Università. Ruolo che si è progressivamente affermato in questi anni e che è determinante per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione.

Le strategie di fondo seguite nella formulazione del documento della Conferenza Territoriale sulla programmazione socio-sanitaria sono state:

- qualificare l'offerta sanitaria ai cittadini della provincia di Parma, basata sulla piena realizzazione dei LEA, garantendo l'equità di accesso mediante un equilibrato sviluppo della rete dei servizi a livello provinciale, la qualità del servizio erogato (tempestività, qualità tecnica delle prestazioni e continuità delle cure), l'appropriatezza delle cure, l'integrazione tra sociale e sanitario,
- realizzare nell'ambito della Conferenza territoriale una programmazione negoziata al fine di individuare gli obiettivi di salute prioritari che costituiscono impegni per le Aziende sanitarie della provincia e per gli Enti locali conseguendo le migliori strategie di integrazione istituzionale, professionale e gestionale,
- realizzare gli strumenti operativi in grado di favorire la crescita delle competenze dei Comuni in materia sanitaria e di supportare la Conferenza e i Comitati di distretto nelle scelte di politica sanitaria, fra i quali un qualificato Ufficio di programmazione che permetta anche il monitoraggio della realizzazione degli obiettivi di salute,

- valorizzare il lavoro degli operatori sanitari favorendo lo sviluppo delle competenze specialistiche (individuali e collegiali), dell'innovazione tecnologica e organizzativa,
- valorizzare il volontariato quale risorsa indispensabile per dare valore aggiunto ai servizi sociali e socio-sanitari.

Gli ambiti della programmazione attengono:

- alla costruzione partecipata e concertata del Piano Attuativo Locale per lo sviluppo e l'integrazione dei servizi sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL,
- allo sviluppo distrettuale della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali nell'ambito dei Piani di zona e delle azioni previste dai Piani per la salute,
- allo sviluppo delle cure primarie e alla migliore integrazione delle attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, anche attraverso il potenziamento delle esperienze associative.

Le direttrici di sviluppo

Il PAL contempla una programmazione congiunta per lo sviluppo dei servizi sanitari e riguarda, in particolare, lo sviluppo della rete ospedaliera e dei presidi ambulatoriali specialistici sulla base delle esigenze dei cittadini della provincia di Parma nel medio e nel lungo periodo. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera la programmazione prevede:

- lo sviluppo nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle funzioni di eccellenza (hub) assegnate dalla programmazione regionale e il collegamento funzionale con i nodi della rete provinciale e di area con particolare riferimento alla Neurochirurgia, Neonatologia e Terapia intensiva neonatale, assistenza ai Grandi Traumi,
- lo sviluppo, nella struttura dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, del governo clinico con particolare riferimento alla gestione del rischio, al governo del rapporto medico-paziente, allo sviluppo dei percorsi clinici delle funzioni di eccellenza,
- lo sviluppo di rapporti più qualificati con l'Università nell'ambito dell'assistenza e della formazione.

La programmazione congiunta delle due Aziende sanitarie per le funzioni di base richiede lo sviluppo delle reti cliniche integrate. Costruire le reti cliniche sia nell'ambito delle strutture dipartimentali, ma soprattutto nell'ambito aziendale e interaziendale, è il principale strumento organizzativo per garantire agli operatori dei nodi della rete, ovvero che erogano prestazioni nelle differenti sedi dei servizi, di avvalersi di tutti i supporti necessari per svolgere un'attività completa, non parcellizzata, e per assicurare al cittadino un servizio non frammentato.

Le reti cliniche

Le reti cliniche che richiedono un'azione prioritaria da parte dell'Azienda USL di Parma e che coinvolgono l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono:

- le cure palliative che prevedono un programma aziendale ed interaziendale nel quale siano inseriti gli hospice già attivi o di imminente attivazione,
- il progetto per le demenze senili per garantire una con-

tinuità della cura ed una qualificazione dei servizi che correlli la fase diagnostico-terapeutica -che si attua nei consultori per le demenze- con la fase terapeutico-assistenziale, che richiede uno specifico supporto per l'assistenza domiciliare e una riqualificazione dei servizi residenziali,

- la realizzazione di programmi di screening (con aree prioritarie: senologia, tumori del collo dell'utero e tumori del colon retto),
- i servizi intensivi e semi-intensivi di assistenza psichiatrica ed i rapporti con gli Enti locali nella "valutazione" dei casi psichiatrici.

Le reti cliniche interaziendali che richiedono una programmazione e realizzazione congiunta tra le due Aziende sanitarie sono:

- la rete dell'emergenza-urgenza,
- la lungodegenza post-acuzie e di riabilitazione estensiva,
- la rete cardiologica e cardiocirurgica,
- l'integrazione delle attività ospedaliere, ivi comprese quelle erogate dalla ospedalità privata
- la realizzazione della rete dei laboratori ed il potenziamento dei poliambulatori e dell'offerta specialistica,
- la rete pediatrica e neonatologica.

I programmi di qualificazione dell'assistenza che richiedono interventi urgenti e coinvolgono l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono:

- il governo delle liste di attesa,
- l'attuazione di una politica del farmaco,
- l'avvio dei processi di accreditamento istituzionale,
- le dimissioni protette,
- la facilitazione all'accesso ai servizi
- il miglioramento dell'appropriatezza delle attività di degenza con superamento dei day hospital medici e attivazione dei percorsi ambulatoriali integrati,
- la programmazione delle alte tecnologie,
- la riorganizzazione dei servizi di dialisi sul territorio,
- il controllo della mobilità passiva,
- la promozione di progetti speciali per gli ambiti territoriali marginali.

La fase di implementazione del PAL ha riguardato il progressivo trasferimento dei programmi e degli obiettivi individuati nel documento nella programmazione delle attività aziendali. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha pertanto provveduto a programmare le azioni, definire i costi e le compatibilità, a iscrivere i primi programmi e gli obiettivi individuati nel Piano delle azioni 2006, a trasmettere all'esecutivo della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, contestualmente alla stesura del bilancio 2006, le scelte da intraprendere nel primo anno di attivazione del PAL e si è impegnata, unitamente alla Conferenza territoriale e alla Azienda USL, al monitoraggio del processo di attivazione.

Monitoraggio del Piano Attuativo Locale 2006

Con il report sul monitoraggio 2006 del PAL, è stato portato a conclusione il primo riscontro delle azioni aziendali sviluppate sulla base delle indicazioni programmatiche approvate dalla Conferenza territoriale sociale e sanita-

ria il 30 marzo 2006. Per la prima volta è stato promosso dagli Enti locali, attraverso la Conferenza territoriale, un monitoraggio degli obiettivi e degli interventi programmati in sede di PAL ed attivati dalle Aziende sanitarie.

Con il processo di monitoring sono state attivate le metodologie e gli strumenti più adeguati per una sistematica raccolta di informazioni circa le attività aziendali collegate alle indicazioni programmatiche del PAL attraverso l'osservazione, la misurazione e la validazione degli stadi evolutivi della programmazione sanitaria e socio-sanitaria sul territorio provinciale. Sono stati oggetto di monitoraggio gli obiettivi e gli interventi transitati nell'esercizio 2006 dall'impianto poliennale del PAL ai Piani delle azioni delle Aziende sanitarie. Gli aspetti metodologici hanno riguardato: la verifica della fase di implementazione nel Piano delle azioni aziendale, l'acquisizione delle informazioni necessarie alla valutazione e il trasferimento delle informazioni in un modello interpretativo di sintesi.

La scelta di fondo è stata quella di osservare i fenomeni oggetto di monitoraggio attraverso fonti e strumenti capaci di garantire soprattutto, e allo stesso tempo, l'ufficialità e l'attendibilità delle informazioni.

Per quanto attiene le fonti, i riferimenti fondamentali sono stati:

- i documenti aziendali (bilancio di esercizio, atti deliberativi),
- il sistema informativo aziendale,
- il livello organizzativo aziendale (Direzioni sanitarie e di Dipartimento).

Per quanto riguarda gli strumenti, le scelte hanno privilegiato un ordine di priorità così concepito:

- strumenti di natura quantitativa ordinariamente prodotti in fase gestionale (indici, indicatori standard, eccetera),
- strumenti di natura qualitativa ordinariamente prodotti in fase gestionale (relazioni, rapporti, note aziendali),
- strumenti di natura quanti/qualitativa specificatamente predisposti per il monitoring (in caso di assenza o di insoddisfacente riscontro di strumenti precedenti).

Il programma di monitoraggio ha sostanzialmente seguito l'impostazione generale già validata nel programma di costruzione del PAL 2005-2007. Per l'articolazione del report finale:

- sono state individuate tre aree (territoriale, ospedaliera, socio-sanitaria e dei programmi trasversali),
- sono state individuate all'interno delle aree i relativi programmi,
- sono stati individuati all'interno di ogni programma gli interventi correlati a specifici obiettivi da raggiungere.

Le azioni (definendo per convenzione con esse l'insieme coordinato degli interventi finalizzati al raggiungimento di un obiettivo) hanno dunque rappresentato il nucleo fondamentale di riferimento per l'attivazione del processo di monitoraggio.

Il monitoraggio, come scelta metodologica di base, è stato realizzato attraverso l'adozione di due specifiche scale di valutazione: una scala relativa allo stato di attivazione dell'obiettivo e dell'intervento (5 livelli da piena attivazione a non attivazione) ed una scala relativa ai ri-

scontri valutativi in termini di risultato ottenuto (5 livelli da molto soddisfacente a non ancora prodotti).

Considerando complessivamente l'attività prodotta dalle Aziende, separatamente e congiuntamente, relativamente agli obiettivi e agli interventi transitati dal programma poliennale PAL nell'esercizio 2006, sono stati sottoposti a monitoraggio 129 obiettivi e 249 interventi:

- 39 obiettivi e 110 interventi per l'area territoriale,
- 56 obiettivi e 92 interventi per l'area ospedaliera,
- 34 obiettivi e 47 interventi per l'area socio-sanitaria e dei programmi trasversali,

La verifica di attuazione degli obiettivi ha riportato i seguenti risultati:

- attivati pienamente 58 (44,96%),
- in fase di avanzato sviluppo 59 (45,74%),
- in fase di iniziale attivazione 10 (7,75%),
- in fase di progettazione 2 (1,55%),
- non ancora attivati 0.

Dal punto di vista dei riscontri valutativi dei risultati, la conclusione per quanto attiene gli obiettivi è stata la seguente:

- molto soddisfacenti 59 (45,74%),
- soddisfacenti 55 (42,63%),
- non ancora valutabili 15 (11,63%),
- insoddisfacenti 0,
- non ancora prodotti 0.

Le schede analitiche di sintesi, relative a obiettivi e interventi esclusivi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e a quelli comuni alle due Aziende sanitarie, afferenti alle tre aree del PAL: territoriale, ospedaliera, integrazione socio-sanitaria e dei programmi trasversali sono riportate nel documento finale elaborato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria in collaborazione con l'Azienda (disponibili come appendice al presente volume sul sito www.ao.pr.it). Ogni scheda contiene il programma di riferimento, l'obiettivo, l'intervento, lo stato di attivazione e il relativo riscontro valutativo, e riprende le indicazioni del PAL oltre che il contenuto del Piano delle azioni aziendale. Sono inoltre messi in evidenza, per singolo obiettivo aziendale, il risultato atteso, l'indicatore per l'anno 2006 e il valore dell'indicatore.

Per una corretta interpretazione dei dati occorre considerare che una larghissima parte degli obiettivi 2006 non si sono esauriti nell'arco dell'anno, ma prevedono uno sviluppo poliennale e saranno quindi riproposti anche negli anni successivi.

Universalità ed equità di accesso

Il tema della universalità ed equità di accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e socio-sanitari costituisce un ulteriore pilastro del Servizio Sanitario Regionale come fissato dall'art. 1 della legge regionale 29/2004.

Dare attuazione a questo principio significa agire su diversi punti del sistema, ma in particolare porre attenzione alle condizioni di fragilità personale e sociale. A questo cerca di dare riscontro l'apparente eterogeneità del presente paragrafo.

Dimissioni difficili

Il concetto di *dimissione difficile* nasce dalla necessità di sopperire ai bisogni di una popolazione sempre più anziana che si caratterizza per criticità cliniche (pazienti polipatologici, spesso cognitivamente deteriorati, dipendenti sul piano psicofisico, ad elevato rischio iatrogeno) e sociali (solitudine, scarsa compliance familiare, problemi economici). Non sono peraltro rari i casi di dimissione difficile che riguardano persone giovani, colpite da patologie o eventi particolarmente invalidanti che causano grave disabilità.

Una dimissione può essere definita difficile quando, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, essa richiede un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che va oltre la potenzialità del paziente e della propria famiglia, indipendentemente dall'età, ed implica un coinvolgimento particolare di tutti i presidi territoriali: Medici di Medicina Generale, servizi infermieristici, servizi assistenziali, lungodegenze extra-ospedaliere, RSA, case protette, case di riposo, hospice. La dimissione è difficile per il paziente e per la sua famiglia nel momento in cui affrontano un passaggio così critico com'è quello dall'acuzie alla ridotta autonomia. Ma la dimissione rappresenta una difficoltà anche per l'ospedale quando la dimissibilità clinica del paziente non si traduce nell'effettiva dimissione per problematiche legate alla famiglia (assenza o precarietà della rete familiare, famiglia non consenziente) e/o alla rete socio-assistenziale per temporanea indisponibilità di risorse. La dimissione può essere difficile anche per chi deve prendere in carico il paziente, come ad esempio il medico curante, nei casi ad alta complessità sanitaria che richiedono la predisposizione ed organizzazione di un progetto articolato ed integrato; o anche per i distretti e i comuni per quanto concerne l'eventuale impegno delle risorse residenziali o dei servizi domiciliari che devono predisporre interventi tempestivi per soggetti che rientrano al domicilio.

Le principali cause di non dimissibilità possono essere di seguito riepilogate:

- mancanza di familiari idonei ad accudire pazienti anziani non autosufficienti,
- resistenza dei familiari a riprendere a casa il loro congiunto,
- necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali,
- necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio,
- necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio,
- idonea sistemazione extrafamiliare temporanea o definitiva.

Occorre introdurre una importante distinzione fra dimissione difficile integrata e non integrata: la prima implica una domiciliatura con attivazione di servizi multipli ed intensivi o l'impossibilità al rientro al domicilio e quindi la necessità di reperire un'idonea struttura territoriale; la seconda, invece, implica l'attivazione domiciliare del servizio infermieristico e/o assistenziale o la semplice

fornitura di ausili o presidi. Diverse sono le figure professionali che entrano in gioco nel percorso delle dimissioni difficili: i medici dei reparti segnalanti, gli assistenti sociali ospedalieri e territoriali, i componenti della unità valutativa geriatrica (U.V.G.), il medico di famiglia, gli infermieri e gli assistenti domiciliari.

Dal luglio 2001 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha istituito un osservatorio per le dimissioni difficili. I dati vengono forniti dagli assistenti sociali del Servizio Ospedaliero e raccolti in un database presso il Reparto di Lungodegenza Critica.

La tabella seguente mostra i dati relativi all'anno 2006:

Numero di segnalazioni concluse	1.375
Rientrati a domicilio	510
Istituzionalizzati (RSA, case protette, case di riposo, etc.)	264
Trasferiti ad altri reparti dell'Azienda	374
Deceduti nell'attesa della dimissione	148

NOTA: il dato deve essere integrato da 47 pazienti che sono stati trasferiti presso altri nosocomi, 8 trasferiti presso lungodegenze extra-aziendali, 22 trasferiti presso istituti di riabilitazione, 2 che hanno richiesto la dimissione volontaria

Dalla rielaborazione dei dati si evince che nel 77% dei pazienti dimessi vi è un ritardo al collocamento. Le cause di suddetto ritardo sono da ricondurre, in più della metà dei casi (52%) alla difficoltà di presa in carico territoriale. Comparando i dati relativi all'anno 2005 si rileva un lieve decremento della percentuale dei ritardi al collocamento (77% vs 79%) e della percentuale di pazienti non altresì collocati a causa del territorio (52% vs 59%); tali dati evidenziano, verosimilmente, una maggiore consapevolezza, da parte degli enti e delle strutture territoriali, del problema delle "dimissioni difficili".

Per le Dimissioni Difficili del Distretto di Parma esiste un protocollo approvato dalla Giunta Comunale in data 4 novembre 2002, messo a punto da una Commissione Interistituzionale allo scopo costituita. L'attuale Commissione ha ritenuto opportuno ridiscutere tale protocollo nei suoi aspetti operativi. Nell'anno 2006 è stato approvato il nuovo percorso delle Dimissioni Difficili, operativo già dai primi mesi del 2007.

Tutela e valorizzazione delle persone anziane e interventi a favore di anziani non autosufficienti

Consolidamento della rete dei servizi dedicati alle demenze senili

La U.O. di Geriatria dell'Azienda ha partecipato in modo determinante e qualificato all'obiettivo di consolidare e completare l'offerta dei servizi specifici per le demenze senili e qualificare i percorsi di accesso e la continuità assistenziale sviluppando risposte per le diverse fasi della malattia.

È stata attivata, attraverso la convenzione con l'AUSL di Parma, la partecipazione al Consultorio demenze di Parma e presso la sede delegata di Langhirano. In tali sedi viene garantita la presenza geriatrica qualificata, di

cui è stato richiesto, peraltro, un incremento orario. La partecipazione geriatrica ha permesso di incrementare il volume di attività svolto sia presso il consultorio di via Sidoli che presso il centro delegato di Langhirano, in particolare sono stati raggiunti gli obiettivi della riduzione delle liste d'attesa per le prime visite ed è stato assicurato il decentramento nel Distretto Sud-Est.

Presso il consultorio la componente geriatrica ha contribuito all'attività di formazione svolta in collaborazione con il volontariato e ha svolto attività didattica nei confronti dei medici specializzandi in Geriatria.

È attiva la partecipazione al gruppo di lavoro sul programma demenze del Piano Attuativo Locale (2005-2007) e al Comitato scientifico "Demenze".

È in corso la realizzazione di una cartella Psicogeriatrica orientata a raccogliere sia dati longitudinali e di esito sul singolo anziano/caregiver, sia dati di prevalenza e di incidenza sul globale della popolazione che affersce al Consultorio. La possibilità di conoscere attraverso il database la distribuzione degli assistiti nei diversi stadi di malattia orienta anche la programmazione dei servizi e le opportunità di assistenza sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione seguita ed è quindi di notevole ausilio per l'attuazione del progetto demenze nella provincia di Parma.

Un altro elemento di innovazione di questo strumento è rappresentato dallo spazio riservato ai dati relativi al caregiver, utilizzando anche scale standardizzate e validate di carico assistenziale e di stress che permettono di cogliere fin dall'inizio i punti di forza e di debolezza del nucleo familiare in modo da pianificare un *intervento personalizzato sui bisogni del malato e del caregiver*. La semplificazione della refertazione medica ha un'importanza determinante nella qualità del servizio in quanto riduce drasticamente i tempi di attesa e consente inoltre di compilare in modo altrettanto facilitato la lettera per la valutazione multidimensionale, introducendo uno standard per i vari nodi della rete. La possibilità di mettere in rete lo strumento permette di unificare l'approccio al paziente in tutti i punti e riduce la necessità di duplicazioni. L'U.O. Geriatria partecipa, in collaborazione con il Distretto Sud-Est di Langhirano dell'AUSL, al Progetto di Ricerca del Ministero della Salute sui "Livelli Essenziali di Assistenza Sociosanitaria relativamente ad anziani affetti da demenza" in cui è stata sperimentata una metodologia di valutazione di tipo integrato che consente di stabilire una mappa dei bisogni.

L'ambulatorio geriatrico e il day hospital geriatrico hanno incrementato l'attività di diagnostica relativa all'invecchiamento cerebrale e di psicogeriatrica contribuendo così ad allargare l'offerta a questo tipo di patologie in collaborazione con il Programma provinciale demenze. Di fatto si è realizzato un percorso preferenziale di tipo diagnostico e terapeutico che potrebbe tradursi nell'attivazione di uno specifico day service.

Per le fasi di scompenso comportamentale e di ricovero in ospedale è stata realizzata, unica esperienza regionale in ambito ospedaliero per acuti, una stanza dedicata alla gestione dei pazienti anziani affetti da de-

menza complicata da sintomi psichici e comportamentali (BPSD): l'Unità ospedaliera è caratterizzata da una stanza completamente dedicata al paziente e al caregiver, bagno e Snoezelen Room (stanza di stimolazione Multisensoriale) donata dall'Auser di Parma.

Le aree di sviluppo: l'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza

Relativamente a questa area di integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'U.O. di Geriatria in questi anni si è posta come referente nei confronti dei diversi soggetti istituzionali coinvolti (distretto, Comune, servizi ad personam), riguardo alla complessità della gestione del paziente anziano fragile e alla valutazione dei bisogni assistenziali attraverso la metodologia multidimensionale. Questa funzione è stata svolta relativamente a:

I programmi di prevenzione e di supporto per l'anziano fragile

partecipazione alla elaborazione dei programmi dei Piani di zona del Distretto di Parma (prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili degli effetti climatici, sostegno al lavoro di cura dei familiari)

Linee di sviluppo della rete dei servizi per anziani non autosufficienti

- partecipazione diretta all'attività di Unità Valutativa Geriatrica (UVG) territoriale in convenzione con l'AUSL;
- attività di valutazione multidimensionale svolta a livello ambulatoriale per la valutazione della non autosufficienza;
- coinvolgimento attivo nel percorso "dimissioni protette" a favore di una maggiore continuità assistenziale;
- partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale sulle dimissioni difficili;
- partecipazione al gruppo di lavoro sulla Lungodegenza previsto dal Piano Attuativo Locale (2005-2007);
- partecipazione al gruppo di lavoro "La rete" coordinato dal Comune di Parma ed attualmente impegnato per una programmazione per l'attuazione locale del FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).

Sviluppo e qualificazione dell'assistenza nella rete dei servizi

In riferimento all'obiettivo prioritario della qualificazione della qualità della vita e dell'assistenza orientate al benessere delle persone anziane e del loro caregiver sono state introdotte, nell'ambito della U.O. Geriatria, innovazioni relativamente a:

- prevenzione e cura del cavo orale nell'anziano ospedalizzato (tra i cui obiettivi vi è anche la *riduzione delle infezioni*);
- gestione del paziente demente con BPSD con *valorizzazione dell'ambiente di cura* (stanza dedicata e attrezzata per la stimolazione multisensoriale) e *del supporto al caregiver*;
- la modellizzazione di un supporto informatico web dei percorsi clinici in geriatria (progetto CLIPS) ha permesso di tradurre le linee guida esistenti adeguandole ai contesti specifici in cui si svolge l'attività clinica e attraverso l'informatizzazione rendere disponibili i Cli-

nical Pathway, per diffondere prassi cliniche consolidate e per concorrere a migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse e quindi a razionalizzare i costi. Nello specifico sono stati realizzati i Clinical Pathways relativi alle *lesioni da decubito* e alla gestione dei disturbi comportamentali attraverso una migliore appropriatezza dell'uso degli psicofarmaci e riduzione dei mezzi di limitazione personale;

- è stato attuato un modello di assistenza del paziente con frattura di femore (Orto geriatria) dal momento del ricovero alla dimissione protetta con una metodologia di intervento multidisciplinare e multiprofessionale e integrato con i servizi sociali. Le esperienze sviluppate dall'équipe medico-infermieristica della U.O. Geriatria dell'Azienda sono tutte esportabili e applicabili in altri nodi della rete grazie alla metodologia della valutazione multidimensionale e al linguaggio informatizzato sviluppato per essere utilizzato nella rete e possono essere utilizzati a fini della formazione per gli operatori sociosanitari e sanitari.

Il sostegno al lavoro di cura dei familiari

Si è sviluppato nel corso del 2006 principalmente attraverso:

- coinvolgimento nell'attività UVG per l'assegnazione dell'assegno di cura;
- attività di supporto alla rete dei servizi per l'anziano con demenza (stanza di degenza per BPSD e snoezelen room);
- partecipazione alle attività di informazione-formazione dei caregiver dei pazienti con demenza all'interno del programma demenze del Consultorio;
- partecipazione ai progetti del piano di zona relativamente alla qualificazione del lavoro di cura a domicilio.

Assistenza specialistica ambulatoriale: programmazione del settore e governo tempi di attesa

Nell'anno 2006 è stato attuato il monitoraggio dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dalla normativa vigente, utilizzando i criteri di priorità di accesso ed i tempi massimi di attesa adottati a livello nazionale, come da allegato 5 al Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza e riferendosi agli standard fissati dalla Regione (30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale).

L'Azienda si è inoltre impegnata a garantire tutte le urgenze differibili entro i 7 giorni; nel caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa è stato messo in atto un potenziamento dell'offerta.

Per alcune delle prestazioni oggetto di monitoraggio, i cui tempi di attesa sono risultati critici alle rilevazioni, è stato definito con l'Azienda Territoriale il fabbisogno di volumi prestazionali ulteriori erogabili da parte dell'AOU e sono stati attivati specifici potenziamenti di risorse professionali. Gli effetti di tali azioni sui tempi di attesa sono stati monitorati, analizzati e condivisi.

Per quel che concerne la separazione delle liste per le

differenti tipologie di prestazioni, l'Azienda ha potenziato l'intervento di presa in carico della gestione delle prestazioni di controllo da parte dei professionisti; in tal modo si è realizzata la separazione tra le diverse tipologie di lista (programmata, urgente e controlli).

Al fine di dare attuazione a quanto contenuto nel Piano Attuativo Locale 2005-2007, comprensivo del PAL della Specialistica Ambulatoriale approvato nel 2005, l'Accordo di fornitura stipulato nel 2006 ha previsto la conferma degli obiettivi quantitativi e qualitativi 2005, ponendo specifici obiettivi incrementali nelle branche specialistiche ad alta criticità. L'Azienda ha ottemperato a tale impegno mediante la stipula di contratti libero professionali *ad hoc* e prestazioni rese dai professionisti aziendali in regime di attività aggiuntiva. Tali iniziative nel corso del 2006 hanno prodotto una situazione di generalizzata riduzione delle criticità, pur dando atto che la variabilità nel tempo dei fattori di criticità non consente sempre di consolidare i risultati ottenuti.

Nel 2006 è proseguito il percorso, già iniziato nel 2005, con l'istituzione del tavolo fra MMG e Specialisti Ospedalieri, per l'attuazione congiunta di specifiche iniziative formative su linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici.

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, successivamente all'adozione e diffusione a tutti i professionisti della stessa della modulistica di richiesta predisposta secondo i requisiti indicati nella D.G.R. 2142/2000, ha proseguito il percorso di attivazione della prenotazione diretta, da parte dello specialista ospedaliero, delle prestazioni diagnostico-terapeutiche successive alla visita specialistica effettuata in Azienda.

L'Azienda si è inoltre impegnata a ridefinire i volumi prestazionali da destinare al completamento del percorso di semplificazione degli accessi. L'utilizzo della modulistica interaziendale e delle procedure di prenotazione "dedicate" sono elementi che conferiscono qualità al servizio di specialistica ambulatoriale offerto alla cittadinanza. Sono stati predisposti pacchetti di prestazioni per la prossima attivazione di day service con particolare riferimento all'area chirurgica oncologica.

Progetto SOLE

Nel corso del 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha completato la verifica, intrapresa nel 2005, del catalogo aziendale delle prestazioni ambulatoriali al fine di allinearli con il catalogo unico a valenza regionale SOLE, primo step per arrivare ad uniformare le prescrizioni dei medici (MMG, PLS e Specialisti), per agevolare il percorso al cittadino utente e la fase di prenotazione per gli operatori di sportello.

È inoltre proseguita l'attività di revisione del Nomenclatore Tariffario Aziendale con la formazione di gruppi di lavoro dei professionisti delle Unità Operative di Ortopedia, Clinica Ortopedica e della Struttura semplice dipartimentale Patologia dell'Apparato Locomotore.

Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica

In attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. 2678/2004 "Approvazione del programma Assistenza Odontoiatrica nella Regione Emilia Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi", nell'anno 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha continuato ad assicurare gli accessi e le prestazioni (ricomprese nel programma) aggiuntive agli aventi diritto con vulnerabilità sociale e sanitaria e si è provveduto ad una riorganizzazione complessiva delle attività assistenziali al fine di raggiungere un utilizzo massimale dei riuniti in dotazione alla U.O. di Odontostomatologia. Il processo di adeguamento tecnologico è stato avviato con la richiesta della sostituzione di 6 riuniti odontoiatrici.

Per quanto attiene l'area della prevenzione, sulla scorta delle indagini epidemiologiche condotte nel triennio 2002-2005, è stato avviato un programma di prevenzione della patologia cariosa nei soggetti con vulnerabilità sanitaria e sociale di età scolare in collaborazione con i distretti scolastici locali.

Inoltre, i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in collaborazione con gli specialisti dell'Azienda USL hanno tenuto degli incontri di formazione e informazione sulle patologie orali dell'infanzia e dell'età geriatrica: i primi rivolti ai Pediatri di libera scelta, i secondi ai geriatri delle strutture residenziali per anziani, agli specialisti territoriali e al personale infermieristico territoriale.

Piano regionale della prevenzione

La Struttura semplice dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia dell'Azienda ha preso parte attiva al progetto triennale (anni 2005-2007), approvato e validato con delibera della giunta del Comune di Parma, in collaborazione con l'Azienda USL, il CSA (ex-Proveditorato agli Studi), l'Ordine dei Medici e altri esperti della materia, per la tutela della salute pubblica, la prevenzione dell'obesità e delle patologie cronico-degenerative collegate allo stile di vita (diabete, ipertensione, patologie cardiovascolari e tumorali, osteoartropatie).

Il programma attuativo è stato articolato nei seguenti sotto-progetti: una campagna di comunicazione-informazione e sensibilizzazione rivolta alla collettività, un'azione di comunicazione rivolta alle donne (gravidanza, allattamento, menopausa) e una rivolta alle persone anziane. Inoltre ha partecipato ad un'altra iniziativa dell'Assessorato mobilità e ambiente del Comune di Parma su "Ambiente, salute e benessere". Le azioni intraprese hanno trovato riscontro nella pubblicazione di un volume "Mangiar bene allunga la vita. Pensaci!", in piccoli volumetti per istruzioni brevi, in trasmissioni televisive ed interventi sulla stampa locale, in interventi nelle scuole. Infine, nel marzo 2007, sono stati organizzati due convegni, relativamente all'Alimentazione in Gravidanza e per le Persone Anziane.

Screening Oncologici

In riferimento all'obiettivo del programma di screening per il carcinoma del colon retto è stata garantita la continuità del percorso diagnostico terapeutico conseguente alla positività del test del sangue occulto positivo, eseguendo nella totalità dei casi entro 30 gg. le colonscopie prenotate al centro screening.

Nel contempo, sebbene l'attività sia incrementata di 4 colonscopie al giorno rispetto alla attività routinaria, sono stati mantenuti i tempi di attesa per la colonscopia entro i 60 giorni richiesti dalle direttive regionali.

Punti di erogazione colonscopie	Sedute e prestazioni settimanali
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	20 prestazioni/settimana
Azienda USL di Parma, (Borgotaro, Fidenza, San Secondo)	5 prestazioni/settimana

In riferimento alle iniziative di controllo di qualità sul percorso diagnostico terapeutico è stata valutata la qualità della colonscopia secondo i parametri regionali.

Percentuale di raggiungimento del cieco	97%
Percentuale di colonscopie che rilevano polipi	60%
Polipectomie di polipi peduncolati asportati alla diagnosi	90%
Preparazione adeguata	92%
Esecuzione consenso informato	100%
Complicanze	0,6%
Sedazione (escluso casi particolari)	100%

In ogni caso il primo biennio del programma di screening è terminato nei tempi richiesti dalla Regione (31.3.2007) con importanti risultati.

Screening carcinoma Colon-Retto			
Risultati biennio 2005-2007	v.a.	%	
Popolazione contattata	100.000		
Popolazione arruolata	51.000	51	% pop. arruolata su pop. contattata
Sangue occulto positivi	3.000	5,9	% sangue occulto positivi su pop. contattata
Colonscopie eseguite	1.900	63	% colonscopie eseguite su sangue occulto positivi
Adenomi rilevati in totale	1.059	56	% adenomi rilevati su colonscopie eseguite
Adenomi ad alto rischio	503	47	% adenomi ad alto rischio su adenomi rilevati
Carcinomi	122	6,4	% carcinomi su colonscopie eseguite

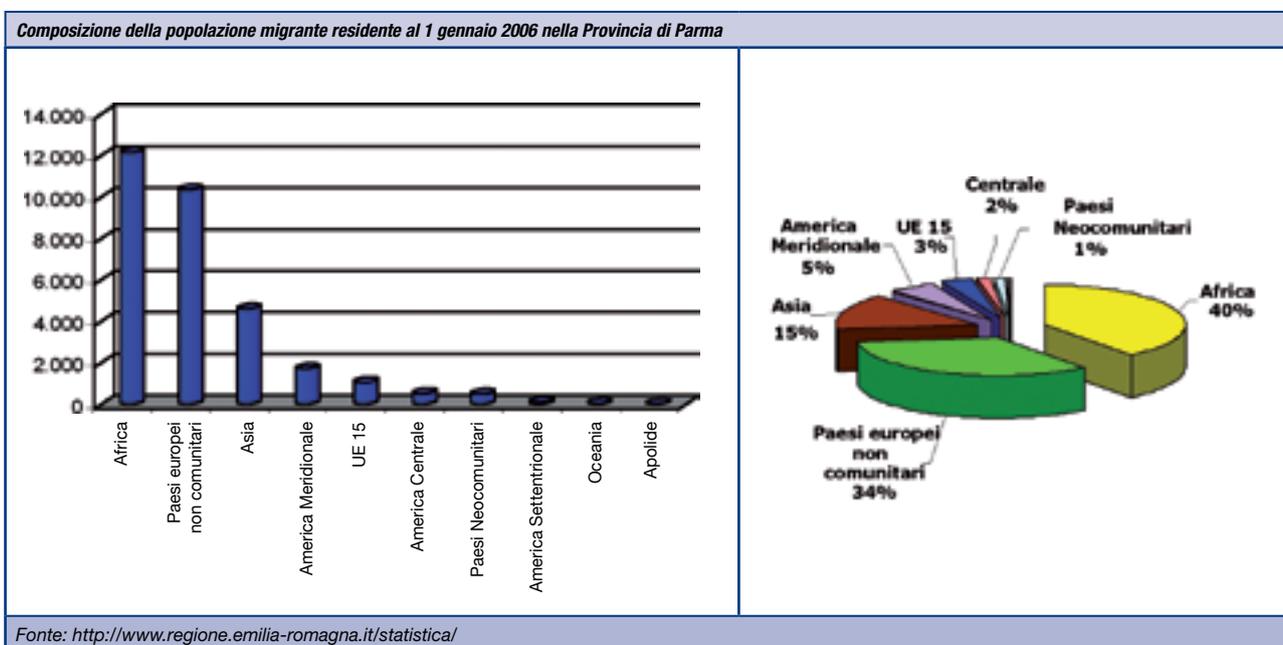
Si è dato inizio allo screening con la colonscopia per i famigliari di 1° grado secondo i criteri rilevabili dalle tabelle di seguito riportate.

Screening per Familiari di 1° grado di pazienti con K colon	
Criteri di Inclusione	Criteri di esclusione
Familiarità di 1° grado di pazienti affetti da K colon identificati con lo screening e di pazienti con k colon insorto prima dei 50 anni	Precedente diagnosi di tumore del colon-retto
Età < 75 anni	Età > 75 anni
Piena consapevolezza degli obiettivi dello screening	Mancanza di autonomia per patologie invalidanti
Se il tumore nel caso indice è insorto prima dei 50-55 anni, la sorveglianza sarà proposta ad una età inferiore di 10 anni a quella del caso indice	Altre condizioni patologiche che controindichino l'esecuzione di colonscopia (grave Insufficienza Respiratoria)
	Avere eseguito una colonscopia con esito negativo nei 5 anni precedenti o essere già in follow up per polipi

Assistenza ai cittadini migranti

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2006 è pari a 416.832 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 30.798 abitanti, equivalente al 7,39% del totale dei residenti. Per quanto riguarda la composizione della popolazio-

ne migrante residente, essa è composta per la maggior parte da africani (40%), provenienti in oltre la metà dei casi dall'Africa settentrionale (23% del totale), poi europei dell'est (34%), seguiti dagli asiatici (15%).



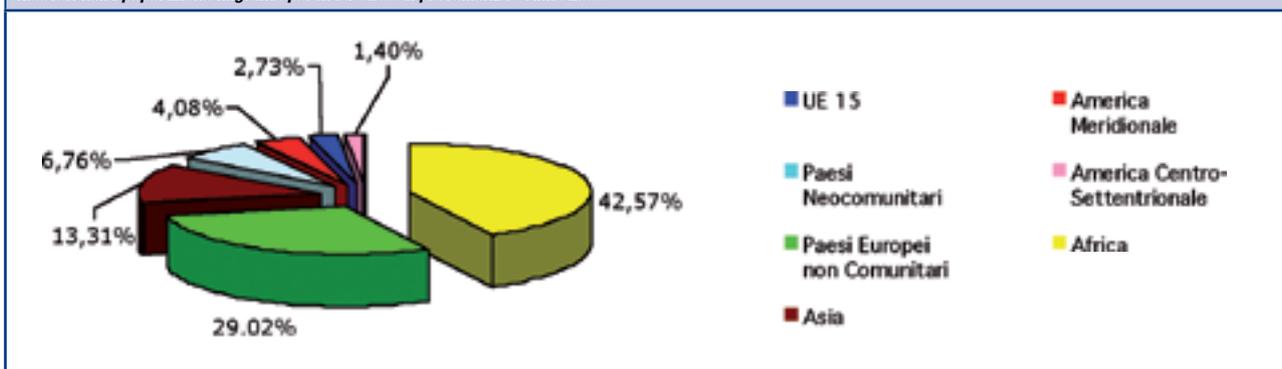
Ricoveri ospedalieri

Il totale dei ricoveri di pazienti stranieri (flusso regionale SDO) che si sono avuti nel 2006 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è in percentuale così ripartito: 80,8% in regime ordinario e 19,2% in regime di day hospital. Il numero assoluto di pazienti dimessi non italiani è stato di 3.921, pari al 7,64% di tutti i dimessi. Tra questi si è

rilevata una predominanza di africani, seguiti da pazienti provenienti dall'est europeo e da asiatici, rispecchiando quella che è la composizione della popolazione migrante residente. Le nazionalità più rappresentate sono: albanese, moldava, marocchina e tunisina, che da sole rappresentano il 42,4% dei ricoveri di pazienti migranti.

Ricoveri nella popolazione migrante, per paese di origine - 2006					
Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
ALBANIA	453	11,55	GHANA	148	3,77
MOLDOVA	421	10,74	COSTA D'AVORIO	142	3,62
MAROCCO	402	10,25	FILIPPINE	115	2,93
TUNISIA	387	9,87	CINA	100	2,55
ROMANIA	208	5,30	SENEGAL	98	2,50
NIGERIA	205	5,23	UCRAINA	90	2,30
INDIA	201	5,13			

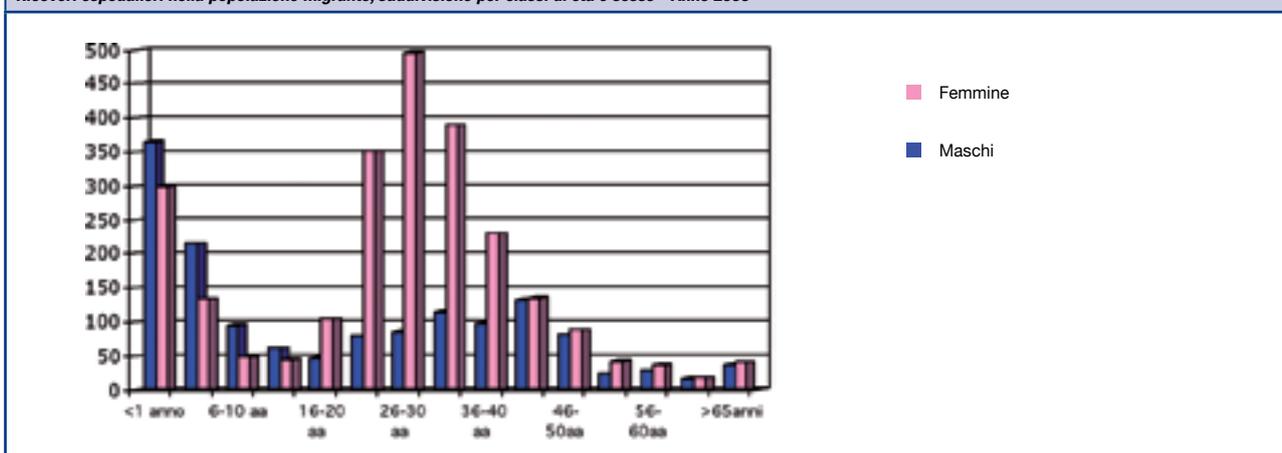
Ricoveri nella popolazione migrante per macroaree di provenienza - Anno 2006



Si sottolinea che, nella maggior parte dei casi, si tratta di giovani adulti di età compresa tra i 21 e i 40 anni (47%) e di bambini sotto i 5 anni, che rappresentano il 25,8% (di cui il 16,9% sono bambini al di sotto di un anno di

età) dei ricoveri totali di pazienti non italiani. Inoltre, analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia 21-40 anni (età fertile) i ricoveri sono stati nella maggior parte a carico delle donne.

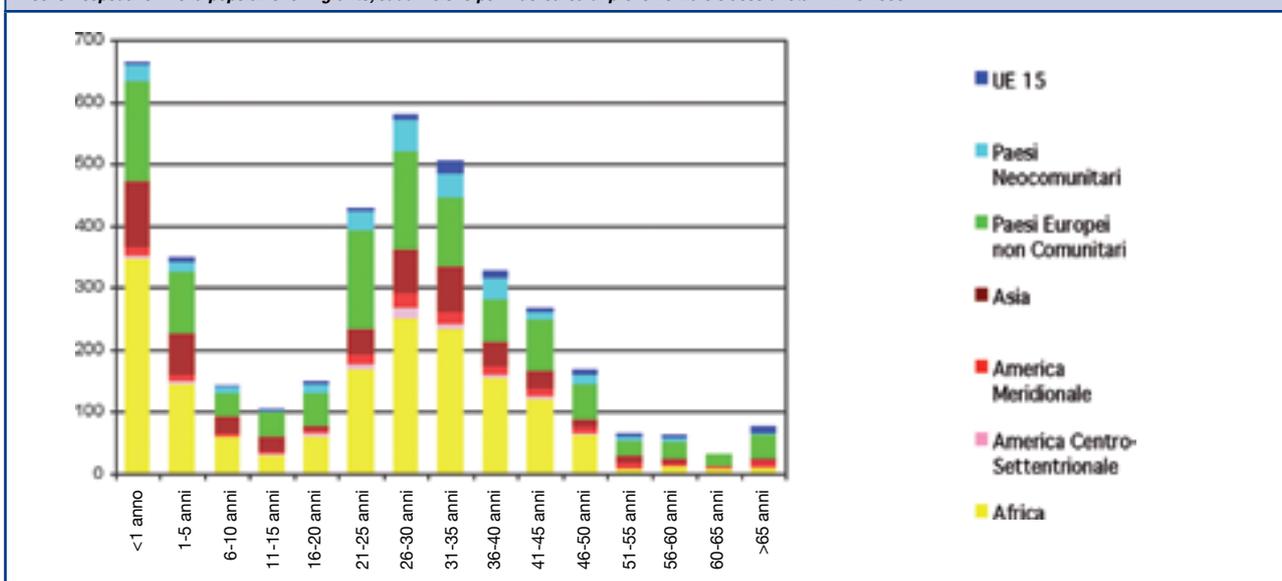
Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante, suddivisione per classi di età e sesso - Anno 2006



Gli immigrati di origine africana appartengono nella quasi totalità alle classi di età inferiori ai 50 anni, a dimostrazione di come tale migrazione riguardi individui di giovane età. Per quanto concerne le fasce sopra i 50 anni, si nota che queste sono costituite nella metà dei

casi (47%) da popolazioni provenienti dall'est europeo (paesi europei non comunitari o neo-comunitari). La distribuzione per sesso vede il 62,6% dei dimessi di sesso femminile e il 37,4% di sesso maschile.

Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante, suddivisione per macroarea di provenienza e classe di età - Anno 2006



Infatti, il reparto in cui si è verificato il maggior numero di ricoveri nel 2006 è rappresentato dall'Ostetricia e Ginecologia (34%), seguito dai reparti pediatrici (Neonatologia, T.I. Neonatale, Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica).

Distribuzione dei ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante per reparto di dimissione

Reparti di dimissione	N. casi	%
Ostetricia e Ginecologia	1333	34,00
Neonatologia- Rep. Pediatrici	1237	31,55
Reparti Internistici	509	12,98
Reparti Chirurgici	444	11,32
Ortopedie	184	4,69
Terapie Intensive	27	0,69
Altro	187	4,77
Totale	3921	100,00

La quota di pazienti dimessi non italiani sul totale dei dimessi è pari al 26,5% in Ostetricia e Ginecologia e al 16,15% nei reparti pediatrici.

Per rispondere all'esigenza del personale sanitario di comunicare correttamente con i pazienti stranieri, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha attivato, già da alcuni anni, un intervento di mediazione culturale che ha consentito:

- di fornire informazioni cliniche da parte dei medici di reparto circa la diagnosi e la terapia;
- di fornire informazioni corrette ai genitori per il consenso informato prima di particolari prestazioni terapeutiche (terapia oncologica, anestesia, intervento chirurgico, eccetera) su pazienti pediatrici;
- al personale di assistenza di raccogliere le informazioni necessarie per una conoscenza globale del paziente e, in particolare, del paziente pediatrico;
- di favorire la comunicazione con il bambino in un processo d'aiuto per superare il disagio della malattia e l'approccio a trattamenti clinici, chirurgici e riabilitativi complessi;
- di migliorare la comunicazione con i familiari e il paziente stesso per una garanzia di continuità terapeutica alla dimissione ospedaliera.

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Governo clinico

Per governo clinico si intende una politica sanitaria per il miglioramento della qualità dell'assistenza che si realizza su due versanti tra loro complementari: da una parte promuovendo l'uso delle metodologie e degli strumenti disponibili come parte integrante della pratica clinica; dall'altra realizzando un sistema di relazioni che consenta la partecipazione attiva e la responsabilizzazione dei professionisti a garanzia della qualità dell'assistenza.

La strategia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sul tema del governo clinico è stata orientata alla promozione di azioni finalizzate alla definizione e al monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e al contenimento del rischio clinico, alla gestione delle reti cliniche sul territorio provinciale di area vasta, alle iniziative di integrazione con l'Azienda USL, al fine di migliorare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e quindi delle prestazioni sanitarie erogate.

Percorsi diagnostico-terapeutici

Relativamente alla realizzazione di Percorsi diagnostico-terapeutici, è opportuno sottolineare che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma già da alcuni anni ha avviato un programma di ricerca "I Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi sanitari", finanziato dal Ministero della Salute. Dal 2002 la realizzazione di PDT e il loro monitoraggio per la verifica dell'adesione è diventata parte integrante dell'attività istituzionale; difatti, una parte degli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti include il monitoraggio di indicatori desunti dalla letteratura scientifica e condivisi dai professionisti coinvolti nei PDT. La metodologia adottata è quella validata nell'ambito del progetto di ricerca summenzionato, i cui risultati sono stati pubblicati su BMC Health Care Research nel 2005. In breve, i PDT nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma vengono determinati mediante consenso multiprofessionale, non indicano un processo di cura ideale, ma sono strettamente connessi alla pratica e alle possibilità delle singole strutture in cui sono generati. Nel nostro ospedale la creazione e l'implementazione dei PDT mira principalmente a promuovere la cooperazione multidisciplinare tra i clinici di diverse specializzazioni e tra i diversi reparti e a favorire l'informazione dei pazienti e la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari. La formulazione di ogni PDT è affidata al relativo Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLM), un team di esperti rappresentativo di tutti i servizi coinvolti nel processo di trattamento dell'attività assistenziale oggetto di analisi, sotto la guida di un coordinatore. La Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma promuove l'adozione dei PDT, supporta il GLM nella realiz-

I percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Indicatori EBM anno 2006

PERCORSO	N° Eleggibili / Anno	Grado di Adesione	PRINCIPALI INDICATORI PER LA VERIFICA	RISULTATO	VALORE ATTESO	UNITA' OPERATIVE COINVOLTE
TUMORE POLMONARE Data di avvio: Giugno 2001	200-220	96%	Valutazione entro 2 settimane dal sospetto Diagnosi confermata entro 4 settimane Misurazione del dolore all'ingresso Presenza dello stadio Discussione collegiale per pazienti di stadio III Riabilitazione preoperatoria Intervento chirurgico aderente ai criteri Trattamento combinato per eleggibili di stadio III	60% 74% 46% 99% 100% 83% 98% 100%	>=90% >=90% 100% 100% 100% >=90% 100% >=90%	Chirurgia Toracica; Oncologia Medica; Radioterapia; Medicina Riabilitativa; Clinica Pneumologica; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Scienze Radiologiche; Anatomia e Istologia Patologica.
TACHICARDIE SOPRAVENTRICOLARI Data di avvio: Marzo 2002	600-700	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Tasso di ricovero (1° sem 2005) Dimessi da PS/OBI in ritmo sinusale (1° sem 2005)	27% 90%	<40% >=90%	Cardiologia; Clinica e Terapia Medica; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna e Indirizzo Cardiologico; Medicina Interna e Indirizzo Angiologico e Coagulativo.
LINFOME NON HODGKIN Data di avvio: Giugno 2002	90-110	95%	Diagnosi confermata entro 2 settimane Esecuzione tempestiva biopsia Esecuzione tempestiva TAC Presenza dello stadio Discussione collegiale Inizio chemioterapia	81% 77% 48% 98% 100% 75%	>=90% >=90% >=90% >=90% >=90% >=90%	Ematologia e CTMO; Clinica e Terapia Medica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo; Medicina Nucleare; Oncologia; Radioterapia; Anatomia Patologica; Scienze Radiologiche.
MELANOMA Data di avvio: Gennaio 2003	120-140	99%	Diagnosi confermata entro 4 settimane Presenza dello stadio Discussione collegiale per pazienti con linfonodo sentinella positivo Rapida radicalizzazione Tempi di referatazione	92% 90% 100% 99% 85%	>=90% >=90% >=90% >=90% >=90%	Dermatologia; Anatomia e Istologia Patologica; Chirurgia Plastica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Oncologia Medica; Medicina Nucleare.
ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO Data di avvio: Gennaio 2000	300-330	99%	Esecuzione TAC Ricovero presso un reparto dedicato Visita fisica tempestiva Destinazione alla dimissione Poor outcome Visite di follow-up a 1 mese Somministrazione GDS	97% 80% 70% 90% 47% 30% 13%	>=95% >=90% >=90% >=90% <60% >=90% >=90%	Neurologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Centrale Operativa 118 - "Primo Soccorso"; Psichiatria; Neurologia; Medicina Interna ed Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa.
TROMBOEMBOLIA POLMONARE Data di avvio: Aprile 2004	180-200	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale 25%	Documentazione della probabilità clinica in PS (Geneva score) Documentazione della probabilità clinica in reparto (Wells score) Appropriatezza d'uso della ANGIO-TC Appropriatezza d'uso della trombolisi Appropriatezza d'uso dell'eparina	83% Non rilevabile in quanto il grado di adesione è < 75%	>=90% >=90% >=90% >=90%	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Nucleare; Medicina Interna ed Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Cardiologia; Clinica Pneumologica; Pneumologia; Clinica Geriatrica; Scienze Radiologiche.
BPCO Data di avvio: Gennaio 2001	370-400	94%	Allocazione nel reparto in base alla gravità Utilizzo della spirometria Utilizzo della ventilazione non invasiva Miglioramento grado di disabilità (scala MRC) Durata di degenza secondo i criteri stabiliti dal GLM Consulenza antifumo Vaccino antinfluenzale Esecuzione riabilitazione	96% 99% 96% 78% 93% 51% 92% 87%	>=90% >=90% >=90% >=70% 100% >=75% >=75% >=75%	Clinica Pneumologica; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
CIRROSI EPATICA Data di avvio: Dicembre 2001	450-490	98%	Allocazione in base alla gravità Reingressi entro 30 giorni Somministrazione di albumina	94% 5% 94%	>=90% <=10% >=90%	Malattie Infettive ed Epatologia; Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.
DOLORE TORACICO Data di avvio: Gennaio 2001	2000-2300	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Trasferimento in UTIC di paziente con TIMI Risk Score >=4 Pazienti sottoposti ad angioplastica primaria con door-to-balloon time <=90 minuti Ricoveri ripetuti	97% 37% 1%	>=90% >=90% <=2%	Cardiologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna e Indirizzo Cardiologico; Cardiologia; Clinica Geriatrica.
PARTE Data di avvio: Gennaio 2001	2200-2500	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	% parti cesarei Parti cesarei senza indicazione clinica Trevaglio di prova nelle preesartozite	33% 38% 40%	<=30% <15% >=30%	Ostetricia e Ginecologia; Neonatologia.
POLMONITE IN ETA' PEDIATRICA Data di avvio: Giugno 2001	110-130		Allocazione in base alla gravità Esecuzione entro 24 ore di ossimetria o EGA Terapia antibiotica aderente ai criteri Esecuzione dell'ossigenoterapia senza indicazione Somministrazione della terapia idratante venosa senza indicazione Radiografie di controllo non necessarie	 Non rilevabile in quanto il grado di adesione è < 75%	>=90% >=90% >=90% <10% <10% <10%	Clinica Pediatrica; Neonatologia; Pediatria e Oncematologia; Radiologia Pediatrica.
PROTESI D'ANCA Data di avvio: Ottobre 2002	350-390	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Puntaggi WOMAC Tempi di attesa Puntaggi VAS	0% 30% 84%	>=90% >=90% >=90%	Clinica Ortopedica; Ortopedia; Medicina Riabilitativa; Immunematologia e Trasfusionale; Radiologia; 2° Servizio Anestesia Farmazione.

zazione del documento e nell'identificazione degli obiettivi, verificandone periodicamente lo stato di attuazione. In questi anni sono stati realizzati 14 PDT, coinvolti circa 150 operatori sanitari e trattati oltre 7000 pazienti l'anno. Inoltre per ciascun PDT è stato individuato un set minimo di indicatori di "qualità", monitorato prospetticamente per misurare l'adesione alle evidenze scientifiche. In caso di scostamento il GLM ha analizzato (durante incontri trimestrali) le cause e individuato azioni correttive. La tabella nella pagina precedente riporta i risultati conseguiti nell'anno 2006 per singolo PDT in termini di grado di adesione al Percorso e grado di conseguimento degli obiettivi specifici.

Dodici dei 14 PDT implementati nel 2006 sono stati monitorati, le criticità discusse dai GLM nell'ambito di incontri periodici e i risultati presentati a tutti i professionisti interessati durante seminari o convegni. Due percorsi non hanno un'attività di verifica e pertanto non sono considerati attivi nel 2006. Come evidente nella tabella, il 70% dei percorsi ha un buon grado di adesione alle principali evidenze scientifiche, ciò consente di poter affermare/documentare che l'attività di governo clinico nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è principalmente esercitata mediante l'adozione di linee-guida nella pratica tradotte in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, il monitoraggio di indicatori desunti dalle evidenze scientifiche e attività sistematica di audit clinico.

Alla fine dell'anno 2006 è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione del percorso sullo Scempenso cardiaco, primo PDT integrato con l'AUSL di Parma. La natura cronica e degenerativa di molte patologie rende più che mai indispensabile garantire al paziente la continuità assistenziale, tramite la stretta collaborazione tra operatori ospedalieri e del territorio. L'attivazione di PDT interaziendali sarà l'attività prevalente dei prossimi anni.

Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale - Distretto

Percorso nascita

I percorsi formativi che hanno previsto l'integrazione ospedale territorio sono stati i seguenti:

1. 'L'ambulatorio ostetrico per la gravidanza fisiologica' con l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze delle ostetriche per essere in grado di effettuare il triage e seguire le gravidanze fisiologiche, anche a domicilio
2. 'Aspetti neurologici nel neonato a termine e pretermine'. Il corso si propone di far acquisire le principali caratteristiche cliniche indicative di uno stato di sofferenza neurologica nel neonato. Mira inoltre a consolidare le conoscenze cliniche fondamentali per una prima differenziazione diagnostica tra fenomeni parossistici di tipo convulsivo e non. Collateralmente ci si propone di specificare il significato e le principali indicazioni diagnostiche delle indagini laboratoristiche

e strumentali effettuate nella patologia neonatale.

3. 'Aggiornamento su SIDS, SIUD (su direttive regionali per l'accompagnamento alla nascita)'. Il corso è rivolto a varie professionalità al fine di apprendere le novità in questo campo, le modalità di prevenzione, il comportamento da tenere quando ci si trova di fronte a questa patologia. Il fine è quello di divulgare un atteggiamento corretto nei confronti di questa patologia, con lo scopo ultimo di conoscerne la reale entità, arrivare a definire le cause, ridurre la frequenza. Tutto ciò in accordo con la legge nazionale n. 31 del 2 Febbraio 2006 sulla SIDS.

La gestione integrata del paziente diabetico

La Struttura semplice dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia ha preso parte attiva al progetto per la Gestione Integrata del Diabete Mellito, partito nel 2005, sulla base della delibera regionale n. 1280 del 28.06.2004 e tutt'ora in corso. Al progetto hanno collaborato l'Azienda USL, la Direzione Sanitaria dell'AOU, l'U.O. Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari, la Clinica e Terapia Medica, le Associazioni dei diabetici della provincia di Parma, i referenti Medici di Medicina Generale. L'attività svolta è consistita nel precisare le caratteristiche dei pazienti diabetici eleggibili, già in carico alle strutture diabetologiche e disponibili mediante consenso informato al passaggio al nuovo modello d'assistenza in gestione integrata, nell'inviare questi pazienti e nel verificare a distanza di un anno l'adesione al protocollo assistenziale e nel collaborare con i Medici di Medicina Generale. L'adesione al progetto è stata soddisfacente: la S.S.D. Malattie del Ricambio e Diabetologia, da sola, ha inviato in gestione integrata 546 diabetici, tanto che Parma è stata individuata quale sede di riferimento anche per le province di Piacenza, Reggio Emilia e Modena (area vasta). Nell'ambito della commissione sono stati affrontati i seguenti settori d'intervento: protocollo per il trattamento del piede diabetico, la patente per i diabetici, la distribuzione di diagnostici e di materiale (siringhe, aghi per penne) per la cura del diabete. Inoltre, nell'ambito dell'attuazione delle 'Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito' è stato effettuato un corso teorico-pratico denominato: *"Il piede diabetico: il protocollo diagnostico-terapeutico nella gestione delle complicanze degli arti inferiori"*. Obiettivo del corso è stato migliorare l'approccio diagnostico-terapeutico del personale medico e infermieristico grazie al contatto con gli specialisti del servizio di 2° e 3° livello presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, creando le basi per un coordinamento provinciale ed extraprovinciale.

Un secondo evento formativo effettuato nel 2006 riguardava *"Le complicanze croniche del diabete mellito: dall'insulina-terapia al trapianto"*. Obiettivo del corso era approfondire conoscenze e competenze dei medici delle unità operative ospedaliere ed universitarie dell'Azienda e della medicina di base territoriale sulle varie opzioni terapeutiche in caso di diabete mellito con complicanze croniche.

La nutrizione artificiale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha ufficializzato nel gennaio 2007 l'attività del Team Nutrizionale.

L'attività del Team si esplica prevalentemente come consulenza in tutte le unità operative dell'Azienda con una più limitata attività ambulatoriale rivolta prevalentemente a pazienti neoplastici o chirurgici che necessitano di supporto nutrizionale pre- o post-intervento o pre- e post-chemio-radioterapia. Si tratta di pazienti per la gran parte in regime di day hospital.

Particolare attenzione è stata dedicata alla corretta gestione delle linee infusionali e quindi alla prevenzione delle complicanze con speciale attenzione al monitoraggio e alla sorveglianza degli accessi enterali, tra cui supervisione della stomia e della sua medicazione, controllo della corretta applicazione delle procedure di gestione secondo le disposizioni impartite, interventi diretti in caso di complicanze minori (infezioni locali, ostruzione, malfunzionamento, sintomi gastrointestinali eccetera) e coinvolgimento del Servizio di Endoscopia Digestiva o della Chirurgia in caso di complicanze maggiori.

In vista della dimissione dall'Ospedale tutti i pazienti in NE, e/o i loro famigliari e caregivers, usufruiscono dell'addestramento all'uso della pompa di infusione e vengono istruiti sulla gestione dei nutrienti e delle linee infusionali. Il Centro prende in carico dunque tutti i pazienti delle varie unità operative, attiva il Service per la fornitura dei nutrienti e del materiale di supporto al domicilio del paziente nel caso che la residenza sia nella provincia di Parma e attiva le autorità sanitarie competenti nel caso si tratti di paziente residente in altra provincia o altra Regione. Nella Provincia di Parma, a seguito dell'accordo tra AOU e AUSL del 2000, è infatti operativo un Servizio di NA domiciliare con un Team Nutrizionale Territoriale con efficace integrazione Ospedale-Territorio che permette di garantire referenza terapeutica certa e continuità assistenziale secondo un percorso predefinito e 'obbligato' e grazie alla fattiva collaborazione fra i due Team.

Tenuto conto che in ambito territoriale le prestazioni ambulatoriali di I livello sono prerogativa assoluta del Team Territoriale, il Team Ospedaliero viene coinvolto dal Territorio per interventi di II e soprattutto di III livello quando lo stesso Team Territoriale non è stato in grado di assicurarli presso le strutture specialistiche di riferimento dell'AUSL.

Si tratta generalmente di posizionamento della via di accesso enterale (quasi sempre la P.E.G., raramente la digiunostomia) o di sostituzione delle sonde oppure di complicanze maggiori della P.E.G..

In questi casi il Team Nutrizionale Ospedaliero si fa carico del caso clinico ricorrendo quasi sempre all'operato dell'Endoscopia Digestiva o della Chirurgia coinvolta.

Nel 2006 è proseguito il trend di crescita della attività in risposta all'ampliarsi della domanda da parte delle varie unità operative con conseguente marcato incremento degli interventi complessivi: oltre 2400 rispetto ai 1177 del 2005, ai 773 del 2004 e ai 395 nel 2003.

I dati epidemiologici delle giornate campione nel biennio 2005-2007 evidenziano inoltre una decisa tendenza

all'incremento del rapporto Enterale/Parenterale, con conseguenti favorevoli ripercussioni su complicanze e costi, in uno scenario di progressivo aumento globale dei pazienti nutriti artificialmente.

Nel corso del 2006 i casi trattati con nutrizione artificiale nella provincia di Parma sono risultati oltre 500 con oltre 250 nuovi casi. Nel complesso si tratta di una delle casistiche più numerose a livello nazionale.

Attività formativa

Anche nel corso del 2006 i componenti dei team nutrizionali hanno realizzato, in collaborazione con il settore Formazione e Aggiornamento, i programmi di formazione previsti dalla normativa regionale.

L'evento formativo ECM "Aggiornamenti in Nutrizione Artificiale", svoltosi a Parma, ha visto un'ampia partecipazione di medici e infermieri dell'Azienda e del Territorio. Il Team ha continuato a svolgere nel 2006 la funzione di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività di nutrizione artificiale nell'Azienda Ospedaliera, assolvendo altresì ai suoi compiti di promozione della sensibilità e della cultura specifica degli operatori dell'Azienda in campo nutrizionale.

Tra il 2005 e il 2006 sono stati prodotti e diffusi in ambito aziendale, alcuni in forma cartacea ed alcuni per via informatica (Intranet) i seguenti manuali e protocolli procedurali sulle tecniche di nutrizione clinica e sulla gestione degli accessi enterali e venosi con particolare attenzione alla prevenzione e al trattamento delle complicanze:

- materiale informativo cartaceo sulle tematiche generali di nutrizione clinica;
- guida generale per la gestione della PEG (Intranet);
- procedure terapeutiche pre- e post posizionamento della PEG (Intranet);
- protocollo di induzione della Nutrizione Artificiale Enterale (Intranet);
- protocollo procedurale nella gestione della N.E. tramite SNG, PEG o digiunostomia (Intranet);
- protocollo informativo per il paziente e per i suoi familiari sulla gestione della nutripompa;
- manuale per la gestione della Nutrizione Parenterale con particolare riferimento al catetere venoso centrale, prevenzione e trattamento delle complicanze;
- scheda di valutazione e screening nutrizionale (Intranet);
- idonea modulistica di informazione per il paziente ad integrazione del consenso informato, validata dall'Ufficio Legale dell'Azienda, per il posizionamento di S.N.G., P.E.G., digiunostomia, CVC (Intranet).

Altre attività

Nel novembre 2006 è stato costituito il Gruppo Multidisciplinare Aziendale dedicato alla Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA (composto da neurologo, pneumologo, nutrizionista, fisiatra, psicologo, assistente sociale), contestualmente alla istituzione dell'Associazione pazienti affetti da SLA, con importante coinvolgimento del Team Nutrizionale vista la inevitabile comparsa di disfagia nel decorso progressivo di tale patologia con frequente necessità di nutrizione artificiale.

L'adesione al progetto anche da parte dei professionisti del Territorio coinvolti ha quindi permesso la formazione di un Gruppo Multidisciplinare Interaziendale.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico è operativo dal gennaio 2007 con un programma di follow-up che prevede visite di controllo con la contestuale disponibilità in una stessa giornata di tutti gli specialisti coinvolti in misura da favorire e semplificare l'iter del paziente. È previsto il follow-up di tutti i pazienti della provincia in collaborazione integrata con l'équipe territoriale.

Il Team ha inoltre attivamente partecipato alla recente definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico per il paziente fratturato di femore insieme al Dipartimento Osteoarticolare e al Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il Team in ambito regionale partecipazione alla scelta dei prodotti per nutrizione enterale aggiudicati in gara 'AVEN', in ambito aziendale il Team fa parte del Gruppo di lavoro di valutazione per la fornitura in service di sistemi per nutrizione enterale e parenterale.

La prevenzione cardiovascolare

Nel corso del 2006 è stata insediata la Commissione Cardiologica Cardiochirurgica Provinciale, composta da tutti i Responsabili della rete ospedaliera e territoriale coinvolti nel processo di gestione dei pazienti con Sindrome coronaria acuta.

I principali temi che la Commissione, nell'ambito del suo mandato, ha affrontato nel corso del 2006 sono stati:

- indagine sul grado di realizzazione della rete regionale per l'emergenza integrata secondo il modello hub and spoke nell'infarto miocardico acuto ST sopraslivellato;
- gestione ospedaliera e territoriale del paziente con scompenso cardiaco avanzato;
- progetto per il trattamento delle Sindromi coronariche in rete nella provincia di Parma attraverso telecardiologia;
- attuazione del capitolo 8.2 (cardiologia - cardiocirurgia) del Piano Attuativo Locale.

In merito all'indagine sul grado di realizzazione della rete regionale per l'emergenza integrata secondo il modello hub and spoke nell'infarto miocardico acuto ST sopra-

slivellato, si è provveduto a effettuare un'approfondita indagine presso tutte le strutture della rete hub and spoke coinvolte al fine di dare risposta a livello regionale ma anche di evidenziare eventuali criticità, e pianificare quindi le attività necessarie all'attivazione del Progetto in ambito provinciale.

In particolare sono state attivate tre Commissioni di lavoro con i seguenti mandati:

- individuazione della tecnologia necessaria alla teletrasmissione dell'EKG;
- valutazione dell'impatto assistenziale derivante dall'attuazione del Progetto hub and spoke;
- completamento del documento provinciale sul percorso e sulla gestione delle Sindromi coronariche acute.

Il Gruppo di lavoro che ha affrontato il tema della individuazione tecnologica della teletrasmissione ha presentato alla Commissione Cardiologia Provinciale un progetto di definizione e allocazione delle tecnologie necessarie a garantire la teletrasmissione.

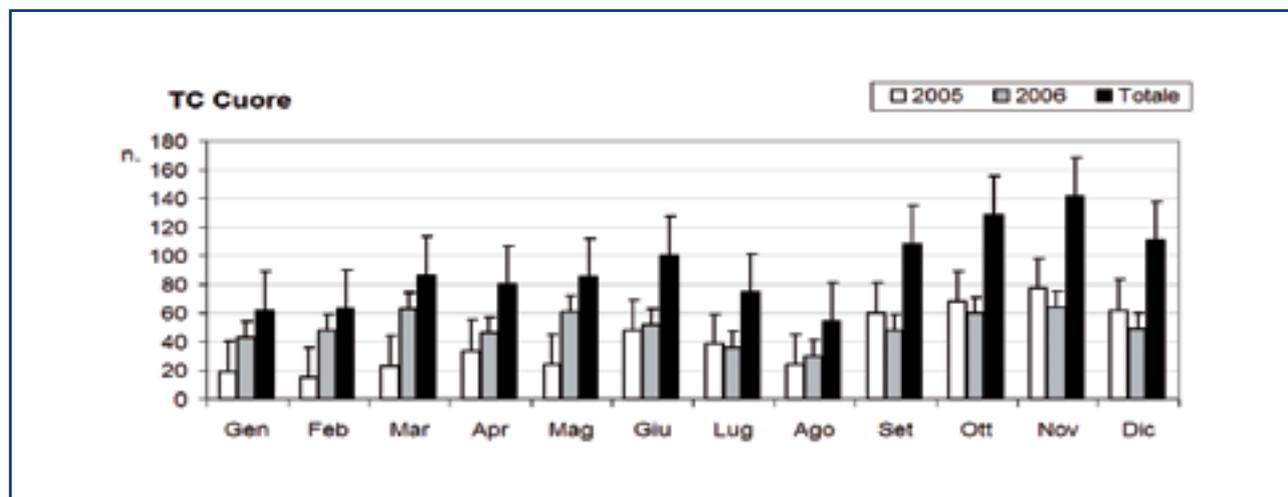
Per quanto riguarda la valutazione dell'impatto assistenziale derivante dall'attuazione del Progetto hub and spoke e il completamento del documento provinciale sul percorso e sulla gestione delle Sindromi coronariche acute, si è provveduto ad implementare il Percorso del Dolore Toracico dell'Azienda arrivando ad una definizione di tale percorso su scala provinciale con il coinvolgimento dei Cardiologi dell'AOU, AUSL e degli Specialisti ambulatoriali.

I risultati di tale lavoro sono stati presentati a tutti gli operatori in un convegno realizzato nel febbraio 2007 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in modo da diffondere tale percorso in ambito provinciale.

Innovazione tecnologica e diagnostica cardiologica

Il lavoro allo stato attuale ha raggiunto i seguenti obiettivi:

- È stata effettuata una revisione/meta-analisi della letteratura. Tale meta-analisi viene mantenuta costantemente aggiornata.
- L'impatto clinico è stato valutato preliminarmente. Sono stati effettuati 492 esami di cardioTC nel 2005 e 600 nel 2006. Distribuiti come segue:



c. L'appropriatezza delle indicazioni risulta dai dati come segue:

ANNO 2005 POPOLAZIONE STUDIATA: TOTALE DATABASE 362 PERSONE MASCHI: 239 (66%) FEMMINE: 123 (34%) ETA' MEDIA: 63 BMI: 26,6 ESTERNI: 271 (75%) INTERNI: 91 (25%)	SENZA STORIA DI CAD (no ima, no rivasculariz)	237 (65%)
	RIVASCOLARIZZATI pre-TAC	90 (25%)
	PAZIENTI CON IMA NON RIVASCOLARIZZATI	32 (9%)
	CARDIOMIOPATIA DILATATIVA	21 (6%)
	STENT	49 (14%)
	BY-PASS	47 (13%)

Valutazione generale sul totale dei pazienti				
SINTOMI pre-TAC		VALUTAZIONE TAC		
		CORO INDENNI	MALAT NON CRITICA	MALAT CRITICA
ASINTOMATICI	105 (29%)	26 (25%)	34 (34%)	43 (41%)
DOLORE TIPICO	55 (15%)	6 (11%)	11 (20%)	39 (71%)
DOLORE ATIPICO	114 (31%)	29 (25%)	50 (44%)	35 (31%)
ALTRI SINTOMI	64 (18%)	27 (42%)	14 (22%)	21 (33%)
SCA	24 (7%)	1 (4%)	11 (46%)	12 (50%)
TOTALE	362	89 (25%)	121 (34%)	150 (41%)

Valutazione selettiva pazienti senza storia di CAD (no pregresso IMA e/o rivascularizzazione)				
SINTOMI pre-TAC		VALUTAZIONE TAC		
		CORO INDENNI	MALAT NON CRITICA	MALAT CRITICA
ASINTOMATICI	57 (24%)	23 (40%)	28 (49%)	6 (11%)
DOLORE TIPICO	25 (10%)	4 (16%)	8 (32%)	13 (52%)
DOLORE ATIPICO	85 (36%)	28 (33%)	44 (52%)	13 (15%)
ALTRI SINTOMI	53 (23%)	25 (47%)	19 (36%)	9 (17%)
SCA	17 (7%)	1 (0,6%)	9 (53%)	7 (41%)
TOTALE	237 (65,5%)	81 (34%)	108 (46%)	48 (20%)

- Sulla base dei dati preliminari del 2005 con follow-up medio a 18 mesi, circa il 59% dei pazienti sottoposti a Coronarografia-TC (incluso tutti i pazienti, n = 362; sospetta malattia coronarica e pazienti già rivascularizzati) ha potuto evitare una coronarografia convenzionale che avrebbe avuto unicamente esito diagnostico. Prendendo in considerazione esclusivamente i pazienti con sospetta malattia coronarica (n = 237) circa l'80% dei pazienti sottoposti a Coronarografia-TC ha potuto evitare una coronarografia convenzionale che avrebbe avuto unicamente esito diagnostico. E' stata inoltre completato un documento regionale che riunisce le raccomandazioni condivise di utilizzo della Coronarografia-TC.
- d. Il sistema centralizzato delle letture è operativo presso il Dipartimento di Radiologia dell'Azienda. Sono iniziati i primi incontri per la rivalutazione delle attività effettuate presso altri centri partecipanti della Regione Emilia-Romagna.
- e. Si è provveduto mediante diversi incontri a stabilire tra gli operatori del progetto delle indicazioni condivise risultate in un documento regionale. Associato al sistema centralizzato delle letture è operativo un network per la formazione basato su incontri ogni 4-8 settimane al fine di rivalutare le indicazioni cliniche.

Per concludere, possiamo osservare che la TC delle coronarie è diventata a Parma nel corso di due anni di attività uno strumento clinico importante in alcune popolazioni di pazienti. È possibile stimare che siano state evitate un numero di coronarografie convenzionali pari a circa 150-200 pz./anno (stima basata sull'anno 2005). Il trend futuro tende verso l'arruolamento di pazienti sempre più complessi ed in contesti sempre meno elettivi (ad esempio applicazione in urgenza-emergenza). I percorsi diagnostici in alcuni casi si sono abbreviati significativamente ed in altri si sono risolti a causa dell'utilizzo della TC delle coronarie. L'ulteriore espansione del servizio tenderà a migliorare e a rendere sempre largamente e rapidamente fruibile questa metodica che come atteso ha modificato in meglio la diagnosi e la cura dei pazienti.

Iniziative di integrazione con l'Azienda USL

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL hanno costituito alcuni gruppi interaziendali di professionisti per promuovere e realizzare integrazione di attività e processi assistenziali:

- gruppo di lavoro interaziendale su area emergenza-urgenza in psichiatria;

- gruppo permanente di progetto interaziendale di miglioramento e sviluppo delle reti cliniche pediatriche per quanto riguarda l'integrazione ospedale-territorio;
- gruppo di lavoro interaziendale per il progetto "Razionalizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni di Risonanza Magnetica", che ha prodotto le prime indicazioni per un uso appropriato di tale tecnologia.

Gestione del rischio

Nel 2006 l'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione dei rischi in ospedale, in quanto la complessità organizzativa dell'Azienda rende necessaria l'attivazione di un organismo interno che identifichi i fattori di rischio e stabilisca di conseguenza un piano di gestione degli stessi.

Il "Gruppo di lavoro per la Gestione del Rischio" è così composto: Direttore Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie, funzione in staff di Medicina Legale, Responsabile Servizio Assistenziale, Direttore del Servizio coordinamento attività giuridico amministrative, Direttore Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, Responsabile S.P.A., Direzione sanitaria, Responsabile funzione di staff della Direzione Generale per il Rischio clinico.

Il gruppo di lavoro comprende professionalità diverse con il fine di apportare sostanziali contributi, ognuno per quanto di propria competenza, ad una valutazione "olistica" del rischio in ambiente sanitario, rilevandosi la particolare complessità dei percorsi di cura in cui l'evento avverso può trovare la sua causa non solo nel comportamento di un singolo professionista ma in un insieme di fattori che possono coinvolgere anche gli aspetti organizzativi, strutturali e tecnologici.

La funzione del gruppo è quella di identificare, valutare e gestire gli eventi e le azioni che possono colpire la capacità della organizzazione di raggiungere i propri obiettivi, attraverso attività coordinate di gestione del rischio.

Il campo specifico di applicazione inerisce, quindi, l'attività intrinsecamente rischiosa della struttura sanitaria e cerca di individuare gli strumenti per valutare e governare i rischi insiti in queste attività, ricercandone i miglioramenti nel sistema di gestione complessivo, sviluppando strumenti efficienti per il governo delle aziende stesse e identificando le conseguenze economiche derivanti dalla esposizione al rischio stesso da parte dei pazienti e anche del personale dipendente.

Ne consegue, tramite l'apporto multidisciplinare, la realizzazione di un sistema dinamico che consente da un lato di conseguire obiettivi di miglioramento complessivo della qualità delle attività e delle prestazioni erogate dalla struttura (governo clinico) e dall'altro può essere utilizzato come elemento di affidabilità della struttura in sede di gestione del contenzioso e nella contrattazione con le assicurazioni.

Relativamente al contenimento del *Rischio clinico*, la Direzione Generale ha identificato una *funzione* che nell'Atto aziendale è stata inserita in staff. Tale funzione è stata attribuita al fine di coordinare un Programma

aziendale sul Rischio Clinico, dettagliato dal Piano di attività annuale.

A tale riguardo è stato elaborato un progetto che delinea l'assetto organizzativo per definire e configurare le prerogative e le responsabilità di organi e funzioni aziendali coinvolti nella gestione del rischio clinico, definendo ruoli, compiti specifici e attesi. L'obiettivo di tale progetto è prevedere, prevenire e ridurre i rischi reali e potenziali per i pazienti attraverso processi coordinati di identificazione, registrazione, segnalazione e analisi degli incidenti, che comprendono anche un momento finale di coordinamento delle varie informazioni sulla messa in sicurezza in modo da poter favorire una migliore strategia per la soluzione del problema. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la sensibilizzazione degli operatori che comporta un vero e proprio cambiamento culturale negli atteggiamenti nei confronti del rischio.

L'impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per la sicurezza del paziente si concretizza, dunque, nell'organizzazione del sistema per il rischio clinico che ha come compito specifico la realizzazione di iniziative e la promozione di azioni finalizzate a ridurre i rischi e a migliorare gli standard di qualità dell'assistenza sanitaria, grazie alla programmazione e alla gestione del rischio. A fronte di questo impegno c'è la volontà di promuovere una cultura della sicurezza e soprattutto dell'*imparare dagli errori*, condizione imprescindibile per un sistema sanitario più sicuro.

Il progetto definisce il programma di attività del prossimo triennio, focalizzando l'attenzione sulle azioni di coordinamento e sviluppo delle attività di gestione del rischio clinico:

- l'implementazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi;
- formazione mediante simulazione;
- formazione sulla comunicazione con i pazienti che hanno subito un evento avverso;
- registro aziendale dei rischi.

In considerazione del fatto che la normativa vigente prevede che il Collegio di Direzione sia l'organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico, tale progetto è stato discusso e validato in Collegio di Direzione. Il Collegio di Direzione, inoltre, intende individuare un referente (Direttore di Dipartimento) e una rete di referenti dipartimentali per favorire l'integrazione con il Responsabile della funzione di staff della Direzione Generale. In particolare, la rete dei referenti dipartimentali assicura l'integrazione tra il livello gestionale e il livello operativo, mediante l'attento monitoraggio dei punti di debolezza evidenziati nel percorso di analisi dei rischi.

Gli strumenti per la gestione del rischio, definiti con il Collegio di Direzione dell'Azienda, sono:

- identificare i rischi di incidenti che possono danneggiare i pazienti (incident reporting, analisi della documentazione clinica, gestione dei reclami e delle segnalazioni);
- effettuare l'analisi e la valutazione dei rischi individuando le criticità più gravi e gli errori più frequenti (audit clinici);

- adottare le misure di prevenzione, riduzione, eliminazione del rischio.

Si è inoltre programmato un intervento a livello aziendale mediante l'utilizzo di uno specifico strumento (questionario) sul rischio clinico, al fine di effettuare un'indagine conoscitiva a livello aziendale a garanzia dei professionisti dell'area sanitaria e a tutela dei pazienti per la prevenzione del rischio clinico.

In questo contesto, è stato definito il *percorso formativo* per i professionisti dei Dipartimenti impegnati nella gestione del rischio clinico. Risulta, infatti, fondamentale per la gestione del rischio attuare interventi formativi volti a migliorare il grado di percezione del rischio da parte degli operatori sanitari e a favorire il cambiamento culturale per affrontare efficacemente il tema della sicurezza del paziente e della prevenzione degli incidenti.

Inoltre, l'obiettivo *gestione del rischio clinico* è stato condiviso con i Dipartimenti e inserito nella programmazione del budget 2007 come segue:

1. Dipartimenti Medici "Produrre sistemi e metodi per rendere omogenea la lettura e la gestione del rischio inteso come evento avverso attuale e potenziale, del processo assistenziale" (mediante lo strumento incident reporting);
2. Dipartimenti Chirurgici "Adesione al Progetto screening degli eventi avversi nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna mediante i dati contenuti nelle SDO e la revisione delle cartelle cliniche".

Nell'ambito dei Progetti di ricerca finalizzata presentati dalla Regione Emilia-Romagna al Ministero, l'Azienda è divenuta unità operativa cofinanziatrice del progetto "*Gestione extra giudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie*". Per la realizzazione di tale progetto e per l'approfondimento degli specifici aspetti della Gestione del Contenzioso si sono suddivisi i lavori in tre sottogruppi:

- Mediazione
- Medicina Legale
- Conciliazione

Sottogruppo Mediazione: l'Agenzia Sanitaria Regionale ha predisposto corsi di formazione di specifiche figure professionali che, all'interno di ogni Azienda, siano in grado di affrontare positivamente i problemi relazionali creati tra utenza e professionisti sanitari e da cui sono scaturiti reclami, col fine di recuperare un rapporto dialogico e fiduciario del cittadino con la struttura sanitaria. L'Azienda Ospedaliera di Parma ha già formato due mediatori e un terzo terminerà il corso di formazione entro il mese di novembre 2007.

Sottogruppo Medicina Legale: presso l'Agenzia Sanitaria Regionale si tengono periodiche riunioni dei medici legali delle singole Aziende sanitarie partecipanti con costituzione di due ulteriori sottogruppi allo scopo di redigere protocolli operativi unici per tutte le Aziende in riferimento al consenso informato e alla corretta compilazione e gestione della cartella clinica. I relativi documenti sono in fase di elaborazione.

Sottogruppo Conciliazione: i rappresentanti delle singole aziende sanitarie hanno elaborato un documento riepilogativo con indicazione di principi, criteri e metodologie relativi al processo di conciliazione aziendale, in cui è prevista l'istituzione dei seguenti organismi deputati rispettivamente alla valutazione dei sinistri di tipo sanitario e alla realizzazione di attività conciliativa con la controparte: Comitato di valutazione sinistri e Commissione conciliativa.

In particolare, il *Comitato di Valutazione sinistri* è così composto: funzione in staff di Medicina Legale, funzione in staff della Direzione Generale per il Rischio clinico, Direzione sanitaria, Ufficio Legale e Assicurativo, Direttore Servizio Assistenziale, Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico, Compagnia assicurativa.

Le riunioni periodiche hanno lo scopo di discutere dei casi inerenti specifiche richieste risarcitorie e già oggetto di valutazione medico legale al fine di concordare con la Compagnia assicuratrice la condotta da tenere nei singoli casi. La casistica esaminata consente di monitorare l'andamento del contenzioso e può costituire anche motivo di valutazione dei processi di cura al fine di apportare i correttivi più opportuni, in un'ottica di miglioramento della qualità e della prevenzione dei rischi. Nelle intenzioni dell'Agenzia Sanitaria Regionale la *Commissione Conciliativa* (che è in corso di definizione a livello aziendale) ha lo scopo di formulare al cittadino danneggiato una proposta transattiva ai fini della bonaria composizione della controversia. Nel conseguente atto di transazione è previsto che sia allegata dichiarazione del danneggiato di completa tacitazione di ogni pretesa legata all'evento in esame e suo formale impegno alla rinuncia di ogni ulteriore azione collegata. Ogni riunione della Commissione dovrà essere verbalizzata e sottoscritta da tutte le parti presenti, sia che conduca ad una definizione positiva sia che venga constatata l'impossibilità di arrivare ad una soddisfacente conclusione. In caso di mancata conciliazione verrà ugualmente redatto apposito verbale ad esclusivo uso interno.

Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere

Studio di prevalenza

Nel corso del 2006 è stata effettuata la sorveglianza delle infezioni ospedaliere tramite l'esecuzione sistematica di indagini di prevalenza, utilizzando il protocollo del progetto HELICS (European Link for Infection Control through Surveillance) messo a punto dalla Divisione di Sanità Pubblica della Comunità Europea nell'ottica di una strategia globale d'implementazione di un network sulle infezioni ospedaliere che associ sorveglianza, controllo, formazione e ricerca.

Gli obiettivi dell'indagine erano i seguenti:

- identificare e quantificare le infezioni esistenti,
- individuare il ruolo eziologico e la distribuzione di frequenza dei microrganismi,
- rilevare gli antibiotici in uso,
- monitorare le eventuali antibiotico resistenza.

Le indagini di prevalenza hanno interessato 20 unità operative aziendali ed il totale di pazienti inclusi nello studio è di 522.

I dati raccolti sono attualmente a disposizione della sezione di Igiene dell'Università degli Studi di Parma che cura l'elaborazione degli stessi.

Sorveglianza dei microrganismi sentinella

Ai fini epidemiologici e di prevenzione di eventuali infezioni nosocomiali, si è proseguita la sorveglianza degli eventi epidemici e degli eventi sentinella, avviata nel corso dell'anno 2005, in linea con la delibera regionale n. 186 del 7.02.2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nella Strutture Sanitarie", che comprende la rilevazione all'interno di tutte le unità operative aziendali di alcune specie microbiche di particolare rilevanza dal punto di vista clinico-assistenziale: *Aspergillus spp.*, *Legionella spp.*, *Mycobacterium tuberculosis multiresistente*, *Streptococcus pneumoniae penicillino resistente*, *Stafilococchi meticillino-resistente*, *Enterococchi vancomicina-resistenti*, *Enterobacteriaceae produttrici di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Clostridium difficile*.

La procedura prevede:

- implementazione di un database specifico;
- contestuale raccomandazione ai reparti di porre in atto adeguate misure igienico-preventive indispensabili a contenerne la diffusione (applicazione delle indicazioni operative contenute nel Manuale Aziendale "Misure di isolamento in ospedale - Linee Guida e Schede Operative");
- verifica in campo, a cura del Servizio di Igiene, con audit sulla corretta applicazione delle indicazioni fornite;
- trasmissione periodica dei report a tutte le unità operative interessate.

Progetto LASER (Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna)

Adesione al progetto regionale "Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna - Laser", con l'obiettivo di promuovere il trasferimento nella pratica degli interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla mortalità della sepsi.

Il progetto, della durata minima di 24 mesi, ha previsto:

- istituzione del "Team Sepsis aziendale formato da figure interdisciplinari, che hanno partecipato a specifici programmi di formazione a livello regionale diventando referenti di progetto;
- progettazione ed avvio di un percorso formativo interno (1° corso già avviato e concluso), rivolto al personale medico ed infermieristico delle unità operative aziendali, che si articola in due giornate di corso ripetute più volte, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari le conoscenze e gli strumenti per:
 - riconoscere precocemente lo stato di sepsi, sepsi grave e shock settico;
 - gestire correttamente lo stato di sepsi e di sepsi grave fino al momento in cui le condizioni di insufficienza d'organo diventano di competenza intensiva (trasferimento Rianimazione).

Nell'arco del primo anno di progetto ci si è prefissati l'obiettivo di formare 480 operatori. Nel corso del 2° anno ne verranno formati altrettanti;

- valutazione degli attuali processi organizzativi correlati al percorso clinico del paziente con sepsi e sepsi grave, con la messa a fuoco delle criticità dei vincoli procedurali in essere, e la contestuale pianificazione delle soluzioni operative più opportune per agevolare la gestione del caso clinico con particolare riguardo alla degenza ordinaria (revisione protocolli operativi, implementazione di indagini emato-cliniche e microbiologiche H24, posizionamento CVC, eccetera).

Progetto OMS "CLEAN CARE IS SAFER CARE"

Adesione al progetto mondiale, predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, "Clean Care is Safer Care", di cui il primo passo è "Mani pulite sono mani più sicure" pacchetto preparato dall'OMS per l'implementazione a migliorare l'adesione all'igiene delle mani, come caposaldo per prevenire la trasmissione delle infezioni ospedaliere.

Al momento attuale è in via di sviluppo la seconda fase del Progetto, "Valutazione iniziale" che si propone di valutare la percezione dell'igiene delle mani, da parte dei dirigenti ospedalieri e del personale sanitario.

Attività di formazione del personale

Le tematiche affrontate sono:

- Antisepsi e disinfezione in ospedale - aspetti pratici;
- Endoscopia toracica - ricondizionamento del fibrobroncoscopio;
- Le buone pratiche infermieristiche in Terapia Intensiva, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna;
- Attività di Endoscopia digestiva.

Partecipazione ai Gruppi regionali

Partecipazione ai gruppi regionali:

- Comitato Infezioni Ospedaliere Regionale;
- Gestione Ambientale, incaricato di attuare il progetto di miglioramento continuo del processo di gestione ambientale, in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari, con riduzione delle quantità prodotte;
- Coordinamento Regionale per il D. Lgs. 626/94;
- Coordinamento regionale dei Medici Competenti.

Prevenzione del rischio infettivo

Controlli igienici

Esecuzione di controlli per la valutazione degli aspetti igienico-preventivi legati alla sicurezza degli ambienti. I controlli sono randomizzati all'interno delle unità operative/servizi aziendali, sistematici e periodici.

Norme di accesso ai comparti operatori

Revisione delle modalità comportamentali nei blocchi operatori e nelle sale operatorie e delle procedure per il lavaggio chirurgico delle mani, in linea con la letteratura

di riferimento, con trasmissione delle indicazioni tramite poster, a tutte le unità operative coinvolte.

Lavaggio idroalcolico delle mani

Diffusione, a livello aziendale, del gel idroalcolico per la decontaminazione delle mani, quando non visibilmente sporche, come previsto dalle ultime linee guida sull'igiene delle mani nelle strutture sanitarie (CDC Ottobre 2002, Campagna OMS 2007 - Clean Care is Safer Care). L'introduzione di tale procedura per l'igiene delle mani nell'ambito dell'attività clinico assistenziale ha lo scopo di agevolare e incentivare tale pratica tra tutti gli operatori sanitari, soprattutto nelle realtà che presentano vincoli strutturali rilevanti (ad esempio punti lavaggio mani non facilmente accessibili).

Igiene e sicurezza ambientale

a) Attività di controllo sistematico degli aspetti igienico sanitari relativi ai servizi in appalto di:

- pulizia e disinfezione ambientale,
- lavanoleggio biancheria,
- rifiuti,
- disinfestazione/derattizzazione,
- igiene degli alimenti.

b) Stesura e revisione dei protocolli di sanificazione/sanitizzazione ambientale per le aree critiche (terapie intensive, reparti operatori, reparti pediatrici, centro trapianti midollo osseo, malattie infettive, eccetera).

c) Controllo della contaminazione ambientale attraverso l'esecuzione di indagini microbiologiche ed aerobiologiche delle aree ad alto rischio, sia periodiche che a seguito di lavori di ristrutturazione degli ambienti.

d) Coordinamento delle attività di sorveglianza, di monitoraggio, di prevenzione e di controllo della legionellosi in ambito nosocomiale, in specifico:

- stesura e diffusione di apposite linee guida, protocolli di comportamento, raccomandazioni;
- pianificazione delle indagini microbiologiche sulla rete idrica aziendale;
- pianificazione degli interventi di disinfezione dell'acqua attraverso le metodiche di iperclorazione, shock termico ripetuto, biossido di cloro;
- montaggio di filtri antibatterici nei bracci terminali della rete idrica, in particolari situazioni.

Dispositivi medici e aspetti correlati

- valutazione della correlazione fra schede tecniche di prodotto e linee guida specifiche, al fine di fornire indicazioni precise per il trattamento e ricondizionamento di dispositivi ed attrezzatura sanitaria;
- realizzazione di protocolli/procedure operative specifiche (elastomeri, antiblastici, erogatori ossigeno, eccetera);
- partecipazione alle gare di acquisto per la valutazione di dispositivi utili a prevenire il rischio infettivo, radiologico, chimico e da movimentazione (contenitori per taglienti/pungenti, aghi antinfortunistica, circuiti chiusi per terapie antiblastiche, dispositivi di protezione individuale, eccetera);

- TNT - valutazione di prodotti in tessuto non tessuto, alternativi alla biancheria tradizionale per l'impiego durante procedure invasive. Sperimentazione delle varie tipologie sul mercato, scelta, acquisizione e diffusione del materiale nelle strutture aziendali.

CIO Aziendale

Il CIO si è riunito con scadenza trimestrale ed ha affrontato le seguenti questioni:

- studio di prevalenza;
- progetto prevenzione sulle polmoniti ospedaliere;
- pulizia e disinfezione ambientale;
- prevenzione della legionellosi;
- sorveglianza dei microrganismi sentinella;
- lavaggio alcolico delle mani;
- definizione delle modalità comportamentali ai blocchi chirurgici;
- misure d'isolamento in ospedale.

Controllo sanitario del personale dipendente

Il personale dell'Azienda viene controllato a base a protocolli prestabiliti. Viene monitorato il fenomeno infettivo, con particolare attenzione a quello infettivo secondo il modello SIROH. Monitoraggio del rischio infettivo presso i dipendenti.

Accreditamento

L'obiettivo principale identificato per l'anno 2006 è stato quello di proseguire il percorso verso l'accreditamento dei dipartimenti previsti dalla programmazione regionale, in coerenza coi requisiti generali e specifici espressi dalla D.G.R. n. 327 del 23 febbraio 2004, e nella convinzione che l'accreditamento sia non solo un adempimento normativo ma anche uno strumento di riferimento aziendale per lo sviluppo della qualità sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Per garantire un approccio sistemico alla qualità in azienda sono stati coinvolti i servizi trasversali e la Direzione nelle sue articolazioni in quanto si è ritenuto che questi siano il fondamentale supporto per il buon funzionamento dei dipartimenti.

Sono state programmate le visite ispettive interne per i dipartimenti ed è stato formato un nucleo di professionisti in grado di affiancare i valutatori regionali presenti in Azienda. Le visite sono state effettuate sul modello di quelle regionali e sulla base di un'autovalutazione fornita da parte dei dipartimenti. Sono state un importante momento di verifica di come il modello di accreditamento era stato applicato e di evidenza delle criticità esistenti. Questo ha dato il via all'identificazione di azioni di miglioramento da intraprendere e alla revisione della documentazione esistente e dei manuali dipartimentali della qualità. I Dipartimenti¹ oggetto della verifica regionale sono stati:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza: data inizio visita 11 luglio 2006

¹ La denominazione dei dipartimenti indicati è antecedente l'adozione dell'Atto aziendale

- Dipartimento Chirurgico: data inizio visita 11 luglio 2006
- Dipartimento Neuroscienze: data inizio visita 27 settembre 2006
- Dipartimento Cuore: data inizio visita 27 settembre 2006

L'obiettivo accreditamento è stato raggiunto per tutti e quattro i dipartimenti con relativi decreti dell'Assessorato politiche per la salute:

- in data 14.11.06 per i Dipartimenti Chirurgico ed Emergenza - Urgenza,
- in data 16.11.06 per il Dipartimento Neuroscienze,
- in data 24.01.07 per il Dipartimento Cuore.

Nel corso dell'anno 2007 si è concluso il processo di attivazione del registro operatorio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tale percorso è iniziato nell'anno 2006 articolandosi in diverse tappe:

- analisi di fattibilità condotta valutando quattro mesi campione di attività riportata sui registri operatori cartacei di tutte le unità operative;
- analisi del debito informativo che deve essere previsto nel registro operatorio in applicazione della circolare ministeriale prot. 900.2/2.7/190 del 14/3/1996;
- analisi di fattibilità tecnico-informatica;
- incontri con un gruppo di lavoro composto da medici chirurghi e medici anestesisti.

Ogni sessione di attivazione prevedeva due giorni di assistenza teorico-pratica sia al personale medico (chirurghi e anestesisti) che ai coordinatori infermieristici.

Lo scopo della attivazione del registro operatorio è stato quello sia di adempiere ad un obbligo normativo, ma anche quello di poter usufruire di informazioni utili alla formulazione di valutazioni sulla gestione dei comparti operatori oltre che di poter disporre di dati utili a confronti con ospedali analoghi.

Si riportano di seguito le unità operative che sono andate incontro ad informatizzazione:

Unità Operativa	Data di attivazione
U.O. Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	19.04.2006
U.O. Clinica Chirurgica e dei Trapianti	19.04.2006
U.O. Chirurgia Vascolare	19.04.2006
U.O. Chirurgia Toracica	19.04.2006
U.O. Chirurgia d'Urgenza	19.04.2006
U.O. Neurochirurgia	24.05.2007
U.O. Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	24.05.2007
U.O. Otorinolaringoiatria	2.01.2007
U.O. Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	2.01.2007
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale	2.01.2007
U.O. Chirurgia Plastica	21.05.2007
U.O. Oculistica	21.06.2007
U.O. Chirurgia Pediatrica	4.06.2007
U.O. Ostetricia e Ginecologia	18.06.2007

U.O. Urologia	In occasione del prossimo trasferimento
U.O. Cardiocirurgia	18.06.2007
U.O. Clinica Ortopedica	1.08.2006
S.S.D. Patologia dell'Apparato Locomotore	1.08.2006
U.O. Ortopedia	1.08.2006
S.S.D. Day Surgery Dipartimentale	22.05.2006

Ospedale senza dolore

Nel corso del 2006 il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) dell'Azienda, recependo le indicazioni fornite dalla Direzione dei Presidi Ospedalieri durante i periodici incontri di programmazione delle attività, ha rivolto l'attenzione su quattro direttrici di lavoro:

- la rilevazione del dolore post-operatorio e del dolore oncologico,
- lo studio di linee-guida per il dolore cronico nelle medicine e specialità mediche,
- il dolore nell'area materno infantile,
- iniziative di formazione, informazione sia interne all'Azienda che aperte ai cittadini e al mondo del volontariato.

Gli obiettivi definiti collegialmente dal COSD sono stati presentati al Collegio di Direzione e inseriti nel budget 2006-2007 dei Dipartimenti.

Il COSD, che si è riunito in plenaria sei volte nel corso del 2006, ha suddiviso le attività per aree di intervento (area chirurgica, area materno-infantile, area oncologica e delle medicine), riunendo i sottogruppi per il conseguimento degli obiettivi prefissati.

L'area chirurgica ha lavorato, oltre che sui compiti specifici quali ad esempio il ritorno delle informazioni sull'indagine di prevalenza del sintomo dolore nei reparti di chirurgia, anche sul mantenimento della formazione del personale infermieristico che in questa area registra un forte turnover.

In occasione della Giornata del Sollievo del 2006 l'area medica ha ritenuto importante concentrare le attività sulla realizzazione, in analogia a quanto già effettuato per le chirurgie, di un'indagine di prevalenza che si è svolta nelle medicine e nelle specialità mediche, per verificare il percepito in questa specifica realtà aziendale. Tale indagine è stata condotta grazie al contributo fattivo del Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Nel corso dell'anno molteplici sono state poi le iniziative aziendali di formazione interna rivolta agli operatori delle varie aree (Materno-Infantile, Chirurgica, Geriatrica, Riabilitativa, eccetera) organizzate dai membri del COSD nei Dipartimenti dell'Azienda.

In particolare, in ambito pediatrico, è stata realizzato un importante intervento formativo che ha coinvolto 150 operatori del Dipartimento Materno-Infantile, principalmente personale infermieristico, ma anche medici e fisioterapisti.

Il progetto *“La valutazione e l'intervento assistenziale sul dolore in età pediatrica”* ha perseguito l'obiettivo di preparare il personale sanitario a fronteggiare il dolore, non solo come evento legato alla malattia, ma anche come conseguenza degli interventi assistenziali, valutandone l'entità con sistemi validati internazionalmente e attribuendo ad esso significati sul piano clinico, attraverso la conoscenza degli strumenti e le possibilità di intervento farmacologico e non farmacologico.

L'attenzione al trattamento del dolore, secondo la buona pratica clinica e secondo i criteri di sicurezza per il paziente, ha visto la realizzazione in area geriatrico-riabilitativa di iniziative rivolte anche ai Medici di Medicina Generale, finalizzate a classificare i diversi tipi di dolore nelle patologie d'interesse riabilitativo e a superare le difformità nell'approccio terapeutico. Infatti il corso *“Il dolore in riabilitazione”*, che ha coinvolto 25 professionisti (Medici ospedalieri, Medici di Medicina Generale, Infermieri e Fisioterapisti) è stato progettato per consentire un corretto inquadramento clinico dei diversi tipi di dolore, per fornire misure di valutazione ed indirizzare gli approcci terapeutici sulla base dell'evidenze scientifiche. In ambito geriatrico, è stato predisposto il progetto *“La rilevazione e la gestione del dolore del paziente geriatrico”*, articolato in un'iniziativa residenziale seguita da attività di formazione sul campo, finalizzata al riconoscimento ed al trattamento del dolore negli anziani, specialmente in quelli con severo deterioramento cognitivo, a causa della difficoltà delle persone anziane a comunicare adeguatamente la loro esperienza del dolore.

L'intento di questa iniziativa è stato quello di formare il personale sanitario alla rilevazione “parametrica” del sintomo durante le principali attività assistenziali (“quinto segno vitale”) ai fini di una più precisa rilevazione del sintomo, mediante opportuni strumenti e la valutazione multidimensionale (check list degli indicatori non verbali del dolore) allo scopo di migliorare il trattamento del dolore stesso e quindi la qualità di vita dei pazienti anziani. Il progetto ha coinvolto 35 partecipanti del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo (26 infermieri e 9 medici).

Inoltre, particolare rilievo ha assunto l'iniziativa aperta ai cittadini e al mondo del volontariato, promossa dal membro del COSD appartenente al volontariato, nell'ambito di Forum Solidarietà.

La giornata di lavoro ha avuto come tema *“Il dolore nuoce gravemente alla salute”* riflessione sul tema della terapia del dolore e delle cure palliative: pazienti e volontari si confrontano con i professionisti del COSD.

Un ulteriore momento di formazione - informazione e di confronto sul tema del dolore da parto e sulle tecniche comportamentali, aperto alla cittadinanza, si è tenuto grazie all'iniziativa della Presidente del Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Parma e Piacenza, membro del COSD. Merita un cenno la metodologia di lavoro del COSD dell'Azienda di Parma. Al riguardo si ritiene che la suddivisione in sottogruppi per aree di intervento abbia portato ad una maggiore responsabilizzazione dei membri del COSD sugli obiettivi prefissati e abbia garantito il raggiungimento di risultati interessanti.

Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

Integrazione fra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca

Comitato di Indirizzo: nel 2006 sono stati designati dalla Giunta regionale i componenti del Comitato di Indirizzo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Parma, Bologna, Modena e Ferrara. I Comitati di Indirizzo sono organi collegiali con poteri propositivi, consultivi e di verifica in ordine alla coerenza tra la programmazione aziendale, l'assistenza e le esigenze didattiche e scientifiche dell'Università, previsti dalla Regione con la D.G.R. 318/2005 che disciplina l'organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Il Comitato di Indirizzo è composto da cinque membri: uno con funzioni di presidente designato dalla Regione d'intesa con l'Università, un componente di diritto rappresentato dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, uno designato dal Rettore dell'Università, due designati dalla Regione (di cui uno sentita la locale Conferenza territoriale sociale e sanitaria), tutti scelti fra non dipendenti della Azienda Ospedaliero-Universitaria. I componenti sono stati individuati tra persone di chiara e riconosciuta competenza, esperte in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari, ricerca e formazione e restano in carica quattro anni. Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma i componenti designati sono: un dirigente medico in quiescenza, con funzioni di presidente (designazione regionale d'intesa con il Rettore dell'Università di Parma); il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, quale componente di diritto; un dirigente medico dell'Azienda USL di Parma (designazione regionale su indicazione della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Parma); il Direttore del Dipartimento Area critica dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (designazione regionale); un professore ordinario in quiescenza dell'Università di Parma (designazione del Rettore dell'Università di Parma).

Adozione Atto aziendale: nel corso del 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha assunto le opportune iniziative, in concorso con le istituzioni e gli Enti pubblici interessati, finalizzate all'adozione dell'Atto aziendale. Tale atto, è stato adottato dal Direttore Generale, con delibera n. 221 del 21.11.2006, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma (come da D.G.R. 297/2005 Protocollo d'Intesa Regione Emilia-Romagna e Università), in relazione ai Dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture complesse a direzione universitaria. L'Atto aziendale è stato inviato al dovuto controllo regionale ottenuto con esito positivo con provvedimento n. 1784 del 11.12.2006.

Nell'Atto aziendale, sono esplicitati i valori fondanti dell'Azienda, la sua strategia complessiva di risposta al bisogno di salute e il suo modo di rapportarsi con i

cittadini-utenti, con i professionisti e gli operatori che ne fanno parte, oltre alle linee fondamentali dell'organizzazione, ai Dipartimenti integrati, ai Dipartimenti tecnici e amministrativi che la costituiscono, nonché alla collocazione e alle modalità di valorizzazione e progressione di carriera dei professionisti che vi operano.

Alla luce di quelli che si riteneva dovessero esserne i contenuti, la redazione di tale documento è stata il frutto di lunghi mesi di lavoro finalizzato a garantire un clima di costante confronto e collaborazione con i professionisti che fanno parte dell'Azienda, con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria delle tre aree contrattuali, con le Associazioni di volontariato che operano all'interno del nosocomio e le altre espressioni istituzionali e associative della comunità, stante l'importanza di tale documento per l'impostazione delle future strategie aziendali e la loro concreta operatività. Per le parti di competenza è stata definita la necessaria intesa con l'Università degli Studi di Parma nella persona del Magnifico Rettore pro-tempore.

A tal fine, sono stati avviati numerosi tavoli di lavoro e di confronto finalizzati ad apportare le più opportune modifiche e integrazioni alla bozza di lavoro iniziale nella convinzione che la condivisione degli aspetti qualificanti dell'Azienda avrebbe contribuito a garantire il pieno successo di tutte le successive iniziative che si sarebbe reso necessario attuare. È stato opportunamente presentato anche agli altri organi dell'Azienda: Collegio di Direzione, Collegio Sindacale e Comitato di Indirizzo. Da ultimo, il documento è stato anche portato all'attenzione, per il necessario parere, della Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Nello specifico, l'Atto aziendale ha provveduto a:

- individuare i Dipartimenti ad attività integrata;
- definire le procedure per l'istituzione, la modifica e la soppressione delle strutture complesse;
- disciplinare la procedura di attribuzione e revoca degli incarichi di direzione delle strutture complesse e semplici, dei programmi di cui all'art. 5 del D.Lgs. n. 517/1999, delle articolazioni funzionali, dei moduli, nonché degli incarichi di natura professionale, in coerenza con quanto stabilito dai vigenti protocolli d'intesa Regione-Università;
- disciplinare le modalità per l'istituzione del Collegio tecnico per la valutazione e la verifica delle attività svolte dai professori e ricercatori universitari (art. 5, comma 13, del D.Lgs. n. 517/1999), in coerenza con quanto stabilito dai vigenti Protocolli d'intesa Regione-Università; e la procedura di nomina dei garanti per i procedimenti di sospensione (art. 5 del D. Lgs. n. 517/1999) in coerenza con quanto stabilito dai vigenti protocolli d'intesa Regione-Università.

Approvazione Accordo Attuativo Locale: con atto n. 222 del 21.11.2006 si è provveduto all'approvazione dell'Accordo Attuativo Locale definitivamente sottoscritto con il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Parma in data 18.12.2006.

In tale documento si sviluppano tutti i temi previsti dal

Protocollo d'Intesa Regione-Università; sono fra l'altro individuate le strutture che compongono i Dipartimenti ad attività integrata grazie ai quali le funzioni assistenziali, realizzate in coerenza con le linee strategiche aziendali, sono integrate con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle di ricerca propria dei Dipartimenti universitari.

Anche tale accordo è il frutto di un'intensa attività di confronto con l'interlocutore necessario che era l'Università, che ha portato alla costituzione di un gruppo misto che ne ha definito i contenuti in coerenza con l'Atto aziendale che veniva parallelamente elaborato.

Analogamente a quanto fatto per l'Atto aziendale, si è proceduto ad una fase di presentazione e confronto con le OO.SS., con il Collegio di Direzione, con il Collegio Sindacale e con il Comitato di Indirizzo oltre che con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Anche l'Accordo attuativo prevede alcuni momenti di verifica e periodi di aggiornamento cui sarà data realizzazione nel corso del 2007.

Modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie

Nel corso del 2006 l'Azienda ha proceduto alla verifica dello stato di attuazione dei punti previsti dal protocollo regionale. Ad esempio ha continuato a garantire i servizi già messi a disposizione dei medici in formazione specialistica tra cui, ad esempio, vestiario e accesso alla mensa, sulla base della specifica rilevazione dei fabbisogni posta in essere dalla Direzione sanitaria.

È stato peraltro avviato un positivo confronto con la Presidenza della Facoltà e con il delegato per le scuole di specialità in modo da garantire il necessario supporto all'Osservatorio regionale e verificare la situazione esistente in termini di rispondenza ai criteri previsti dalla vigente normativa per l'accreditamento delle sedi formative in modo da poter rispondere con efficacia alle sollecitazioni ministeriali in materia.

Tale collaborazione, da svilupparsi nel corso del 2007, è altresì finalizzata a meglio definire sia i contenuti dell'attività formativa specifica degli studenti in modo da renderla sempre più integrata e funzionale agli obiettivi assistenziali propri dei Dipartimenti ad attività integrata e delle Unità operative che li compongono, sia i percorsi per l'individuazione dei docenti e dei tutor del SSR impegnati nelle stesse scuole al fine di valorizzarne compiutamente l'impegno profuso in tale attività.

Reti hub and spoke

PROGRAMMA STROKE CARE - la gestione integrata del paziente con ictus

L'introduzione nel 2000 del Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT) per il paziente colpito da ictus ischemico ha rappresentato essenzialmente il passaggio ad una gestione dello stroke organizzata, standardizzata e veri

Adesione agli indicatori per semestre

INDICATORI	1° Sem. 2004 (95%IC)	2° Sem. 2004 (95%IC)	1° Sem. 2005 (95%IC)	2° Sem. 2005 (95%IC)	1° Sem. 2006 (95%IC)	2° Sem. 2006 (95%IC)
Esecuzione TAC	93% (88-98)	91% (84-97)	97% (93-100)	92% (87-97)	96% (93-100)	98% (95-100)
Ricovero presso reparti dedicati	82% (75-89)	79% (72-86)	76% (69-83)	85% (79-92)	80% (73-87)	80% (73-87)
Visita fisiatrica tempestiva*	75% (66-84)	90% (79-100)	96% (90-100)	82% (70-95)	82% (70-95)	85% (73-97)
Destinazione alla dimissione	73% (64-82)	76% (58-94)	87% (73-100)	93% (79-100)	86% (71-100)	94% (84-100)
Visite di follow-up a 1 mese**	74% (65-83)	77% (67-86)	56% (46-66)	47% (37-58)	28% (20-37)	31% (22-40)
Somministrazione GDS	75% (66-84)	31% (20-42)	28% (19-38)	14% (7-21)	13% (6-20)	14% (7-21)

* Inizialmente questo indicatore considerava la percentuale di pazienti con indicazione riabilitativa visitati dal fisiatra entro 24 ore dalla richiesta. Dal II semestre 2004 è stato modificato e ora si riferisce al numero di visite fisiatriche eseguite entro 48 ore dall'arrivo in ospedale.

** La percentuale di pazienti sottoposti ad almeno 1 follow up entro 1 anno è pari al 78%.

ficabile, interessando in particolare tre aspetti:

- Il "setting": tre reparti acuti dedicati alla gestione dello stroke, vale a dire Neurologia, Medicina Interna ad indirizzo Angiologico ed Coagulativo e Geriatria, deputati ad accogliere i pazienti. Si è passati in tal modo da una modalità di allocazione del paziente basata sull'unico criterio della disponibilità letti ed estesa a diverse unità operative ad una modalità più selettiva, compatibilmente con la situazione contingente. Secondo gli ultimi dati la percentuale di allocazione nei tre reparti dedicati è risultata dell'80%, mantenendosi stabile negli ultimi anni, rispetto al 65% del primo anno di attivazione del PDT.
- Il "team": il PDT ha comportato la presenza all'interno di ognuna delle 3 Unità Operative coinvolte di un referente, che insieme ad altre figure coinvolte nel percorso (medico del Pronto Soccorso, neuroradiologo, fisiatra e fisioterapista) ha partecipato alla costituzione di un team dedicato alla disseminazione del percorso, all'implementazione ed alla raccolta ed analisi dei dati.
- Gli "strumenti": il PDT ha fornito una serie di protocolli condivisi per la valutazione dello stroke (scale neurologiche e funzionali) e per la prevenzione e gestione delle complicanze, al fine di permettere una gestione standardizzata e aderente alle più recenti linee guida. Questo ha permesso di attivare un sistema di miglioramento continuo della qualità (CQI), con audit clinici ed incontri periodici del team, comprendente in questo caso anche la figura dell'epidemiologo clinico.

Nel corso dell'anno 2006 sono stati attuati audit di verifica di adesione al PDT e incontri del team nel corso dei quali sono stati discussi i seguenti temi:

1. proposta di avvio del percorso per il trattamento trombolitico in pazienti selezionati, a tale proposito è stato inserito nel PDT l'obiettivo trombolisi con una serie di indicatori. È stato inoltre previsto l'avvio della fase operativa per il 2007, dopo aver messo a punto tutta una serie di passaggi che tale percorso necessariamente deve prevedere;
2. modalità per l'incremento delle attività ambulatoriali presso le unità operative di Neurologia e di Clinica

Geriatrica, finalizzata al follow-up ed alla prevenzione primaria e secondaria;

3. corso di aggiornamento infermieristico;
 4. ipotesi di integrazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e AUSL nella gestione del paziente con ictus.
- Il grado di implementazione del Percorso diagnostico-terapeutico e la sua efficacia in termini di miglioramento della gestione dello stroke all'interno del nostro ospedale sono stati valutati attraverso una serie di indicatori di processo e di outcome, descritti nella tabella.

Partendo da presupposti quali l'esperienza maturata in questi 5 anni da parte del gruppo di lavoro ed il carattere realmente multidisciplinare dello stesso (aspetto decisamente innovativo rispetto al tradizionale approccio monospecialistico - neurologico od internistico - alla gestione dello stroke), l'obiettivo attuale è quello di un progressivo e completo adeguamento al modello di "Stroke Care" proposto dalla Regione.

Il gruppo di lavoro ha individuato i seguenti obiettivi specifici:

1. Identificazione di una modalità che assicuri comunque, anche al di fuori di una Stroke Unit, ai pazienti per cui esista l'indicazione, la terapia trombolitica intravenosa (o intra-arteriosa). In tal senso è in fase di completamento il percorso trombolisi che vede coinvolte diverse unità operative e prevede l'attuazione della fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) in una struttura di tipo intensivo.
2. Attuare programmi di prevenzione mediante:
 - realizzazione, in collaborazione con l'Azienda territoriale, di attività di educazione della popolazione mirata al controllo dei fattori di rischio;
 - costruzione di una modalità di collegamento degli ambulatori di follow-up e di prevenzione secondaria già operanti all'interno delle unità operative coinvolte nel PDT, nella forma di agende condivise e protocolli di valutazione e selezione comuni.
3. Attuare programmi di educazione sanitaria destinati:
 - alla popolazione - riconoscimento precoce dell'ictus;

- ai care-giver - gestione delle necessità socio-assistenziali del paziente in fase di dimissione.

4. Organizzazione di una rete territoriale della fase pre- e post-ospedaliera.

CARDIOCHIRURGIA

Nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, l'adozione del modello hub and spoke prevede che l'Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sia il centro specialistico di riferimento per l'Emilia Occidentale e quindi costituisca centro di afferenza per le Unità operative di Cardiologia di Parma, Piacenza e Reggio Emilia.

Il percorso clinico diagnostico-terapeutico prevede che i pazienti candidati ad intervento chirurgico vengano presentati dagli specialisti Cardiologi delle strutture cardiologiche alla équipe dei cardiocirurghi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma durante incontri settimanali. In tale occasione viene valutata l'indicazione all'intervento chirurgico. Le emergenze vengono valutate quotidianamente dall'équipe dei cardiocirurghi reperibili con disponibilità operatoria immediata.

I candidati vengono inseriti nella lista operatoria sulla base di criteri legati alla gravità delle condizioni cliniche e all'urgenza della patologia.

Il percorso prevede che al termine del periodo di degenza, il proseguimento terapeutico venga effettuato presso i centri di riabilitazione collegati con le unità operative di Cardiologia, in base alla localizzazione territoriale logisticamente più opportuna per il paziente e la sua famiglia.

Nell'anno 2006 vi è stata l'afferenza di circa il 100% dei pazienti dall'U.O. di Cardiologia di Piacenza, che rappresentano circa il 65% dei pazienti totali presi in carico. Da Reggio Emilia vi è stata l'afferenza di tutti i pazienti dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova.

Si sottolinea, infine, che da Parma e provincia vi è la totale afferenza di pazienti coronarici. Inoltre, l'AUSL di Parma si è impegnata a diminuire la quota di pazienti valvolari che, soprattutto nell'area di Fidenza-Salsomaggiore, vengono dirottati altrove.

Volume della casistica

In relazione all'aumento del 10% dell'attività di emodinamica, si è registrato, nel corso del 2006, un numero totale di interventi cardiocirurgici eseguiti a Parma pari a 711, di cui il 2% in emergenza, il 27,4% in urgenza ed il rimanente in condizioni di elezione.

Tipologia degli interventi

Gli interventi di rivascolarizzazione miocardica isolata (331) rappresentano il 46,6% del totale; quasi il 25% del totale, cioè 176, sono interventi di chirurgia valvolare isolata ed il 16,6%, ossia 118 interventi, sono di chirurgia valvolare associata a bypass.

Il 7,6% del totale degli interventi ha riguardato l'aorta, si è ridotto il numero di interventi diversi.

Distribuzione degli interventi

Intervento	2005	2006	Variazione 2006 vs 2005
Bypass isolato	335	331	-1.2%
Valvole isolate	195	176	-7.5%
Valvole+Bypass	119	118	-0.9%
Interventi Aorta associati e combinati	18	54	+300%
Altri interventi cardiocirurgici	62	32	-49%
Totale	729	711	-2.5%

Complessità della casistica

L'età media dei pazienti è in progressivo costante aumento: la percentuale di pazienti con età superiore a 75 anni è passata dal 20,9% del 2005 al 27,3% del 2006; mentre quella di pazienti ultraottantenni è stabile 6,2% nel 2005 e 6,3% nel 2006.

Il 2% dei pazienti ha insufficienza renale cronica con creatinina preoperatoria superiore a 2 mg/dl: un quarto di questi, cioè lo 0,5% del totale è in dialisi extracorporea. Circa il 7% dei pazienti ha patologia polmonare cronica ed oltre il 4% presenta endocardite attiva. Circa il 18% dei pazienti risulta essere polivasculopatico.

CENTRO USTIONI

Nell'ambito della gestione integrata per il trattamento dei grandi ustionati, la rete hub and spoke della Regione Emilia-Romagna prevede che il *Nuovo Centro Grandi Ustionati* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rivesta ruolo di hub per il territorio dell'Emilia occidentale. Uno degli aspetti più importanti e qualificanti di un centro per il trattamento dei grandi ustionati è la possibilità di ricoverare pazienti che richiedono assistenza ventilatoria invasiva.

Il Centro Grandi Ustionati di Parma, al fine di assolvere in modo compiuto il proprio ruolo di hub per l'Emilia occidentale ed in particolare per le province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, ha iniziato un percorso di collaborazione con il reparto di terapia intensiva (U.O. I Anestesia e Rianimazione) tenuto conto del ruolo che tale reparto svolge nella funzione hub per i grandi traumi, di cui l'ustione è sicuramente una componente importante. A tale proposito si sintetizzano l'attività svolta ed i risultati raggiunti:

- protocollo definitivo "Progetto per la cura dei Grandi Ustionati",
- trasferimento del Centro Ustioni nella nuova sede: Ala A - 4° Piano,
- assunzione di n. 4 Dirigenti Medici con esperienza di ustioni,
- incremento di 1 unità dell'organico dell'U.O. I Anestesia e Rianimazione,
- 2006/2007 condivisione protocollo: "Attivazione Rete T.I."

Nel budget 2005-2006 il Dipartimento Chirurgico ha presentato un Progetto interdipartimentale dell'U.O. di Chirurgia Plastica e Centro Ustioni con la collaborazione del I Anestesia e Rianimazione del Dipartimento Emergenza-Urgenza: "Il nuovo Centro Ustioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma".

Attività clinica del Centro			
	2005 gen/dic	2006 gen/dic	Variazione %
N. ricoveri C.U.	95	116	
N. ricoveri Rianimazione	10	10	
N. interventi CO. C.U.	269	281	
N. balneazioni in sedo analgesia C.U.		55	
Punto medio	3,73	3,20	
Ricoveri con int. chir.	71 (72%)	82 (74%)	+ 15%
Indice attrazione			
Intra-regionale	48 (49%)	52 (47%)	+ 8%
Indice attrazione			
Extra-regionale	16 (16%)	26 (23%)	+ 63%
Int. alta specialità	92 (94%)	109 (98%)	+ 18%
Degenza media	14,19	13,17	- 7%

I dati riportati nella tabella sono stati rilevati dalle Tavole di Direzione

I dati dell'attività svolta dal reparto di Terapia Intensiva nell'assistenza ai pazienti grandi ustionati sono riportati nella tabella che segue:

Attività della Terapia Intensiva			
Anno	Pazienti ricoverati	Deg. Media (min-max)	Sopravvivenza %
2003	6	4,8 (2-9)	16%
2004	14	25,4 (1-56)	50%
2005	10	6,6 (1-23)	40%
2006	10	18,7 (2-50)	70%

Attività formativa

Nel corso della gestione 2006 tutto il personale medico e del comparto è stato coinvolto nella attività formativa al fine di garantire adeguata expertise nella gestione del paziente grave ustionato in collaborazione con il personale della U.O. I Anestesia e Rianimazione.

SISTEMI INTEGRATI DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI

La D.G.R. n. 1267 del 22 luglio 2002 di approvazione delle linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke, nel capitolo dedicato alla Terapia dei Grandi Traumi, prevede l'istituzione, in Emilia-Romagna, di 3 Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT). Per ognuno dei SIAT è stato identificato un ospedale con funzioni di hub che deve fungere da Trauma Center di riferimento. Il SIAT dell'Emilia occidentale, comprendente le province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia, ha nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il centro hub di riferimento ed ha iniziato come tale la sua operatività nel 2003. Lo scopo del SIAT è di assicurare interventi tempestivi, continui e appropriati nelle diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico del politraumatizzato.

I requisiti richiesti a questo fine vengono ben descritti nel documento regionale e rappresentano gli obiettivi da

perseguire per dare attuazione al programma di assistenza ai grandi traumi.

Assetto strutturale e organizzativo

I requisiti strutturali richiesti ad un centro hub per la patologia traumatica (Trauma Center del SIAT) sono stati verificati e validati recentemente nell'ambito del processo di accreditamento delle strutture sanitarie. In particolare sono state accreditate le seguenti strutture ritenute necessarie o auspicabili per un Trauma Center: Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Anestesia e Terapia Intensiva, Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Radiologia, Cardiocirurgia, Chirurgia toracica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Infantile, Centro Grandi Ustionati.

Nel 2005 è stata istituita la Chirurgia d'Urgenza che ha assunto il ruolo di chirurgia di riferimento per la patologia traumatica contribuendo a rendere più efficiente il percorso assistenziale. Nel maggio 2007 è stata aperta una U.O. di Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico che ha assunto la funzione di riferimento per la patologia traumatica cranio-encefalica e vertebro-midollare. Sotto il profilo strutturale va ricordato che in questi ultimi due anni sono state portate a termine grandi innovazioni nel settore della diagnostica con ricadute importanti sul percorso assistenziale del politraumatizzato. È stata attivata una TAC multistrato (64 strati) che consente uno screening completo cranio-torace-addome in tempi brevi e che ha fornito un contributo fondamentale nella soluzione del problema delle missing injuries, soprattutto per quanto riguarda le lesioni dello scheletro della colonna e dei grossi vasi ed è stata attivata una nuova RMN 1.5 tesla che ha amplificato le possibilità diagnostiche in alcune tipologie di traumi coinvolgenti il midollo spinale o l'encefalo.

Sotto il profilo organizzativo è stato compiuto un percorso, che ha coinvolto varie professionalità, per giungere alla costituzione del trauma team, cioè una squadra di operatori sanitari governati da un leader adeguatamente addestrato, con il compito di fare fronte alle immediate necessità per la stabilizzazione dei parametri fisiologici più importanti e che provveda al successivo percorso assistenziale secondo una gerarchia di priorità prestabilita e condivisa.

Nel Trauma center di Parma sono rispettate le raccomandazioni previste al paragrafo "Requisiti strutturali e operativi" della D.G.R. n. 1267 del 22.7.2002, ed in particolare esiste un servizio di guardia con possibilità di intervento immediato 24 ore al giorno per tutto l'anno nelle seguenti discipline: medicina d'urgenza e pronto soccorso, anestesia, rianimazione, chirurgia d'urgenza, neurochirurgia, radiologia, laboratorio di analisi chimico-cliniche e immunoematologia. Sono inoltre presenti in servizio di guardia o in servizio di pronta disponibilità le seguenti professionalità: chirurgia ortopedica e traumatologica, chirurgia spinale (che afferisce alla Neurochirurgia all'interno della quale è stato individuato un gruppo di esperti interdivisionale), radiologia interventistica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia ORL e oculistica, chirurgia urologia. Sono inoltre presenti, h 24, competenze di chi-

rurgia pediatrica, cardiocirurgia, chirurgia plastica per i grandi ustionati. Viene assicurata assistenza in terapia intensiva anche per pazienti traumatizzati in età pediatrica sebbene non esista un reparto dedicato di terapia intensiva pediatrica oltre il primo anno di vita.

Costituzione e attività del Trauma Service

Il Trauma Service ha redatto dei protocolli operativi per le principali tipologie di traumi e per i principali aspetti organizzativi. Tali protocolli sono stati condivisi tra i vari professionisti coinvolti nei differenti percorsi assistenziali. Ad oggi sono stati licenziati i seguenti protocolli: Protocollo Trauma Aorta Toracica, Protocollo Trauma Cranico Grave, Protocollo Trauma Spinale, Valutazione Politrauma, Percorso radiologico Politrauma, Trauma team, Trauma grave.

Attività del SIAT

È stato istituito un consiglio del SIAT, di cui fanno parte il Direttore del SIAT e i Direttori dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza dell'hub di Parma, della AUSL di Parma e degli spoke Reggio Emilia e Piacenza.

In accordo con il mandato del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e della già citata D.G.R. n. 1267 del 22.7.2002 l'attività del SIAT è stata impostata secondo un modello inclusivo.

Sono stati definiti i criteri di identificazione del trauma maggiore e sono stati individuati per ogni presidio del SIAT i ruoli e le funzioni ai fini dell'erogazione di un adeguato percorso assistenziale al paziente traumatizzato. Tali accordi sono stati formalizzati in un documento che stabilisce le linee del Programma cooperativo di intervento per i pazienti con trauma grave nel SIAT dell'Emilia Occidentale.

Specifici accordi all'interno del SIAT sono stati realizzati con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per la gestione del paziente con trauma del massiccio facciale e una linea di comportamento comune è stata concordata tra i SIAT dell'Emilia-Romagna per la gestione del paziente con trauma spinale.

Teleconsulto

In accordo con le D.G.R. 2838/2001 e 2497/2002 il SIAT dell'Emilia Occidentale si è adoperato per favorire l'implementazione di un sistema di trasmissione delle immagini che consenta di perseguire gli obiettivi di un miglioramento dell'appropriatezza della centralizzazione del traumatizzato, di una consulenza dell'hub nei confronti dello spoke anche per pazienti degenti presso lo spoke e quindi una razionalizzazione delle risorse ed infine promuovere l'uniformità dei trattamenti nell'ambito del territorio regionale.

La pianificazione delle attività e la presentazione del progetto è avvenuta nel corso di riunioni a cui hanno partecipato rappresentanti di tutti i presidi ospedalieri del SIAT. Ad oggi tutte le stazioni di ricezione e trasmissione sono state installate. A Parma la direzione del SIAT si è impegnata affinché le immagini potessero essere disponibili sulla rete Aziendale anziché su un'unica stazione, agevolando quindi in modo notevole il lavoro dei consulenti.

Registro Traumi

Il centro hub di Parma ha implementato un registro traumi gravi che è obbligatorio ai sensi del D.G.R. 1267/2002.

A seguito di una attività di analisi iniziata nel 2003, è stato strutturato un database su web che utilizza un Software dedicato e che garantisce link con altri sistemi informativi ospedalieri (in modo particolare con la SDO e con il 118).

La fase sperimentale di raccolta dei dati è stata iniziata nel 2004 e l'esportazione regionale del periodo di sperimentazione è stata effettuata nel 2005. Sono stati inclusi nel database tutti i pazienti ricoverati in rianimazione per causa traumatica (compresi i traumi con ISS ≤ 15). La raccolta dei dati allo stato attuale viene effettuata da dirigenti medici appositamente formati, tra di essi è stato identificato responsabile del controllo dell'immissione dei dati e dell'analisi degli stessi.

Alla fase sperimentale ha fatto seguito l'esportazione dei dati in regione a partire dal 4° trimestre dell'anno 2006 ed è previsto un flusso dei dati raccolti verso la regione a scadenza trimestrale.

A livello di SIAT dell'Emilia Occidentale si è raggiunto un accordo affinché lo stesso applicativo venisse utilizzato da tutti i presidi ospedalieri che fanno parte del SIAT così da far confluire tutti i dati in un unico database ed avere la possibilità di estendere l'analisi e produrre reports riassuntivi non solo per ogni singolo nodo, ma anche per il SIAT nel suo complesso.

Formazione e ricerca

La formazione del personale si è basata essenzialmente sul corso ATLS. Dal 2003 ad oggi sono stati certificati: 41 anestesisti, 3 chirurghi generali, 1 neurochirurgo, 15 medici di medicina d'urgenza e pronto soccorso, 3 ortopedici, 3 chirurghi plastici, 1 radiologo. A Parma sono presenti 2 istruttori. I corsi vengono organizzati con cadenza annuale.

Dal 2005 viene organizzato un corso di aggiornamento sul trauma maggiore, inserito nel PAF e che conferisce crediti ECM, a cui è ammessa la partecipazione sia di personale medico che infermieristico.

Dal 2006 viene organizzato dal Trauma Center un corso di eco FAST, inserito nel PAF e che conferisce crediti ECM, rivolto ai medici che si occupano di emergenza e del trattamento dei traumi.

In collaborazione con gli altri due Centri Traumi della regione vengono organizzati annualmente in ogni sede di Trauma Center incontri denominati "Trauma case and up-date" nel corso dei quali vengono presentati casi clinici di particolare interesse che rappresentano lo spunto per mettere a fuoco tematiche specifiche del percorso assistenziale del trauma.

Adesione al programma di ricerca Regione-Università 2007-2009 come da D.G.R. 1870/2006 attraverso la proposta di un progetto di ricerca nell'ambito dell'Area 2 per il governo clinico con uno studio finalizzato all'individuazione degli indicatori di processo e di esito nel trauma maggiore. Il progetto, accettato dal Collegio di Direzione, è ora al vaglio dei referee regionali.

Trauma Center e Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico

L'assetto organizzativo e le azioni intraprese dal Trauma Center di Parma giustificano e qualificano la funzione hub che sotto questo profilo esso svolge nel SIAT dell'Emilia Occidentale.

La funzione hub nei riguardi della patologia traumatica comprende tutta la tipologia dei traumi, inclusi i grandi ustionati, per i quali la funzione hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è centro di riferimento anche per la provincia di Modena.

La funzione hub viene svolta con procedure differenti per quanto riguarda le province di Piacenza e di Reggio Emilia.

Per la provincia di Piacenza il rapporto di collaborazione prevede la centralizzazione su Parma di tutti i pazienti per i quali Parma rappresenta il centro hub, mentre con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è stato stipulato un accordo in base al quale sono i neurochirurghi di Parma che si spostano su Reggio per assicurare gli interventi necessari per i traumi. Solo poche tipologie di neurotrauma, come ad esempio i traumi vertebromidollari e i traumi cardiaci, vengono centralizzate su Parma. Per quanto riguarda la patologia traumatica del massiccio facciale i pazienti vengono centralizzati su Parma sia da Reggio che da Piacenza. Il flusso dei pazienti è condizionato dall'adesione al modello inclusivo, che lascia ampia discrezionalità all'ospedale spoke in merito alla

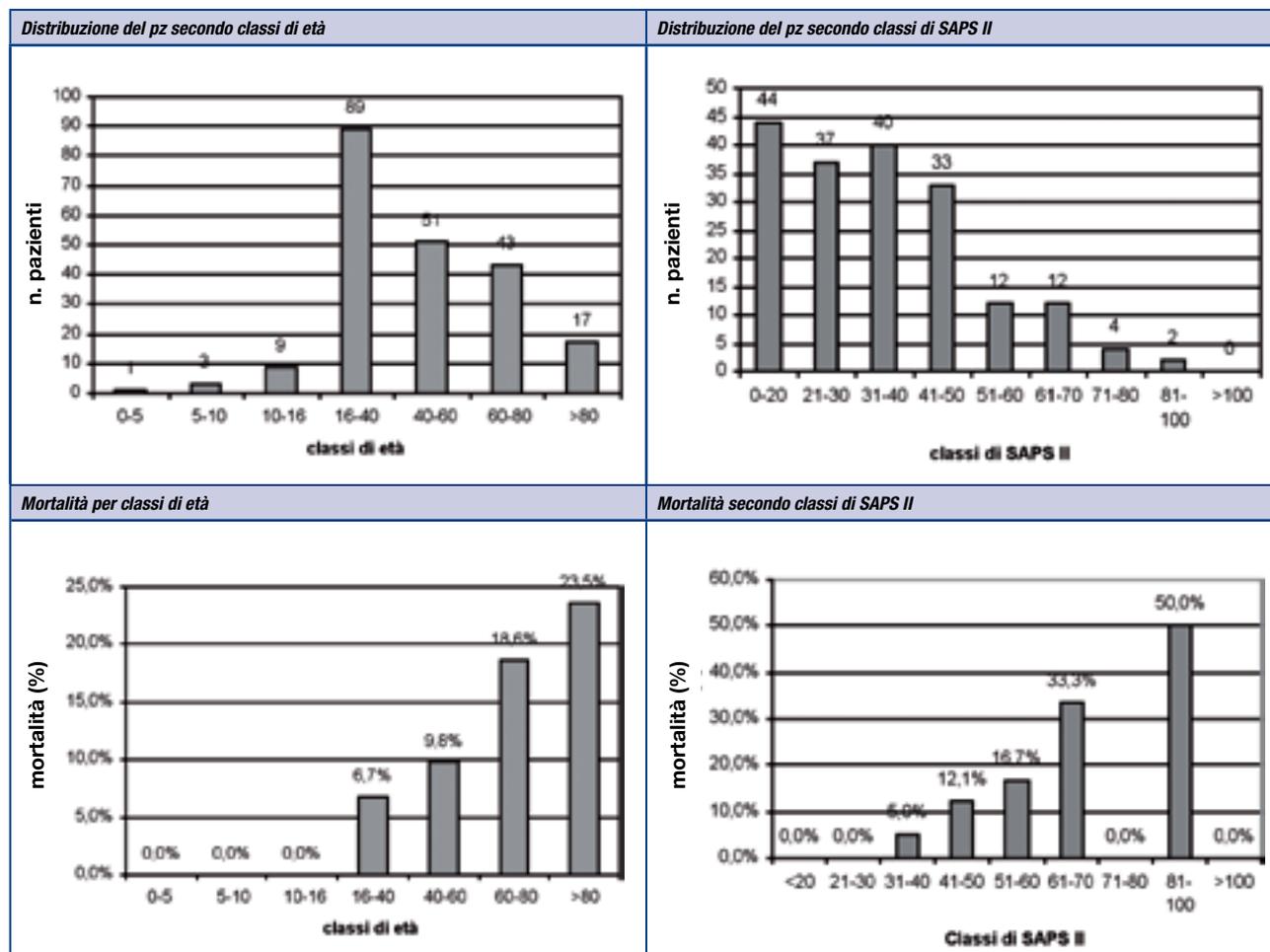
decisione di richiedere o meno l'intervento dell'hub.

L'AOU di Parma si è impegnata a mettere in atto tutte le azioni possibili per evadere le richieste di ricovero che provengono dagli spoke e per le quali essa svolge la funzione hub. Poiché spesso la criticità principale riguarda la disponibilità di posti letto in terapia intensiva, è stata elaborata e resa operativa una procedura che mette in rete tutte le terapie intensive presenti in Azienda per rendere comunque disponibile un posto letto.

La verifica della funzione hub deriva dall'analisi dei dati sulla casistica.

	2005	2006
Traumi maggiori	203	213
Mortalità%	19,7	9,8
Traumi residenti in provincia di PC	37	32
Traumi provenienti dall'H di PC	12	15
Traumi residenti in provincia di RE	12	15
Traumi provenienti dall'H di RE	7	8
Pazienti trasferiti in altre rianimazioni da PC	---	5

Il 25% dei pazienti ricoverati per trauma nel 2005 e il 22% nel 2006 sono pazienti residenti nelle province di Piacenza e Reggio Emilia; il 6% e il 4% provengono, rispettivamente, direttamente dagli ospedali di Piacenza e Reggio Emilia.



Il report sulla patologia traumatica per l'anno 2006, riportato di seguito, completa la descrizione dell'attività.

Report traumi 2006			
n pz ricoverati		213	
Età	(media +/- DS; max - min)	44,95 +/- 22,38	
gg di degenza	(media +/- DS; max - min)	7,41 +/- 9,42; 0,01 - 53,49	
Sesso	(%)	M = 71,8% ; F = 28,2%	
Outcome rianimo	[morti (%)]	23 (10,8%)	
SAPS	(media +/- DS) [mediana; (max - min)]	34,68 +/- 17,37 33 (3 - 90)	
ISS	(media +/- DS) [mediana; (max - min)]	32,55 +/- 14,46 29 (1 - 66)	
Tracheo	(n;%)	52 (24,4%)	
TPN	(n;%)	25 (11,7%)	
Nutrizione artificiale	(n;%)	115 (54,0%)	
UTI	(n;%)	12 (5,6%)	
VAP	(n;%)	19 (20,7%)	
Infezione CVC	(n;%)	8 (3,8%)	
Patologie	n	vivi	%
Trauma Cronico	39	36	92,3%
Pollitrauma + Trauma cronico	88	77	87,5%
Pollitrauma senza Trauma Cronico	76	70	0,9210526
Usterioni	10	7	0,7
Primi 10 reparti da cui provengono i pazienti		Primi 10 reparti in cui vengono trasferiti i pazienti	
Reparto		Reparto	
Pronto Soccorso	122	Neurochirurgia	26
Neurochirurgia	14	Medicina d'Urgenza	24
Chirurgia d'Urgenza	5	Maxillo	17
Cardiochirurgia	3	Chirurgia d'Urgenza	15
Maxillo	3	Neurologia	12
Medicina d'Urgenza	3	Clinica Ortopedica	10
Chirurgia Toracico-Vascolare	2	Lungodegenza critica	7
Ortopedia	2	Ortopedia	7
Chirurgia Generale	1	Lungodegenza post-acuzie	6
Clinica e Terapia Medica	1	Altro	5
Primi 5 ospedali di provenienza:		Primi 5 ospedali di trasferimento	
Piacenza	20	Piacenza	12
Reggio Emilia	8	Reggio Emilia	6
Altro	8	Altro	5
Fiorenzuola	5	Fidenza	3
Fidenza	4	Castel San Giovanni	2
Funzione Hub			
Totale pazienti da PC	32		
Totale pazienti da RE	15		

EMOFILIA

Il progetto "collegamento in rete dei Centri Emofilia" della Regione Emilia-Romagna mira a fornire ai centri un nuovo e moderno strumento informatico: la cartella ambulatoriale per i pazienti con malattie emorragiche congenite. Tale cartella (chiamata 'xl'Emofilia') sostituisce la precedente (Emocard) conferendo numerosi vantaggi: è un applicativo WEB che ha un unico database che permette un vero e proprio collegamento in rete dei Centri, che non richiede installazioni, ma solo l'uso di un browser internet (Explorer); ha un taglio 'clinico' per essere usato durante le visite ambulatoriali anche dagli specialisti collaboranti, fornisce stampe da inserire in cartella e percorsi guidati per varie evenienze. Inoltre rende semplice la compilazione dei piani terapeutici ed è progettato per integrarsi con il registro regionale già attivo dal 2003, in modo da ottimizzare il lavoro semestrale di rilevazione/elaborazione dei dati.

Non ultimo la cartella fornisce la possibilità per i pazienti di collegarsi via internet mediante un processo sicuro (web-identity) con la base dei dati per registrare direttamente i propri eventi emorragici, le infusioni o semplicemente per consultare i dati in caso di necessità (ad esempio in caso di episodi emorragici con accesso in urgenza a strutture sanitarie di altre regioni o anche altre nazioni in tutto il mondo).

I pazienti, indipendentemente dalla loro residenza, inoltre possono essere visti presso i vari centri della Regione ove le cartelle sono consultabili e aggiornabili direttamente, ad esempio per consulenze o visite specialistiche o ricoveri.

Il progetto è iniziato nel 2005 ed è stato presentato ai Centri, in un incontro tenutosi a Parma, per la condivisione degli obiettivi e della architettura del nuovo applicativo. La prima fase è consistita nella progettazione dettagliata della nuova cartella clinica: sono state individuate sia le caratteristiche software, sia quelle più strettamente cliniche.

Dal punto di vista clinico sono state individuate le performances che la cartella doveva offrire. Due di queste sono molto innovative: la cartella presenta in evidenza una elaborazione dei dati salienti che caratterizzano il paziente chiamata 'lista dei problemi' e presenta una serie di 'percorsi' che guidano gli operatori dei Centri e i pazienti nell'inserimento dei dati nelle varie sezioni in modo da renderlo il più agevole e completo possibile. Inoltre sono state analizzate e discusse attentamente tutte le sezioni, i campi e le stampe. È stato inserito anche il piano terapeutico secondo il modello regionale.

Dal punto di vista tecnico la caratteristica principale della cartella è l'elevata flessibilità e parametricità; essa è costituita da "sezioni" ciascuna composta da un insieme di "campi". Il programma consente la definizione dinamica di nuove sezioni in modo da poter adeguare e far evolvere la cartella nel tempo. Anche la reportistica e la citata "lista dei problemi" sono interamente configurabili e facilmente estensibili.

È stata individuata la modalità di accesso dei pazienti mediante una "web-identity" che è basata su di un

dispositivo hardware (chiave USB); si è ottenuto così il vantaggio di garantire al paziente l'assoluta privacy in quanto i dati sono accessibili solo da chi è in possesso del dispositivo (il centro hub può in qualsiasi momento bloccare dispositivi eventualmente smarriti).

Naturalmente il sistema è stato progettato fin dall'inizio tenendo conto dei requisiti di sicurezza e di "privacy" (oltre a quelli già previsti dal D. Lgs. n. 196 del 30.6.2003) quali:

- trasmissione dei dati criptata,
- accesso al sistema mediante codice utente e password,
- gestione delle autorizzazioni mediate profili di accesso,
- logiche di visibilità dei pazienti (ciascun medico vede solo i pazienti di propria competenza),
- infrastruttura hardware ad alta affidabilità.

Inoltre, tutte le operazioni sul database sono tracciate. Nell'ottobre 2006 si è tenuto a Parma un corso di formazione per tutti i medici dei Centri RER per l'utilizzo del nuovo programma con l'obiettivo di raggiungere l'operatività entro l'anno.

Integrazione con il registro regionale delle malattie emorragiche congenite

Negli ultimi mesi del 2006 è cominciata l'analisi della struttura del nuovo database della cartella clinica per poterla rendere compatibile con il Registro delle Malattie Emorragiche Congenite della Regione.

La struttura del Registro adesso permette il monitoraggio dei dati "on the fly": mano a mano che il medico compila la cartella clinica, il dato è già disponibile per essere valutato. Il supporto software e hardware dell'Azienda ha permesso inoltre di poter sviluppare pagine dinamiche, cioè con possibilità di aggiornare il dato in tempo reale e creare contemporaneamente grafici che lo mostrano.

Controllo di qualità dei laboratori di emostasi della regione Emilia-Romagna

Il modello hub and spoke prevede tra le funzioni dei centri spoke la diagnostica di laboratorio di coagulazione di II livello e tra quelle del centro hub il coordinamento delle attività di controllo di qualità per garantire l'omogeneità diagnostica in ambito regionale.

Il Progetto prevedeva di proseguire anche questa funzione, iniziata nel 2004, per cui è stato organizzato il controllo di qualità dei Laboratori di Emostasi dei Centri della Regione in particolare per i test di II livello (fattore VIII, fattore IX, fattore von Willebrand) necessari per la corretta diagnosi, il monitoraggio della terapia sostitutiva e della gestione degli interventi chirurgici.

Ogni laboratorio partecipante è stato messo in condizioni di verificare l'accuratezza dei propri dati rispetto alla media generale dei partecipanti. Prendendo visione di eventuali variazioni dei propri risultati rispetto alla media generale è possibile apportare misure correttive per rendere maggiormente affidabile la valutazione diagnostica e il monitoraggio della terapia sostitutiva, specie nelle condizioni in cui è necessario una precisa regolazione del dosaggio.

FIBROSI CISTICA

Per quanto riguarda la realizzazione del modello hub and spoke, il centro hub ha illustrato ai responsabili dei centri spoke indicati dalla Regione il progetto nelle sue linee generali ed è stato consegnato un questionario di richieste specifiche sui requisiti minimi a cui ogni spoke doveva rispondere per avere una base condivisibile, inoltre è stata formulata una proposta di programma per la formazione del personale medico e sanitario dei centri spoke. Successivamente sono stati definiti, con i responsabili dei centri spoke, specifici percorsi terapeutico-assistenziali, finalizzati all'addestramento ed al coordinamento del personale medico e paramedico dei centri spoke:

Per il personale medico

- frequenza presso l'ambulatorio/reparto del centro hub per almeno 6 mesi e partecipazione a congressi dedicati alla fibrosi cistica,
- incontri periodici di aggiornamento organizzati dal centro hub con discussione di casi clinici complessi (ad esempio comparsa di diabete, peggioramento clinico importante, gravidanza, eccetera, avvalendosi della collaborazione della psicologa del centro), di nuovi protocolli terapeutici, eccetera.

Per i fisioterapisti

- periodo di addestramento su pazienti ricoverati e ambulatoriali, da organizzare (come tempo durata) in accordo con le fisioterapiste del centro hub,
- partecipazione a congressi e corsi di aggiornamento mirati.

Per il personale paramedico

- addestramento sull'uso di metodologie strumentali non conosciute,
- conoscenza di nuove tecniche di infusione venosa e di aerosol terapia.

I pazienti seguiti dal Centro di Parma sono 134, di cui 30 fuori regione e circa 60 sono pazienti di età superiore ai 18 anni.

Nell'ambito del progetto Telemedicina per la fibrosi cistica, che prevede il monitoraggio domiciliare di spirometria e pulsossimetria, sono stati reclutati 20 pazienti adulti in diverse fasi della malattia.

I risultati preliminari di questo progetto in corso dal 2005 hanno dimostrato un miglioramento della qualità di vita e della compliance terapeutica di tali pazienti.

Date le premesse positive si ritiene di estendere lo studio anche a pazienti in età pediatrica.

GRAVI CEREBROLESI E PROGETTO GRACER

In attuazione di quanto previsto dal Piano Attuativo Locale 2005-2007, è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale con il compito di elaborare un documento finalizzato a definire l'iter tecnico per la gestione territoriale e residenziale dei pazienti cerebrolesivi gravi. Con l'esclusione del paziente oncologico e della fascia infantile, per omogeneità clinica, possono essere associate in questo gruppo tutte le persone portatrici di patologia a genesi neuromotoria, con livello di necessità assistenziale estremamente elevato, e comunque non autosufficienti, con livello cognitivo integro o alterato.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da esiti di grave o gravissima cerebropatia acquisita (GRACER), nonché a tutti i pazienti affetti da patologie assimilate, così come indicato nell'Allegato A alla D.G.R. 2068/2004, che prevede anche gravissime mielolesioni e gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata intervenute in età adulta (quali SLA, Sclerosi multipla in stato avanzato, eccetera), si riporta quanto di seguito.

Organismi direttamente coinvolti

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per quanto attiene:

- Medicina Riabilitativa
- Lungodegenza Critica
- Lungodegenza Post-Acuzie
- Lungodegenza Pneumologica

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per quanto attiene:

- Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo
- Presidio Ospedaliero di Borgo Val di Taro

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per quanto attiene:

- Coordinamento Prestazioni Sociosanitarie - Area Aziendale Disabili;
- Gruppo di Coordinamento Interaziendale;
- Équipe Distrettuali Disabili (EDD), nominate da ciascun Direttore di Distretto;

Le sedi residenziali di:

- Centro per le cure progressive di Langhirano
- Lungodegenza di San Secondo
- Casa Protetta S. Mauro Abate, Colorno

L'AUSL di Parma ha inoltre in essere una convenzione con il Centro Cardinal Ferrari di Fontanellato, come nodo HS del percorso GRACER (Gravi Cerebrolesioni Acquisite).

Percorso Clinico - Assistenziale Ospedaliero

Dalle aree intensive mediche e chirurgiche ha origine la richiesta di valutazione da parte dei medici fisiatri referenti della fase acuta.

Nello specifico, il paziente risulta preso in carico dal medico fisiatra all'ingresso dei reparti di rianimazione o neurochirurgia affinché venga favorita la precocità del trasferimento in struttura riabilitativa, compatibilmente con i criteri clinici stabiliti.

Il compito clinico della componente riabilitativa intensiva risiede nella massima stabilizzazione delle condizioni cliniche della persona, affinché la presa in carico territoriale possa essere adeguatamente svolta da un case manager (o responsabile del caso) infermieristico opportunamente preparato nella gestione di questi pazienti.

Percorso extra-ospedaliero

Così come previsto dalla normativa regionale, l'uscita del paziente dal percorso ospedaliero e dalla eventuale fase di riabilitazione intensiva, prefigura due possibili percorsi, nei quali il ruolo dell'Ospedale si estrinseca nella richiesta di intervento da parte dell'unità operativa ospedaliera che, ultimata la fase post-acuta ed una volta definito il progetto riabilitativo individuale, si accinge a dimettere il paziente.

Progetto GRACER

Il debito informativo verso il Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni Acquisite (Progetto GRACER) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara viene assolto selettivamente in tutte le sue parti: la presa in carico riabilitativa, cui segue l'immediato deposito dei dati all'interno del database regionale, si sviluppa a partire dalla sede di degenza del paziente (in genere nelle strutture del Dipartimento Emergenza-Urgenza), per poi continuare presso l'U.O. di Medicina Riabilitativa o presso le altre strutture identificate nel processo GRACER. Si tratta di attività trisettimanale di verifica e discussione dei pazienti localizzati presso le Terapie Intensive e presso le Neurochirurgie, dove inizia il trattamento riabilitativo. Per quanto attiene le segnalazioni dei pazienti ai referenti territoriali competenti (Spoke T) si rileva una certa discontinuità nell'erogazione della prestazione per carenza di riferimenti specifici e costanti. Attualmente i controlli ed il follow-up dei pazienti interni vengono svolti dalla componente medica della Medicina Riabilitativa.

Pazienti in carico - anno 2006						
Totale	di cui					
	TCE	Anossico	Emorragica	Ischemica	Infettiva	Altro
105	36	13	50	5	0	1

Destinazioni	
Spoke-O Parma	26
Centro Cardinal Ferrari	15
Correggio	2
Altre Rianimazioni	20
Lungodegenza	3
Deceduti	22
Altro	6
Domicilio	1
Altre Riab.	5
Usciti	5

Completamento delle reti programmate

Malattie Rare

È stata attuata, a livello aziendale, una azione di informazione e coinvolgimento delle unità operative che sono già accreditate per la certificazione di malattie rare affinché aggiornino l'elenco delle patologie per le quali è necessario chiedere l'accreditamento al fine di soddisfare al meglio tutte le esigenze dell'utenza territoriale e di assicurare una completa assistenza in questo settore particolarmente delicato. Buona parte delle strutture hanno avviato l'iter per l'autorizzazione alla certificazione da parte della Regione Emilia-Romagna mediante la procedura prescritta dalla Circolare 18 del 24.11.2004 relativa all'applicazione della D.G.R. n. 160 del 2.2.2004, Congiuntamente con i referenti delle unità operative accreditate, è iniziato il lavoro di organizzazione dei percorsi di accesso sia di prima istanza che per i controlli periodici.

Percorso di accesso proposto:

Prima visita

- I medici di Medicina Generale richiedono al Centro di Riferimento la prima visita di accesso, notificando il sospetto diagnostico e le generalità del paziente.
- Il Centro di Riferimento dovrà erogare la prestazione entro tre giorni lavorativi dal ricevimento della proposta di visita.
- Il Centro di Riferimento provvederà ad espletare tutte le indagini necessarie al fine della definizione della diagnosi, utilizzando protocolli diagnostici condivisi e validati.
In caso di conferma del sospetto diagnostico, il Centro di Riferimento provvederà alla certificazione della malattia, alla stesura del Piano Terapeutico Personalizzato (PTP) e alla compilazione della scheda per la eventuale prescrizione dei farmaci.
- Il Centro di Riferimento provvederà alla notifica sul Registro Malattie Rare dell'avvenuta osservazione segnalando le generalità del paziente e la diagnosi di malattia rara con il relativo codice.

Visite successive

Il Centro di Riferimento, dopo aver preso in carico il paziente, stabilirà tempi e modi per i controlli successivi, segnalando agli Sportelli Unici Distrettuali le modalità e gli orari di accesso.

In caso di necessità, l'accesso alle visite di controllo potrà essere concordato direttamente dal paziente con il Centro di Riferimento.

In occasione della visita di controllo il Centro di Riferimento, qualora necessario, provvederà a ridefinire il PTP, a proporre ulteriori indagini e a indicare eventuali nuove terapie.

Il censimento e l'organizzazione dei percorsi delle malattie rare vanno pensati come una operazione in divenire. È legittimo ritenere che comunque il rilevamento delle malattie rare sia notevolmente sottostimato, rilevando la discrepanza, a livello di esenzioni, fra la frequenza osservata di alcune patologie denunciate e quella attesa dai dati epidemiologici.

Area Vasta Emilia Nord

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), costituita nel 2004 dalle aziende ospedaliere e territoriali di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena con finalità di aggregazione delle funzioni interaziendali nel campo degli acquisti di beni e servizi, in coerenza con la sua mission e con il percorso sviluppato nel primo biennio di attività, ha avviato, nel corso dell'anno 2006, una serie di iniziative rispetto a processi comuni di acquisizione e al monitoraggio del livello di adesione delle singole aziende agli esiti delle gare effettuate.

Parallelamente è stato sviluppato il progetto industriale per la logistica unica del farmaco e del dispositivo medico, strategico sia dal punto di vista della razionalizzazione dei processi, sia dal punto di vista degli investimenti previsti.

Area Vasta significa aggregazione di processi, ma anche condivisione di programmazione e di organizzazione, omogeneizzazione dei prodotti acquisiti nell'ottica di conseguire economie di scala e di uniformare le modalità di erogazione di farmaci e presidi medici a livello sovraprovinciale, con conseguente standardizzazione dei futuri fabbisogni.

L'attività svolta da AVEN si estrinseca quindi, in coerenza con gli obiettivi definiti dalla Regione Emilia-Romagna, sia nel supporto alle aziende nell'espletamento delle gare, sia, soprattutto, nella condivisione di percorsi comuni da parte delle varie professionalità coinvolte nelle procedure di acquisto a livello di programmazione

strategica (Direzioni Generali, Sanitarie ed Amministrative) e di esecuzione (farmacie interne, uffici acquisti, reparti utilizzatori).

Processi comuni di acquisizione di prodotti

Le gare aggiudicate in Area Vasta nel corso del 2006 sono state 12 per un totale di 116,8 milioni di euro, alle quali si sono aggiunti 2 rinnovi per il valore di 4 milioni di euro, mentre sono state avviate 6 nuove procedure. La quota più significativa del volume di gare è rappresentata dall'acquisto di farmaci, che costituiscono l'83% del totale della programmazione e il 93% delle gare concluse.

Gare AVEN aggiudicate anno 2006

	Denominazione gara	Azienda referente	Importo complessivo di gara iva esclusa
1	FARMACI I TRANCHE (rinnovo)	AUSL MO	9.500.000
2	FARMACI II TRANCHE (rinnovo)	AUSL MO	81.700.000
3	FARMACI IV tranche	AUSL MO	20.936.640
4	PRODOTTI NUTRIZIONE ENTERALE OSPEDALIERA (Prodotti Dietetici)	AUSL RE	995.989
5	DEFLUSSORI lotto non conforme	AUSL PC	256.327
6	CANNULE SONDE TUBI	AUSL PR	1.374.708
7	DISINFETTANTI	AUSL PC	1.353.560
8	AGHI BIOPSIA	AO PR	62624
9	GUANTI MONOUSO STERILI E NON (rinnovo)	AUSL PR	1.999.618
10	MEDICAZIONI SPECIALISTICHE AVANZATE (rinnovo)	AO PR	2.107.213
11	LETTI A BILANCIA PER DIALISI ELETTRIFICATI	AO RE	199.666
12	FRIGORIFERI BIOLOGICI E SIMILI	AUSL RE	153.317
13	ASPIRATORI CHIRURGICI*	AUSL MO	34.750
14	POMPE A SIRINGA*	AO PR	189.740

Nota: procedure concluse nel 2006 ma atto di aggiudicazione di gennaio 2007.

Gare AVEN avviate nel 2006

	Denominazione gara	Azienda referente	Importo annuo iva esclusa
1	DISPOSITIVI MEDICI ODONTOIATRIA	AO MO	600.000,00
2	MATERIALE VARIO PER GINECOLOGIA	AUSL PR	443.000,00
3	SUTURATRICI MECCANICHE	AUSL RE	3.500.000,00
4	FILI DI SUTURA	AUSL RE	4.000.000,00
5	DRENAGGI	AUSL PC	1.200.000,00
6	INCUBATRICI E LETTINI NEONATALI CON MANUTENZIONE	AUSL MO	45.000,00

Sintesi andamento gare rispetto alla programmazione	Da programmazione	Aggiudicate	Programmate nel 2007 e anticipate al 2006	Avviate/ slittate al 2007
N. Gare	27	12	2	15
Valore economico complessivo delle gare	153.895.015	116.757.321	4.106.831	22.640.762
Di cui valore economico gare farmaci	126.965.685	112.136.640		

Il processo di *selezione dei farmaci* è avvenuto secondo il principio dell'equivalenza terapeutica, mediante il coinvolgimento dei clinici in gruppi di lavoro e con il supporto scientifico e metodologico del CeVEAS, il Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Per promuovere l'aggregazione e la razionalizzazione

della domanda nel settore dei *presidi sanitari* e delle tecnologie sanitarie, AVEN ha coordinato anche nel corso del 2006, la programmazione condivisa attraverso gruppi di lavoro permanenti dedicati (clinici, provveditori, farmacisti, ingegnerie cliniche).

La riattivazione del *gruppo delle Ingegnerie Cliniche* ha sortito risultati positivi sia nell'interesse dimostrato all'in-

dividare ambiti comuni di attività che nello sviluppo concreto di iniziative che hanno portato a cinque gare in comune sottosoglia e a creare le condizioni per l'avvio, nel corso del 2007, di procedure di importo comunitario. L'importanza di questa attività risiede quindi nell'aver individuato criteri tecnici compatibili tra tutte le Aziende e forti collaborazioni nella concretizzazione del lavoro che hanno consentito, altresì, di delineare proposte condivise di acquisizione di prodotti a livello regionale. In merito al campo dei *dispositivi medici*, data l'elevata complessità, si rileva come l'analisi debba tener conto delle diverse metodologie e pratiche cliniche connesse all'uso, delle attrezzature bio-medicali disponibili, ed anche degli aspetti di protezione individuale sia dell'operatore che del paziente.

Questi elementi sono peculiari rispetto al farmaco, per cui occorre costruire un nuovo approccio sia metodologico che organizzativo, coinvolgendo un maggiore numero di professionalità.

La programmazione delle gare di Area Vasta si integra con l'attività di acquisto svolta, a livello regionale, da *Intercent-ER*, l'Agenzia Regionale per lo sviluppo dei mercati telematici con la quale è stata instaurata, inoltre, una proficua attività di collaborazione mediante la partecipazione di clinici e professionisti di Area Vasta a 18 procedure di gara regionali, sia in fase di redazione dei documenti di gara (gruppi di lavoro) che in quella di valutazione tecnica (commissioni giudicatrici).

Monitoraggio dell'adesione agli esiti delle gare farmaci
AVEN nasce dall'esperienza pluriennale delle Unioni d'Acquisto, di conseguenza la condivisione di procedure di gara appare ora come un punto di partenza per sviluppare l'obiettivo successivo, rappresentato dal monitoraggio dell'efficacia delle procedure aggiudicate.

Si è riscontrato, infatti, che il successo di una gara di Area Vasta non può essere misurato esclusivamente sulla base dei prezzi di aggiudicazione, ma deve essere comprovato dall'effettiva adesione da parte delle aziende agli esiti delle gare espletate.

Per poter disporre di dati completi in merito alle forniture acquisite, l'analisi è stata avviata partendo dal processo maggiormente consolidato, rappresentato dalle gare per l'acquisizione di farmaci.

È stato quindi realizzando un innovativo sistema di report per il monitoraggio del grado di adesione qualitativo, con il proposito di rilevare gli effettivi consumi in fase post-gara rispetto al valore atteso.

Questo sistema rappresenta uno strumento fondamentale per misurare l'efficacia delle gare condivise, sia in termini di effettivo ritorno economico, sia in termini di progressiva omogeneizzazione del mercato dei farmaci tra aziende sanitarie limitrofe.

Per l'anno 2006, l'adesione agli esiti delle gare di farmaci di Area Vasta risulta molto elevata, superiore al 90%, dato ricavabile dall'ultimo report commentato relativo ai primi 9 mesi, sostanzialmente confermato anche nell'ultimo trimestre.

L'insieme strutturato delle informazioni contenute nel reporting è diretto ad agevolare la verifica puntuale del livello di adesione alle gare farmaci gestite in ambito di area vasta e ad individuare aree critiche di scarsa adesione che richiedono azioni correttive.

Il reporting ha un contenuto qualitativamente elevato poiché:

- è aderente agli obiettivi regionali del 2006 perché offre alle Direzioni Generali uno strumento concreto di verifica sia di comportamenti sia degli scostamenti, anche economici, dal previsto;
- permette un confronto tra le componenti sanitarie delle Aziende Associate su dati e analisi univoci e sull'effettiva adesione alle equivalenze terapeutiche;
- fornisce dati accessibili sul sito AVEN a tutte le componenti, rende trasparente il confronto e facilita lo scambio professionale tra i Farmacisti e tra i Provveditori,
- facilita la comunicazione e la soluzione delle tematiche tra le Aziende della stessa Provincia, utile ai fini della definizione degli accordi provinciali di fornitura.

Questo strumento innovativo, in prospettiva, può essere utilizzato per monitorare anche le gare di dispositivi medici.

Progetto industriale per la logistica unica del farmaco e del dispositivo medico

Tra i progetti seguiti a livello di Area Vasta sicuramente il più impegnativo è rappresentato dal Progetto industriale per la logistica unica del farmaco e del dispositivo medico, che comporterà la realizzazione di un magazzino centrale sul territorio di Reggio Emilia.

Nel corso del 2006 è stato portato a compimento il progetto industriale, realizzato con il supporto di un gruppo permanente multiprofessionale in sede AVEN e sono stati redatti il progetto del layout, dell'organizzazione gestionale e dell'automazione del magazzino.

È stato inoltre sottoscritto il contratto preliminare per l'acquisto del terreno che presenta una superficie di 21.320 mq con superficie massima edificabile di 7.069 mq ed ha un costo di € 3.144.000.

Per la realizzazione della struttura, che prevede un dimensionamento di 7.000 mq con sfruttamento di tutta la superficie utile, si prevede, nel complesso, un investimento di € 11.000.000, che verranno ripartiti tra le aziende. I costi di gestione, i cui valori sono ancora molto orientativi, oscillano tra € 4.100.000 e € 5.500.000 circa.

La creazione di un magazzino unico, nel quale verranno stoccati farmaci e presidi sanitari delle sette aziende associate, comporterà economie di scala in termini di gestione delle scorte, costi di stoccaggio e di personale dedicato; il progetto è quindi fortemente allineato con gli obiettivi regionali in materia di attività in comune tra le Aziende di area vasta e per la razionalizzazione logistica. Con la realizzazione del nuovo sistema di logistica verrà inoltre progressivamente adeguato l'assetto delle organizzazioni aziendali, al fine di addivenire alla complessiva integrazione della logistica rispetto al nuovo magazzino.

I processi di riorganizzazione verranno preceduti da analisi all'interno di ogni singola realtà aziendale, con previsione di conclusione entro il 2007.

Risk management e copertura assicurativa

Le attività di approfondimento condotte da apposito gruppo di lavoro istituito presso AVEN hanno portato all'elaborazione di un progetto di copertura assicurativa sul 2° rischio la cui piattaforma tecnica, elaborata a cura del broker condiviso da sei delle sette aziende aderenti, prevedeva una ipotesi iniziale di risparmio quantificabile in 1,5 mln di euro.

Il progetto, presentato nell'apposito gruppo di lavoro regionale coordinato dalla Direzione Generale dell'Assessorato politiche per la salute che ha manifestato interesse allo sviluppo dello stesso, è stato riavviato nell'ultimo trimestre dell'anno.

Realizzazione archivio dispositivi medici

Anche ai fini dell'applicazione dell'art. 409 della legge finanziaria 2006, si è creato un archivio telematico relativo ai dispositivi medici in uso comprendente oggi a 13.000 prodotti rispetto ai 17.000 di interesse AVEN. L'archivio, previa verifica di compatibilità con le banche dati aziendali, rappresenta una tappa importante per giungere all'adozione di un linguaggio comune sui dispositivi medici in Area Vasta, e per favorire, inoltre, la facilitazione dei processi gestionali quali acquisto e monitoraggio post-gara, nonché per agevolare l'adozione

della classificazione nazionale, così come richiesto dalle disposizioni ministeriali.

Coordinamento commissioni terapeutiche provinciali e armonizzazione dei PLT

Obiettivi del progetto possono sintetizzarsi nel:

- dotarsi di modalità organizzative adeguate quali la costituzione di un'unica Commissione a valenza provinciale anche a Parma e modifica degli schemi organizzativi adottati da Piacenza;
- confrontarsi per la condivisione delle modalità di funzionamento, la modulistica, i criteri per la ricerca e selezione della documentazione, regole e strumenti per l'applicazione delle decisioni;
- allineare la tempistica, lavorando maggiormente secondo logiche di rete;
- condividere in modo razionale le risorse.

L'aggiornamento costante ed uniforme del Prontuari Terapeutici Provinciali (PTP) rappresenta un utile strumento anche in considerazione del fatto che i PTP costituiranno uno dei riferimenti per la gara farmaci 2008 di Area Vasta.

Lo sviluppo effettivo del progetto è stato condizionato, nella sua fattibilità concreta, dal percorso regionale che ha portato all'adozione della D.G.R. n. 1540 del dicembre 2006, di riorganizzazione del sistema deputato alla selezione dei farmaci utilizzati nelle strutture sanitarie regionali.



Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48

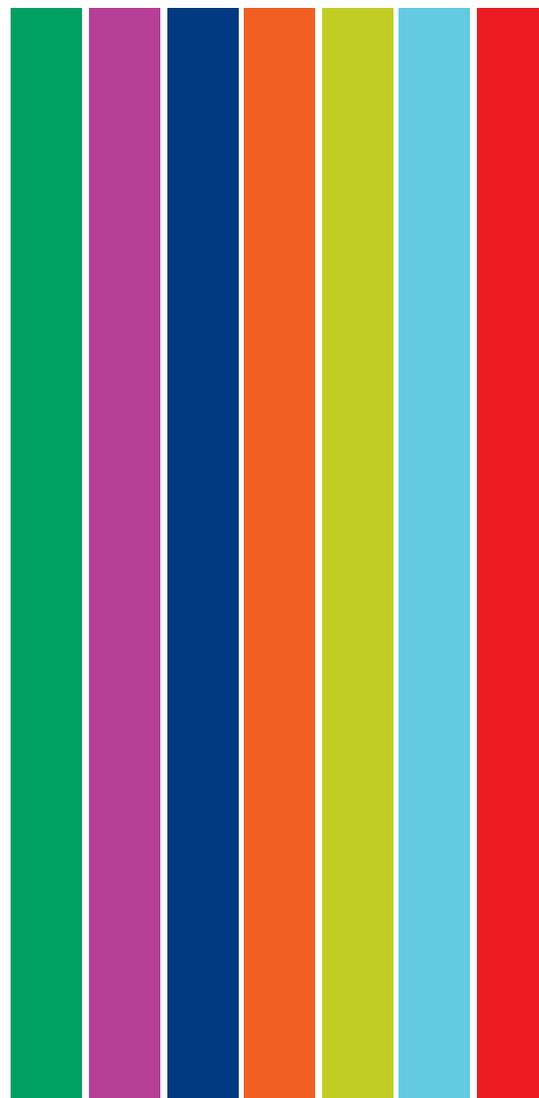


Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Il quarto capitolo è volto a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze del personale. La valorizzazione delle competenze professionali può trovare diverse declinazioni a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna Azienda privilegia.

Il capitolo sviluppa le seguenti tematiche:

1. La "carta di identità" del personale
2. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
3. Gestione del rischio e sicurezza
4. Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
5. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
6. Formazione
7. Sistema informativo del personale
8. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze



Premessa

In tutte le organizzazioni produttive, le risorse umane costituiscono un elemento strategico e fattore critico di successo. Questo assunto è tanto più attuale nelle organizzazioni che producono servizi sanitari diretti alle persone e che coinvolgono in modo rilevante i rapporti interpersonali. Il fattore umano risulta imprescindibile nella realizzazione sia di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità ed appropriatezza, sia di condizioni di personalizzazione ed umanizzazione dei servizi e delle prestazioni offerti.

Nell'adozione dell'Atto aziendale (delibera n. 221 del 22.11.2006) ha trovato formalizzazione l'impegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per attivare strumenti e percorsi che rendano sempre più effettiva la *partecipazione* dei professionisti e degli operatori, i quali sono espressione di contenuti scientifici, etici, sociali e relazionali e quotidianamente prestano la loro fondamentale opera per garantire la miglior assistenza e cura ai cittadini che si rivolgono alle strutture dell'ospedale.

Fra i principi ispiratori del documento di cui all'art. 4 viene affermata la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica quali obiettivi prioritari per accrescere il ruolo di eccellenza dell'Azienda nel panorama sanitario regionale e nazionale per le proprie funzioni di cura, formazione, didattica e ricerca. Nello stesso articolo viene ribadito il ruolo che l'Azienda riconosce allo sviluppo del capitale umano, quale motore dei processi di cambiamento e innovazione nel contesto organizzativo, sviluppo che si concretizza attraverso forme di partecipazione e valorizzazione: "L'Azienda vuole utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe) coinvolgendo le diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi."

Nell'implementare i diversi strumenti di valorizzazione del personale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria deve tuttavia tenere conto della complessità che deriva dalla coesistenza di personale ospedaliero e personale universitario.

Nelle aziende ospedaliero-universitarie, dunque, la contestuale presenza di personale del S.S.R. e dell'Università, sia dell'area comparto, sia di quella dirigente, determina ovvi riflessi sulle relazioni interistituzionali. Infatti pur basandosi le relazioni sul condiviso principio dell'integrazione che caratterizza tali strutture, non può trascurarsi che la normativa in materia ribadisce che il personale dell'Università mantiene il proprio stato giuridico, quindi un datore di lavoro diverso dall'Ospedale, presso il quale è chiamato a svolgere attività assistenziale congiuntamente all'attività di didattica e di ricerca di sua propria competenza. Ne scaturisce la necessità

di stabilire in modo quanto più ampio e definito possibile una condivisa politica di programmazione delle risorse che garantisca il successo nel raggiungimento degli obiettivi che la nuova struttura integrata si prefigge.

A tale riguardo l'art. 9 dell'Accordo attuativo siglato il 18.12.2006 con l'Università degli Studi di Parma afferma che "la Facoltà di Medicina e Chirurgia è libera nella programmazione delle proprie risorse di personale docente e la realizza nell'ambito del proprio Consiglio nei modi previsti dallo Statuto dell'Università degli Studi di Parma. Per le ricadute di carattere assistenziale, si ritiene tuttavia opportuno il confronto e l'integrazione di tale programmazione con quella dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, a tale scopo, viene istituita una commissione paritetica di consultazione e di reciproca e preventiva informazione costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Preside della Facoltà e da un altro membro della Facoltà da lui scelto. Tale commissione potrà essere convocata su richiesta del Direttore Generale o del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia".

Si evidenzia così la necessità, pur nel riconoscimento della reciproca autonomia, di stimolare un dialogo costante e costruttivo in termini di trasparente conoscenza e condivisione degli obiettivi, anche non comuni, in modo da definire le migliori e più efficaci modalità di perseguimento. Solo attraverso questa ricercata sinergia già a livello programmatico, in una situazione di risorse limitate quale quella vissuta attualmente dal S.S.R. e dall'Università, si può pensare di porsi obiettivi "coraggiosi" che vadano al di là del mantenimento del livello quali-quantitativo attuale e si può garantire l'evoluzione scientifica e tecnica propria di un ospedale di terzo livello quale quello di Parma.

Per quanto concerne la ricerca, la previsione dell'istituzione di un Comitato etico unico condiviso con l'Università di cui all'art. 22 dell'Atto aziendale, oggetto anche nel corso degli anni passati di un confronto con l'Ateneo, ha finalmente trovato una sua soluzione con la nomina, nel corso del 2007, di un Comitato Etico Unico provinciale per l'esame degli studi proposti sia dai professionisti dell'Università, sia da quelli dell'Azienda Ospedaliera che dell'AUSL di Parma.

La "carta di identità" del personale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al 31.12.2006 impiega 3346 dipendenti a tempo indeterminato, di cui quasi il 70% nel ruolo sanitario. Il personale a tempo determinato (253 unità/anno) è ripartito fra il ruolo sanitario e il ruolo tecnico, mentre le altre tipologie contrattuali, che presentano un'incidenza del 3,6%, registrano una diminuzione rispetto all'anno precedente e riguardano per il 70% personale medico.

Andamento delle dotazioni organiche nel triennio 2004-2006 per tipologia contrattuale e ruolo

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato	31.12.2004	2209	7	685	211	3112
	31.12.2005	2249	7	750	210	3216
	31.12.2006	2297	7	839	203	3346
Tempo determinato*	31.12.2004	64	0	72	0	136
	31.12.2005	71	0	163	0	234
	31.12.2006	123	1	128	1	253
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2004	89	5	4	4	102
	31.12.2005	114	7	4	6	131
	31.12.2006	109	4	1	8	122

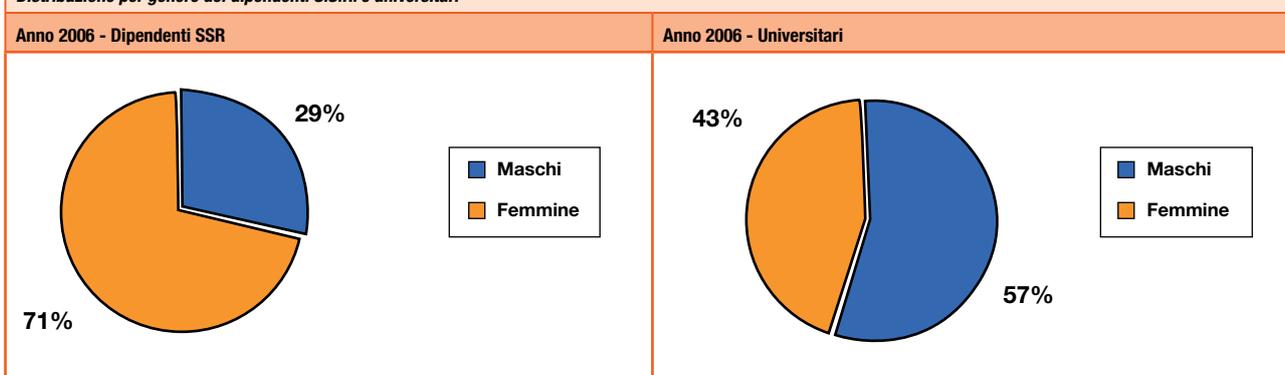
* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri del conto annuale, cioè in base al calcolo delle unità/anno

Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario in convenzione nel triennio 2004-2006 per ruolo

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2004	254	0	9	43	306
	31.12.2005	261	0	8	46	315
	31.12.2006	262	0	8	45	315

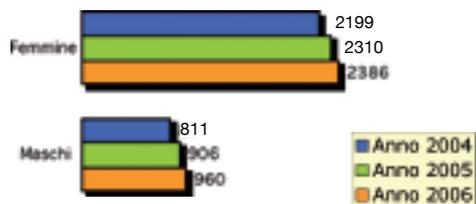
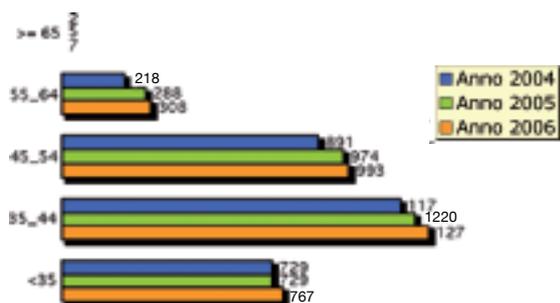
La carta d'identità di chi lavora nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria evidenzia un profilo giovane (il 61% del personale è al di sotto dei 44 anni), fortemente caratterizzato al femminile, soprattutto fra il personale del comparto, mentre fra i dirigenti, in particolare fra la dirigenza medica, prevalgono gli uomini e la classe d'età 45-54 anni, che raccoglie il 44% dei soggetti.

Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari

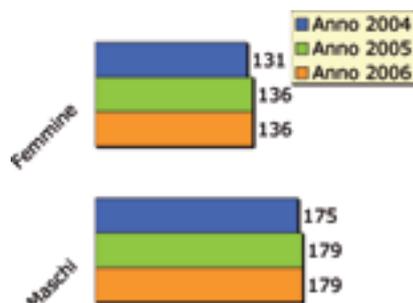
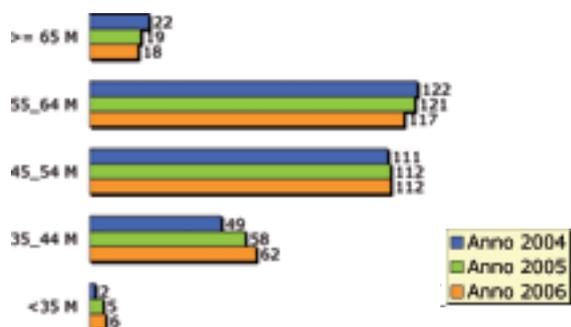


Cambia il ritratto fra il personale universitario in convenzione, dove è centrale il ruolo del medico e la presenza maschile. L'età di questo gruppo è più elevata, la classe d'età che raccoglie il maggior numero di soggetti è 55-64 anni. Analizzando la distribuzione per classi di età nel triennio 2006 si evidenziano tuttavia i segni di un certo ricambio generazionale, perché nelle classi di età più giovani, al di sotto dei 45 anni, si rileva un incremento, pur in una sostanziale stabilità del dato complessivo.

Distribuzione dei dipendenti S.S.R. per età e genere - 2004-2006

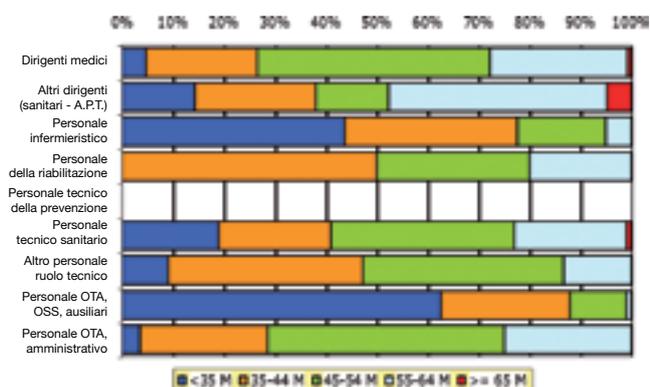


Distribuzione dei dipendenti universitari per età e genere - 2004-2006



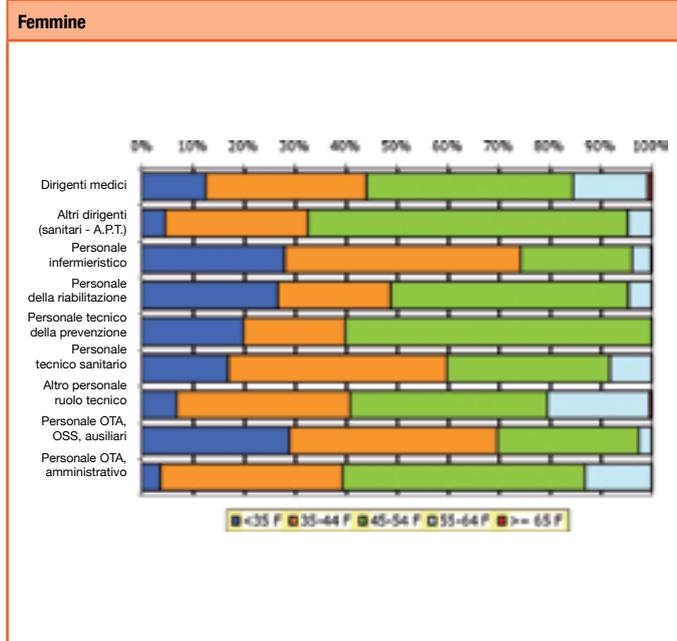
Distribuzione dei dipendenti S.S.R. per età - Anno 2006

Maschi



Raggruppamento	Classi d'età				
	Meno di 35 anni M	35-44 anni M	45-54 anni M	55-64 anni M	65 anni o più M
Dirigenti medici	12	56	117	69	2
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	3	5	3	9	1
Personale infermieristico	123	95	49	14	0
Personale della riabilitazione	0	5	3	2	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	19	22	36	22	1
Altro personale ruolo tecnico	15	63	65	22	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	62	25	11	1	0
Personale amministrativo	1	7	13	7	0
TOTALE	235	278	297	146	4

Distribuzione dei dipendenti S.S.R. per età – Anno 2006



Raggruppamento	Classi d'età				
	Meno di 35 anni F	35-44 anni F	45-54 anni F	55-64 anni F	65 anni o più - F
Dirigenti medici	18	45	58	21	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	2	12	27	2	0
Personale infermieristico	356	587	277	47	1
Personale della riabilitazione	12	10	21	2	0
Personale tecnico della prevenzione	1	1	3	0	0
Personale tecnico sanitario	25	63	47	12	0
Altro personale ruolo tecnico	17	83	95	49	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	95	134	91	8	0
Personale amministrativo	6	58	77	21	0
TOTALE	532	993	696	162	3

Il rapporto di lavoro è prevalentemente a tempo pieno, il part-time è un'opzione in gran parte femminile, l'impegno orario di chi ha optato per questa soluzione va da un minimo di 12 ore settimanali ad un massimo di 30 secondo le previsioni legislative e contrattuali (si vedano le tabelle "Numero di dipendenti, suddivisi per ruolo" riportate nel paragrafo "Impatto sul contesto territoriale", cap. 2). L'esigua presenza di part-time fra la dirigenza deriva dalla diversa disciplina contrattuale, che consente ai dirigenti un accesso al tempo parziale solo in presenza di determinate condizioni e per periodi di tempo delimitati. Solo fra il personale amministrativo del comparto il dato relativo al part-time risulta prossimo al 25% della dotazione organica (tetto previsto dalla normativa vigente), pertanto l'impatto sull'organizzazione è da considerarsi ancora adeguato.

Nel triennio 2004-2006 la dotazione organica aziendale è incrementata di 256 unità.

Mobilità in uscita	2004	2005	2006	2004-2006
limite età	9	11	11	31
dimissioni	41	35	64	140
passaggio altra amm.ne	41	58	45	144
pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
altre cause	66	46	65	177
Mobilità in entrata	2004	2005	2006	2004-2006
provenienti altre amm.ni	17	26	18	61
provenienti altre amm.ni - Legge 59/97	0	0	0	0
procedure concorsuali	145	217	282	644
altre cause	17	11	15	43
Differenza	+22	+104	+130	+256

Valutando il dato in riferimento alle categorie professionali di appartenenza si evidenzia come il personale amministrativo e tecnico sia in costante diminuzione, mentre è in crescita la presenza di figure dedicate all'attività assistenziale, a partire dagli OSS, per passare a infermieri e medici. La mobilità in entrata di queste figure è superiore alla copertura del turn-over. In un'ottica di qualificazione clinica dell'Ospedale secondo le linee programmatiche nazionali e regionali, le linee di indirizzo delle attività sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sono quelle di proseguire nell'azione di realizzazione di un centro avanzato di eccellenza, in grado di fornire ai cittadini servizi ospedalieri moderni, efficaci e di qualità, garantito dalla modernizzazione delle attrezzature ma anche dal reperimento di personale medico, sanitario e tecnico che consenta di fornire cure altamente qualificate e tempestive. Le causali di uscita sono, nel 2006, prevalentemente le dimissioni o il trasferimento ad altra amministrazione. Le motivazioni sono

probabilmente da rinvenirsi nella tendenza, legata alla forte preponderanza di personale proveniente da altre Regioni, al riavvicinamento al proprio luogo di origine. Per aumentare la ricettività del territorio nei confronti di forze lavorative importanti l'Azienda ha stipulato con ACER-Azienda Casa Emilia Romagna di Parma una convenzione, grazie alla quale 13 appartamenti verranno messi a disposizione, a canoni contenuti, per lavoratori dell'Azienda Ospedaliera in mobilità geografica. La convenzione ha durata decennale ed è rinnovabile e nasce dalla necessità, da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, di favorire la reperibilità di alloggi per i propri dipendenti del comparto. I destinatari degli alloggi sono, preferibilmente, gli infermieri provenienti da fuori regione. I criteri per l'assegnazione degli alloggi sono stabiliti dall'Azienda sentite le Organizzazioni Sindacali. Le modalità di ingresso sono prevalentemente di tipo concorsuale.

Raggruppamento	Cessati				Assunti		
	pass. altra amm.ne	dimissioni	limite età	altre cause	provenienti altre amm.ni	procedure concorsuali	altre cause
Anno 2004							
Dirigenti medici	2	8	0	2	3	9	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	0	0	1	0	0	2
Personale infermieristico	26	19	4	47	9	105	7
Personale della riabilitazione	0	0	0	1	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	7	2	1	5	1	12	0
Altro personale ruolo tecnico	0	11	2	2	2	1	5
Personale OTA, OSS, ausiliari	4	1	0	7	0	18	2
Personale amministrativo	2	0	2	1	1	0	0
Anno 2005							
Dirigenti medici	3	5	5	5	10	13	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	3	0	0	1	0	1
Personale infermieristico	36	12	1	35	9	106	4
Personale della riabilitazione	1	1	0	0	0	4	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	10	4	0	4	4	12	0
Altro personale ruolo tecnico	2	7	5	0	0	0	3
Personale OTA, OSS, ausiliari	5	0	0	2	1	82	3
Personale amministrativo	1	3	0	0	1	0	0
Anno 2006							
Dirigenti medici	3	16	1	8	8	28	4
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	1	1	0	0	3	1
Personale infermieristico	25	17	2	40	2	106	6
Personale della riabilitazione	0	1	0	0	1	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	4	0	2	1	16	1
Altro personale ruolo tecnico	0	18	3	0	0	0	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	8	1	1	15	3	128	0
Personale amministrativo	1	6	3	0	3	0	1

Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

L'Atto aziendale ha definito l'articolazione organizzativa dell'Azienda individuando l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. Nell'Azienda sono presenti:

- Dipartimenti ad Attività Integrata;
- Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

Il Dipartimento ad Attività Integrata rappresenta la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Esso assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle della ricerca proprie dei Dipartimenti Universitari.

La valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi trova applicazione nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale. Il Consiglio dei dipartimenti ad attività integrata, che affianca il Direttore e la Giunta come organi di governo del dipartimento, è il luogo in cui le regole democratiche della partecipazione prendono forma.

I Dipartimenti Tecnico-Amministrativi rappresentano un modello di coordinamento nei servizi di supporto. Tale modello, nel rispetto delle specifiche competenze, consente significative sinergie sia nella definizione e gestione di procedure amministrative e tecniche integrate, sia nell'elaborazione e realizzazione di progetti di innovazione e sviluppo. In linea generale, il Dipartimento in area tecnico-amministrativa rappresenta una unità organizzativa complessa dell'Azienda ospedaliera e costituisce il riferimento per la funzione di coordinamento del budget dipartimentale ed è costituito da servizi, eventualmente costituiti, a loro volta, da uffici, con lo scopo di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto alla strategia aziendale ed ai suoi obiettivi. I servizi sono costituiti da aggregazioni di funzioni che necessitano di un forte lavoro di integrazione e coordinamento. Nella definizione del modello di partecipazione viene riconosciuto un ruolo di primo piano al Collegio di Direzione, organo collegiale dell'Azienda con compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Nelle previsioni dell'Atto aziendale, fissate d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma ai sensi dell'art. 4 del Protocollo di Intesa tra Regione e Università, il Collegio resta in carica tre anni ed è composto dal Direttore Sanitario, che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal direttore del Servizio Assistenziale oltre ai direttori degli 11 Dipartimenti ad attività integrata previsti dalla nuova struttura organizzativa aziendale.

Il ruolo attribuito al Collegio dall'Atto aziendale è fortemente propositivo nei confronti della Direzione Generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale. Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole unità operative.

La funzione di collegamento assolta dal Collegio è di fondamentale importanza per garantire la continuità della partecipazione di tutti i professionisti e gli operatori all'interno dell'Azienda allo sviluppo delle linee strategiche aziendali, anche attraverso la partecipazione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente, in collaborazione con il Collegio aziendale delle professioni sanitarie e con i singoli Dipartimenti ad Attività Integrata.

Quale ulteriore strumento di partecipazione e responsabilizzazione dei professionisti è stato finalizzato nel corso del 2006 l'accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'area della dirigenza medica, si veda a riguardo il successivo paragrafo "Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze".

Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio

Un'azienda come quella Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta una realtà lavorativa particolarmente complessa: non solo perché si tratta di una delle aziende più importanti della provincia per estensione in superficie, per numero complessivo di lavoratori impiegati e per numerosità di accessi e tipologia di utenti; ma nello specifico per la tipologia di "lavorazioni" e per la quantità, qualità e natura dei rischi riscontrati.

Il Documento di Valutazione del Rischio, ai sensi dell'art. 4 c. 2 del D. Lgs. 626/1994, costituisce l'importante fondamento che serve da base e supporto per analizzare le problematiche legate allo svolgimento delle varie attività lavorative svolte in Azienda in condizioni di sicurezza apprezzabile. Di fatto, fino all'anno 2006, sono stati redatti i Documenti di Valutazione del Rischio, in ordine ai padiglioni costituenti per la maggior parte il cosiddetto Nuovo Ospedale e precisamente: Torre delle Medicine, Piastra Tecnica, Ala A e Ala B; tali ambienti ospitano, oltre a degenze (che occupano invero la maggior parte degli spazi esaminati), anche attività ambulatoriali, day

hospital, studi medici e laboratori, oltre a diversi comparti operatori in attività.

Le tipologie di rischio sono state definite in virtù di una corretta progettazione degli spazi e dei singoli ambienti di lavoro. Trattasi, infatti di strutture ricettive ospedaliere di recentissima realizzazione e conseguente accreditamento sanitario; il che ha contribuito a standardizzare una pressoché uniforme mitigazione dei rischi, sia con riferimento agli aspetti biologici e igienico-sanitari nonché a quelli chimici, strutturali, antincendio, legati ad esigenze ed iniziative di carattere tecnico diverso dai primi. A supporto di tale lavoro sono stati predisposti anche i Piani di Emergenza Interni (PEI) relativamente agli stessi ambienti citati, in adozione dei quali sono state disposte specifiche procedure, conformi ai requisiti richiesti dal D.M. 10.3.1998, che consentono uno svolgimento consequenziale e razionale delle operazioni susseguenti ad attivazione di allarme o di incidente di varia natura riscontrabile all'interno delle varie unità lavorative. Tali procedure codificate consentono di ottimizzare al massimo i tempi di soccorso e repressione dell'emergenza eventuale, con l'ausilio di idonei presidi dei quali gli ambienti risultano corredati opportunamente.

I PEI in realtà sono stati adottati anche per altri padiglioni ospedalieri, alcuni dei quali intercomunicanti fra loro, sulla base della particolare architettura dei fabbricati prescelta dalla Direzione, che consente di ospitare ambienti ospedalieri in strutture diverse dalle tradizionali preesistenti costruzioni isolate realizzate con padiglioni in muratura, che costituiscono la parte più antica del comprensorio ospedaliero.

Le procedure di assunzione di detti PEI sono state particolarmente capillari, in quanto l'individuazione dei soggetti coinvolgibili dalle attività codificate dai singoli Piani di Emergenza ha consentito l'espletamento di un'opportuna quanto indispensabile attività di formazione-informazione; detta attività, particolarmente sentita dal personale operativo, ha permesso l'importante diffusione di argomentazioni di carattere tecnico-pratico e di istruzione sull'utilizzo dei presidi antincendio disponibili. A completamento di quanto sopra si ritiene di dover citare tutta la fase formativa espletata a cura del Servizio Prevenzione e Protezione e della Formazione e aggiornamento per quanto concerne l'obbligo di frequentazione e il conseguimento di attestato di idoneità per corsi di Addetto Antincendio svolti con la collaborazione dei Vigili del Fuoco del locale Comando Provinciale.

È stato curato l'acquisto e dotazione di appositi armadi al cui interno sono custoditi i DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) e le attrezzature di primo intervento ed antincendio a disposizione della squadra interna di emergenza aziendale. Si tratta di 49 armadi distribuiti negli ambienti ospedalieri e collocati in posizioni strategicamente importanti in funzione della tempestività di intervento e della facile loro individuazione. È stata avviata l'attività di acquisizione e distribuzione di armadi per prodotti infiammabili all'interno delle singole unità operative. Nel corso del 2006, sono state inoltre attivate le procedure per l'organizzazione di corsi di formazione sulla movi-

mentazione manuale dei carichi. Tale tipologia di rischio assume in azienda particolare significato e rilievo per la numerosa popolazione di utenti che quotidianamente necessita di essere mobilitata o trasportata. I corsi, strutturati in diverse edizioni, si terranno nel 2007. Grazie alle competenze apprese nell'ambito di tali corsi, gli operatori possono mitigare in modo apprezzabile l'esposizione a tale particolare tipologia di rischio; l'attivazione di tali corsi si è resa necessaria a causa della significativa incidenza riscontrata in occasione dell'indagine statistica sugli infortuni redatta per gli anni 2004 e 2005. Tutte le attività programmate e realizzate dal Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) sono state espletate in coordinamento con i Dipartimenti ad attività integrata (DAI) coinvolti, nonché con il Servizio Attività Tecniche e Logistiche (SATL), la Direzione Servizio Assistenziale, il Servizio Ingegneria Clinica (SIC), la Fisica Sanitaria e il Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento, oltre naturalmente alla Direzione Sanitaria. In particolare, le iniziative che possono contribuire, sulla base di criteri tecnici specifici suggeriti da linee guida o normati da apposite disposizioni, a mitigare gli effettivi valori di rischio calcolati, costituiscono confronto e coordinamento quotidiano tra il SPPA e il Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria.

Infine, ai sensi dell'art. 11 del D. Lgs. 626/1994, sono stati fatti diversi e produttivi incontri con i RLS (Responsabili Sicurezza Lavoratori) aziendali, con i quali sono stati condivisi i diversi percorsi adottati.

Sorveglianza sanitaria

I dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma vengono sottoposti a controllo sanitario in base alla "Valutazione dei Rischi" ed alle mansioni svolte.

Il controllo sanitario avviene con la periodicità e gli approfondimenti strumentali secondo i protocolli sanitari stabiliti dal medico competente per quanto concerne il D. Lgs. 626/1994 e dal medico autorizzato per il D. Lgs. 230/1995.

Per quanto attiene il controllo del rischio infettivo da legionella, è stato sottoposto a controllo su chiamata il personale dell'area delle medicine a seguito dell'evidenza di 1 caso di legionellosi in un paziente ricoverato.

Nell'ambito di un progetto attivato con il dipartimento Cardio-Polmonare è stato implementato un monitoraggio epidemiologico di tutti gli operatori dell'Azienda che hanno riportato qualsiasi forma di patologia polmonare. Viene effettuato sistematicamente il monitoraggio ambientale microbiologico dei comparti operatori al fine di prevenire infezioni ospedaliere sia di pazienti che di operatori. Nell'ambito della collaborazione con il laboratorio di Tossicologia Industriale di III livello regionale, con cadenza annuale viene sottoposto a monitoraggio biologico tutto il personale esposto ai gas anestetici.

Nel contesto di uno studio multicentrico che vede coinvolti i maggiori ospedali della realtà sanitaria italiana,

con la collaborazione dell'Istituto di Genetica umana dell'Università degli Studi, viene effettuato il monitoraggio nell'ambito dell'impiego dei farmaci antiblastici, sottoponendo a controllo sanitario il personale esposto.

Nel corso delle visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono informati sul significato degli accertamenti sanitari, sui rischi cui sono sottoposti, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

I dipendenti sono tutti informati dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati e viene consegnata loro copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche eseguite e delle visite specialistiche eventualmente effettuate.

Le cartelle sanitarie di ciascun dipendente sono conservate presso il Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria della Direzione Sanitaria nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Nel corso dell'anno 2006 sono stati eseguiti 2103 accertamenti sanitari preventivi e periodici; sono stati ritenuti idonei alla mansione specifica 2029 operatori sanitari, mentre per i restanti 74 operatori sanitari è stato formulato un giudizio di idoneità parziale.

In ordine decrescente le inidoneità parziali sono riconducibili alle seguenti tematiche:

- movimentazione manuale dei carichi (36);
- postura eretta prolungata (11);
- lavoro notturno (7);
- allergopatie (3);
- attività invasive svolte in prima persona (2);
- varie (15).

Sono state effettuate, nel corso del 2006, 1070 Mantoux. Per quanto concerne l'attività vaccinale la stessa è finalizzata alla prevenzione del rischio infettivo maggiormente presente in ambito ospedaliero. L'adesione alla vaccinazione è su chiamata e proposta a tutti coloro che vengono assunti.

In particolare sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

- Antiepatite B (366 dosi pari a 142 soggetti);
- Antidiftotetano (616 dosi);
- Antitetanica (75 dosi);
- Antinfluenzale (1035 dosi).

Malattie Professionali

Nel 2006 sono stati compilati dal Medico Competente due primi certificati di malattia professionale per allergopatie cutanee. Entrambi i casi non sono stati riconosciuti dall'INAIL.

Per patologie del rachide lombosacrale sono state redatte da parte di medici curanti dei dipendenti tre domande di riconoscimento di tecnopatia di cui, al momento, non si conosce l'esito in termini assicurativi.

Nel corso del 2006 è stato messo a punto e sviluppato un percorso per la diagnosi e la identificazione delle malattie di eziologia professionale che vede coinvolta la cattedra di Medicina del Lavoro.

Viene condotta un'ampia attività formativa in sinergia

con il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e con il settore Formazione ed aggiornamento.

Le iniziative sono state realizzate tenendo conto dei fabbisogni aziendali, delle indicazioni regionali e delle esigenze di singole unità operative.

In estrema sintesi, le azioni hanno preso in considerazione le seguenti tematiche:

- rischio incendio;
- sicurezza igienica dei lavoratori della sanità;
- corso per operatori sanitari esposti a chemioterapici antiblastici;
- protocolli operativi da mettere in campo in caso di influenza aviaria;
- misure preventive di tipo sanitario da applicare in caso di eventi NBCR;
- corso aziendale sulla radioprotezione rivolto ai radioesposti: il corso è a frequenza biennale e nel 2006 i partecipanti sono stati 361.

Gestione infortuni

Gli infortuni rappresentano eventi di fondamentale importanza non solo a causa dei danni che possono provocare alle persone, ma anche per mettere in risalto le problematiche inerenti attrezzature, organizzazione e criticità ambientali.

ANNO di riferimento	Numero Infortuni denunciati > i 4 giorni fuori franchigia	Numero Infortuni denunciati < i 4 giorni in franchigia
Anno 2006	275	167

ANNO di riferimento	Stima totale numero giornate perse per infortuni	Durata media
Anno 2006	10.049	22.74

ANNO di riferimento	Ricadute di infortuni precedenti	Numero infortuni a matrice biologica fuori franchigia*
Anno 2006	30	5

ANNO di riferimento	Numero infortuni a matrice biologica in franchigia*	Stima totale numero giornate perse infortuni a matrice biologica*
Anno 2006	142	378

* il dato è ricompreso nel conteggio complessivo degli infortuni in franchigia e fuori franchigia

Analizzando nel dettaglio le **Forme di infortunio (modalità di accadimento)**, si evidenzia quanto segue:

FORMA	n. infortuni 2006	n. infortuni 2005	gg. lav. perse 2005	n. infortuni 2004	gg. lav. perse 2004
Si è punto con...: contatto accidentale con taglienti (evento a rischio biologico)	96	92	148	78	203
Spostando/Sollemando: azioni di spostamento - sollevamento pazienti e materiali / beni di consumo / arredi (rischio da movimentazione)	90	76	2299	72	2957
In Itinere: spostamenti da e per il lavoro	69	71	2520	43	1733
Movimento incoordinato da parte degli operatori	24	40	1298	26	817
Contatto con (contatto con materiali a rischio biologico e non)	53	28	78	20	97
Scivolando su pavimenti / scale	41	25	628	28	730
Urto contro (contatto violento contro attrezzature o mobili posizionati non correttamente o in luoghi non idonei)	24	25	862	19	383
Colpito da: trattasi generalmente di aggressioni da parte di pazienti e contusioni con/ contro oggetti, attrezzature	7	18	180	35	419
Schiacciato da: operatore schiacciato da oggetti, letti, carrelli, attrezzature di lavoro in generale	8	12	409	12	620
Caduto in piano	10	9	331	12	391
Aggredito	8	8	96	4	31
Piede in fallo	4	6	275	12	336
Si schiacciava	1	3	25	9	358
Imprecisato	4	1	17	3	301
Incidente alla guida	2				
Morso da	1				

Tra le **Categorie di Operatori** maggiormente interessate dall'evento infortunistico si segnalano:

- cat. D Collaboratore Professionale Sanitario,
- cat. B Operatore Tecnico Addetto Assistenza,
- cat. B Sup. Operatore Socio sanitario,
- cat. A Ausiliario Specializzato,
- cat. B - Sup. Operatore Tecnico Addetto Assistenza,
- cat. B Operatore Tecnico Ausiliario Specializzato.

Per quanto riguarda più specificatamente gli infortuni a matrice biologica, è possibile la seguente classificazione:

- Infortuni a Matrice Biologica mucocutanei: 45
di cui Infortuni a Matrice Biologica Mucocutanei fuori franchigia: 5;
- Infortuni a Matrice Biologica Percutanei: 102
di cui infortuni a Matrice Biologica Percutanei in franchigia: 102;

Per quel che concerne il genere:

- maschi infortunati: 98;
- femmine infortunate: 343.

Formazione all'uso di tecniche antistress per i professionisti sanitari

Il tema dell'accompagnamento empatico dei pazienti e delle famiglie è quanto mai attuale e di sicuro interesse nei nostri contesti di cura dove, per lo sviluppo delle patologie cronico-degenerative, il bisogno è particolarmente cresciuto e dove, a causa di interventi diagnostici e terapeutici sempre più mediati da alta tecnologia, si rischia di isolare il paziente e la sua famiglia nella loro

esperienza di malattia. L'interesse della nostra azienda è vivo in tal senso, in primo luogo per offrire risposte sempre più complete e competenti (di cura e di care) ai nostri utenti, ma anche, e non secondariamente, per attivare strategie e risorse a sostegno dei professionisti, nella loro delicata e rischiosa (per se stessi) *mission* di prendersi cura dell'uomo malato.

L'idea dell'esperienza, che descriveremo brevemente, nasce dal contatto avuto da alcuni professionisti dell'Azienda con esperienze americane e nord europee in cui si è dimostrato scientificamente che l'utilizzo di tecniche empatiche, provenienti da scuole di pensiero ed approcci esperienziali diversi, ha migliorato la qualità di vita dei pazienti e ha sostenuto e protetto i professionisti dal *burn out*, rischio così frequente per coloro che si occupano di malati difficili.

L'iniziativa è consistita in un percorso formativo che ha coinvolto 108 professionisti dell'Azienda, in particolare infermieri, tecnici e fisioterapisti, operatori di frequente a contatto con la condizione di terminalità e disabilità grave dei loro pazienti, provenienti soprattutto dai settori di radioterapia, oncologia e oncoematologia pediatrica.

Il corso, articolato su due anni (fine 2005 e 2006), ha previsto un primo percorso formativo riguardante l'apprendimento di tecniche antistress per le équipes terapeutiche coinvolte nel contatto con la terminalità e con la grave disabilità e un secondo percorso relativo all'acquisizione di tecniche specifiche di accompagnamento dei malati e dei familiari.

L'ipotesi di fondo è che bisogna prendersi cura di coloro che curano, per sostenere i professionisti e proteggerli

dai rischi insiti nelle relazioni, oggi così difficili, con i malati e all'interno delle organizzazioni sanitarie e per favorire la creazione di adeguate relazioni di *care*.

Di particolare interesse, poi, risulta essere lo studio attivato dalla docente del corso, che ha effettuato una valutazione di impatto a distanza di alcuni mesi dalla conclusione del percorso formativo per verificare l'efficacia dell'utilizzo delle tecniche apprese da parte del personale formato.

I principali risultati di questa indagine evidenziano una diminuzione soggettiva dello stress per il solo fatto di avere partecipato alla prima parte del corso (misurazione effettuata con indice di stress unificato Maslach Burn Out Inventory+Hospital Anxiety and Depression Scale). La diminuzione dello stress è fondata sul possesso di strumenti nuovi da parte del personale formato. La riduzione dello stress è inoltre confermata anche dalla diminuzione delle assenze dal lavoro del personale che ha frequentato il corso, dato ottenuto confrontando le assenze del semestre precedente il corso con quelle registrate nel semestre successivo.

La seconda fase dello studio, più di tipo qualitativo, ha registrato le ricadute sui pazienti dell'addestramento dei professionisti alle tecniche empatiche, attraverso la raccolta di testimonianze da parte del personale che ha accompagnato i pazienti e le loro famiglie.

In conclusione, il percorso formativo ha prodotto effetti positivi sia attraverso la riduzione dello stress del personale che, conseguentemente, nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

La spinta innovativa determinata dallo sviluppo sempre più celere delle conoscenze in ambito sanitario ha portato le aziende sanitarie a rispondere ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'utilizzo di tecnologie sempre più avanzate ed a ridisegnare le modalità di erogazione dell'assistenza e le strategie di intervento con ritmi sempre più veloci. In tale contesto i professionisti sanitari rivestono un ruolo di fondamentale importanza, così come le conoscenze acquisite nei corsi di formazione universitaria di base e, ancor più significative, le conoscenze che vengono acquisite nella formazione continua diventando un patrimonio intellettuale che l'Azienda deve strategicamente utilizzare e valorizzare per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia e qualità delle cure. Peraltro, all'aumento delle competenze e della specializzazione degli operatori deve corrispondere un aumento delle responsabilità dei processi di competenza e una attiva partecipazione alle scelte tecniche e organizzative.

Le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie sono

tra le professioni che maggiormente negli ultimi anni hanno vissuto un profondo cambiamento sia in ambito formativo sia per quanto concerne la loro operatività e il ruolo professionale.

In tale contesto diviene elemento imprescindibile la rivisitazione dei ruoli e delle responsabilità di questi professionisti al fine di un pieno utilizzo delle loro competenze alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

La scelta della Direzione del Servizio Assistenziale si è indirizzata verso tre settori specifici:

- sviluppo di nuovi modelli organizzativo assistenziali multiprofessionali, volti a favorire lo sviluppo e la valorizzazione professionale nell'ottica di un'assistenza sempre più indirizzata alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni,
- ridefinizione e sviluppo del ruolo e della professionalità dei coordinatori, tramite un corso di formazione specifico volto a fornire le basi per una impostazione manageriale della funzione di coordinamento,
- ridefinizione e sviluppo di ruoli e responsabilità nella gestione dei processi organizzativo assistenziali aziendali tramite l'individuazione di ambiti specifici in cui sviluppare le competenze professionali con l'attribuzione di ruoli di responsabilità nei processi assistenziali.

Modelli organizzativo-assistenziali multiprofessionali

Nel corso dell'anno 2006 è stato implementato il progetto di riorganizzazione dell'assistenza infermieristica, già iniziato nell'anno 2005, che ha visto l'introduzione in numerose unità operative della figura dell'operatore socio sanitario.

Il cambiamento organizzativo attuato trova le sue ragioni nella necessità di un costante miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, offrendo nel contempo un'opportunità di sviluppo e di valorizzazione per la professione infermieristica.

La necessaria integrazione tra il personale infermieristico e gli operatori socio sanitari ha imposto non solo un cambiamento organizzativo ma anche culturale dell'intera équipe assistenziale che ha formulato ed attuato piani riorganizzativi delle unità operative in sintonia con le linee di indirizzo formulate dalla Direzione Assistenziale. Tale riorganizzazione è stata preceduta da numerosi percorsi formativi che hanno coinvolto diverse centinaia di operatori infermieristici ed operatori socio sanitari.

Nel progetto sono state coinvolte 13 unità operative sia di base che specialistiche, mediche e chirurgiche, nelle quali si è proceduto a modificare la composizione delle équipe assistenziali inserendo gli operatori socio sanitari, previa revisione completa di tutti i piani di lavoro e delle procedure assistenziali.

Peraltro tale modello assistenziale è stato alla base di tutte le nuove attivazioni che sono state realizzate all'interno del progetto di sviluppo del Nuovo Ospedale:

- Osservazione Breve Intensiva del Dipartimento Materno-Infantile, con apertura di 4 posti letto dedicati

all'attività assistenziale atta a "garantire il miglior livello di appropriatezza delle attività di ricovero e a fornire un fondamentale contributo nel migliorare la sicurezza e l'efficacia delle attività di Pronto Soccorso" D.G.R. n. 24/2005;

- Nuovo Centro Grandi Ustionati, con attivazione di 8 pl di terapia intensiva;
- Nuova Day Surgery con apertura di 2 sale operatorie e 5 ambulatori chirurgici polispecialistici;
- Neurochirurgia e nuova Neurochirurgia ad indirizzo Traumatologico, con attivazione di 8 posti letto monitorati per pazienti critici.

Il cambiamento organizzativo sopra citato rimane tuttora uno dei progetti della Direzione del Servizio Assistenziale volto alla valorizzazione della professione infermieristica attraverso la ridefinizione del suo ruolo nelle unità operative e servizi dell'Azienda.

La strategia adottata focalizza l'attenzione sul coinvolgimento dei professionisti al fine di stimolare la produzione di progetti che riguardino settori aziendali in cui il modello organizzativo dell'assistenza infermieristica è di tipo monoprofessionale (ossia esclusivamente in carico all'infermiere).

Sviluppo del ruolo e della professionalità dei coordinatori

Negli ultimi anni la figura del coordinatore ha visto sempre più rafforzare il riconoscimento professionale e culturale del proprio ruolo, grazie a diverse sinergie positive quali il consolidamento del percorso formativo universitario, il nuovo inquadramento contrattuale e la recente normativa in materia di professioni sanitarie.

Il coordinatore ha infatti sempre più una funzione decisiva nell'organizzazione dei servizi, sia sul versante gestionale delle risorse materiali, sia su quelle relazionali nel gruppo di lavoro e nel rapporto con l'utenza.

Risultano pertanto necessarie competenze e abilità molto diversificate che necessariamente vanno continuamente aggiornate e contestualizzate nella realtà aziendale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in virtù della sua complessità organizzativa e della mission che la contraddistingue, ha preso atto delle istanze dei professionisti nel panorama delle professioni sanitarie ponendosi quale obiettivo qualificato di valorizzare la professionalità dei coordinatori attraverso la realizzazione di un percorso formativo ad hoc rivolto in prima istanza ai coordinatori di recente nomina (tra il 2005 ed il 2006 sono stati nominati 38 nuovi coordinatori) e quindi a tutti i coordinatori dell'Azienda.

Il corso di formazione è stato articolato in 4 moduli, di cui il primo espletato nel corso dell'anno 2006, mentre i restanti saranno realizzati tra il 2007 ed il 2008.

Gli obiettivi generali complessivi di questo corso di formazione e valorizzazione della figura del coordinatore sono orientati a:

- fornire competenze ed abilità professionali di base ai

coordinatori di recente nomina attualmente privi di formazione specifica;

- accrescere le competenze distintive nonché le abilità professionali dei coordinatori già in possesso di formazione specifica e/o di esperienza lavorativa.

Il primo modulo del corso, svoltosi durante il 2006, è stato pertanto destinato ai coordinatori di recente nomina, focalizzandone l'attenzione su contenuti basilari maggiormente operativi e relativi all'organizzazione specifica aziendale.

Il secondo modulo, previsto e realizzato nel 2007, intende fornire strumenti di management utili ad affrontare ed approfondire alcune tematiche specifiche indispensabili a tutti i coordinatori al fine di svolgere al meglio il loro ruolo. Il terzo modulo ha l'obiettivo di fornire ai coordinatori le competenze sulla gestione e valorizzazione delle risorse umane, ma anche sulla motivazione e sulla crescita del patrimonio intellettuale a loro affidato. Tale percorso, iniziato nel 2007, si concluderà nel corso del 2008.

Il quarto modulo andrà a porre le basi per un progetto innovativo sulla gestione delle risorse umane disegnando tracce ed ipotesi di lavoro in un'ottica di innovazione. Nel 2007 ha inizio la fase di progettazione e se ne prevede la realizzazione nel 2008.

Sviluppo di ruoli e responsabilità nella gestione dei processi organizzativo-assistenziali

All'interno dell'assetto organizzativo assistenziale aziendale sono stati identificati dei processi di particolare importanza e criticità gestionale che necessitano di una rete di professionisti con elevata competenza professionale allo scopo di integrare le competenze tecniche, le rilevanti tecnologie e la ricerca di modelli organizzativi innovativi volti al miglioramento del prodotto finale.

In tale ottica la gestione delle aree critiche assistenziali individuate è stata affidata ad un Responsabile Infermieristico o Tecnico Sanitario con elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa.

- *Processo di integrazione delle Terapie Intensive*, volto alla gestione integrata delle risorse umane all'interno delle terapie intensive, preparando gli operatori affinché acquisiscano competenze comuni al contesto assistenziale di area critica, con la condivisione di linee guida, protocolli e procedure tecnico operative. Sono stati realizzati due progetti di formazione sul campo con buoni risultati in termini di acquisizioni delle competenze necessarie. Il primo progetto ha riguardato l'integrazione del personale infermieristico della Rianimazione, della Terapia Intensiva Post Chirurgica (TIPO) e del Centro Grandi Ustioni; il secondo interessa il personale infermieristico dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica e della Terapia Intensiva Cardiochirurgica. Il 20% del personale assegnato alle 5 terapie intensive risulta aver sviluppato le competenze tecnico assistenziali comuni al contesto assistenziale di area critica. Obiettivo del progetto, che prosegue anche nel biennio 2007-2008, è formare il 40% del

personale assistenziale delle terapie intensive. Si tratta di un obiettivo di alto livello tenuto conto del turnover che caratterizza queste strutture operative.

- *Processo di integrazione dei Comparti Operatori*, volto al miglioramento ed alla standardizzazione del percorso di acquisizione delle competenze tecnico-professionali richieste al personale infermieristico sia per la criticità dell'utenza sia per la complessità delle tecnologie utilizzate. La condivisione dei protocolli tecnico-operativi ha permesso l'acquisizione di competenze multiple nelle sale operatorie specialistiche di Otoneu-rochirurgia e Maxillo-facciale con la formazione del 100% del personale assegnato.
- *Processo di integrazione dell'Accoglienza/Accettazione Pronto Soccorso/Unità Operative*, volto alla formulazione di un percorso sicuro per la trasmissione delle informazioni assistenziali tra il Pronto Soccorso e le unità di ricovero, con particolare attenzione alla tempestività necessaria nelle situazioni ad elevata criticità. È stata elaborata e sperimentata una scheda assistenziale informatizzata per la presa in carico degli utenti. Si è conclusa la sperimentazione dello strumento (scheda assistenziale) su carta, che ha consentito di verificarne la facilità di compilazione, la completezza delle informazioni e la non ridondanza. È attualmente allo studio la trasposizione dello strumento su supporto informatico e la condivisione dello stesso fra i diversi servizi interessati. Questa seconda parte del progetto verrà portata avanti nel corso del 2007.
- *Processo di integrazione delle Lungodegenze e dimissioni difficili*, volto a garantire la continuità del processo assistenziale agli utenti ricoverati nelle strutture di lungodegenza presenti in Azienda, sia durante il percorso di cura ospedaliero sia al momento della dimissione, e la presa in carico da parte dei servizi territoriali. Sono state uniformate le procedure per la presa in carico del paziente nelle strutture di lungodegenza e quelle volte alla verifica delle criticità che potrebbero agire negativamente sul processo di dimissione. A tale scopo è stata predisposta una scheda infermieristica da compilare entro 48 ore dall'ingresso del paziente nell'unità di degenza di riferimento. La procedura è stata utilizzata per la presa in carico della totalità dei pazienti (adesione del 100%). Al fine di garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione è stata elaborata una scheda di dimissione infermieristica per la trasmissione di informazioni utili alla prosecuzione delle cure infermieristiche ai servizi di assistenza territoriale e/o al paziente stesso e alla famiglia. La totalità delle procedure di dimissioni sono state integrate dalla scheda di dimissione infermieristica (adesione 100%). Un ulteriore sviluppo del processo prevederà la formulazione di linee guida e procedure operative comuni nelle unità di lungodegenza.
- *Osservatorio aziendale* delle lesioni da decubito, volto alla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito quale obiettivo di particolare rilevanza che permette di valutare la qualità dell'assistenza erogata. Il servizio di analisi e vigilanza permette di incidere positivamente

su tale fenomeno per raggiungere e mantenere standard assistenziali elevati. Le attività riguardano lo studio dell'incidenza del fenomeno, il monitoraggio costante, l'attuazione di percorsi formativi specifici rivolti al personale assistenziale, l'elaborazione e l'applicazione di linee guida e di procedure operative per il trattamento e la prevenzione delle lesioni da decubito e la corretta gestione dei presidi antidecubito. È stata realizzata una indagine di prevalenza e un audit clinico per valutare le procedure utilizzate per il trattamento del paziente portatore di lesioni da decubito, con particolare attenzione all'utilizzo delle medicazioni tradizionali o avanzate, e la gestione del paziente a rischio classificato attraverso l'utilizzo della scala di Braden. Nella rilevazione delle azioni intraprese per la prevenzione delle lesioni da decubito sono state in particolare osservate le modalità di utilizzo dei presidi antidecubito. L'indagine è stata condotta trasversalmente nei Dipartimenti aziendali su 970 pazienti e rappresenta uno strumento conoscitivo utile per ulteriori sviluppi. L'indagine di prevalenza è stata programmata con periodicità quadrimestrale e con cadenza annuale l'audit clinico. Costante è la consulenza offerta dai professionisti esperti alle unità operative dell'azienda al fine di migliorare e uniformare le procedure e le conoscenze.

Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

Il sistema d'incentivazione aziendale del personale dirigente, definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2006, pur riconfermando sostanzialmente l'impianto generale adottato nei precedenti esercizi, mette in evidenza e valorizza in modo ancora più significativo alcuni aspetti salienti nella gestione complessiva dell'istituto contrattuale della retribuzione di risultato, quali:

- la valorizzazione delle professionalità e delle funzioni organizzative e gestionali esercitate dai dirigenti con il riconoscimento di quote premianti correlate alle distinte responsabilità gestionali (tipologie di incarico dirigenziale conferito);
- la stretta correlazione tra il sistema premiante ed il grado di realizzazione degli obiettivi programmati ed assegnati alle articolazioni aziendali (Dipartimenti) ed alle strutture organizzative (Strutture Complesse, Strutture Semplici) in occasione della negoziazione del budget 2006;
- il consolidamento del processo "a cascata" di assegnazione e comunicazione degli obiettivi sia in ambito dipartimentale che nelle singole strutture, già peraltro avviato con la gestione precedente, da parte dei Diret-

tori e dei Responsabili, al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti al conseguimento degli obiettivi assegnati. Tale sistema comporta l'obbligo da parte dei Direttori e dei Responsabili di trasmettere le evidenze necessarie in termini di formale accettazione resa da ciascun dirigente, in ordine agli obiettivi assegnati. La mancata realizzazione di tale percorso comporta l'abbattimento parziale della quota premiante spettante.

Nell'ambito del sistema d'incentivazione assume particolare importanza il processo di attribuzione degli obiettivi in relazione alla "cascata" delle responsabilità, che in azienda si sviluppa secondo la seguente sequenza:

- la Direzione Strategica Aziendale concerta con i Direttori di Dipartimento ed i Direttori di Struttura gli obiettivi di équipe in sede di negoziazione di budget e contestualmente vengono individuati i cosiddetti "obiettivi incentivanti" correlati in misura percentuale al "peso" assegnato a ciascuno di essi, secondo criteri d'importanza;
- i Direttori di Dipartimento, attraverso appositi incontri dei Comitati di Dipartimento illustrano e attribuiscono formalmente gli obiettivi di équipe ai Direttori di Struttura complessa ed ai Responsabili di Struttura Semplice, che a loro volta li assegnano a tutti i dirigenti delle strutture.

Un altro punto importante nel contesto del sistema d'incentivazione è la determinazione della quota individuale, quale quota di risultato, che viene erogata a consuntivo (il regime dell'acconto è stato sospeso per tutti i dirigenti dall'1.1.2006), proporzionalmente alla percentuale di risultato raggiunto, a seguito della certificazione dell'esito della verifica sui risultati conseguiti, facendo riferimento agli indicatori di risultato definiti per ciascun obiettivo e già inseriti nella pianificazione degli obiettivi ad inizio anno.

Un aspetto innovativo è stata l'individuazione di un ulteriore premio definito in sede di contrattazione integrativa aziendale, tenuto conto delle risorse finanziarie messe a disposizione dal C.C.N.L., quale premio individuale, la cui distribuzione è riservata alla Direzione Aziendale per quei professionisti che hanno garantito uno specifico contributo personale per la realizzazione di attività e programmi di rilevanza strategica aziendale o che hanno contribuito, dimostrando elevate capacità gestionali, a progetti di miglioramento organizzativo, non preventivati in sede di budget.

Sistema d'incentivazione del personale del comparto

Il sistema d'incentivazione della produttività del personale dell'area del comparto definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2006 ha riconfermato, relativamente alla quota d'incentivo di produttività ricorrente, sia i criteri generali che gli aspetti metodologici già adottati nei precedenti accordi.

L'erogazione dell'incentivo di produttività avviene attra-

verso il regime degli acconti mensili e, fondamentalmente, si basa sulla valorizzazione dei seguenti parametri:

- qualifica funzionale d'inquadramento,
- effettiva presenza in servizio.

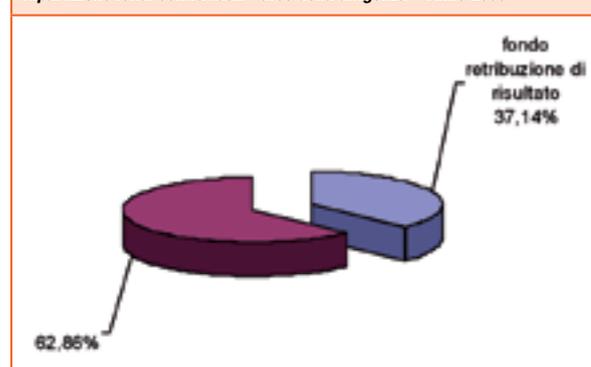
Parallelamente all'incentivo di produttività ricorrente, nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale si è dato spazio, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili stabilite dal C.C.N.L., all'introduzione di un ulteriore premio, "premio a progetto".

Gli aspetti più qualificanti relativamente all'implementazione di detto sistema d'incentivazione "a progetto" riguardano:

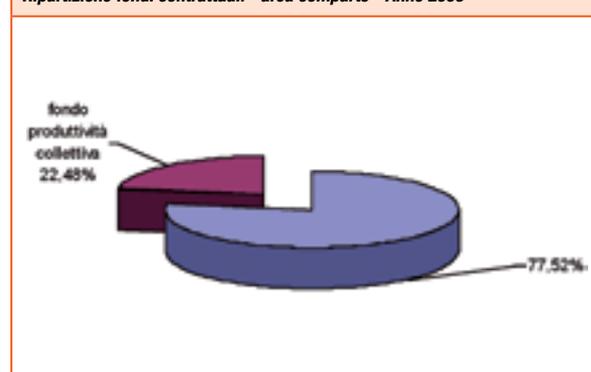
- la selettività degli operatori che accedono alla quota (n. operatori 1.170 su n. dipendenti 2.983);
- la necessità di un'analisi di pianificazione delle attività e del lavoro in gruppo per il raggiungimento di un obiettivo comune;
- l'erogazione del premio correlato alla percentuale del risultato raggiunto;
- la valutazione dell'apporto individuale che ciascun collaboratore ha dato al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Nei grafici che seguono si evidenzia come nell'anno 2006, rispetto ad un ammontare complessivo dei fondi contrattuali per le aree della Dirigenza pari a 11.513,5 migliaia di €, la quota destinata alla retribuzione di risultato incide per il 37%, mentre per i fondi contrattuali dell'area del comparto, a fronte di un totale complessivo pari a 18.113,5 migliaia di € la quota destinata a retribuire l'incentivazione alla produttività incide per il 22%.

Ripartizione fondi contrattuali - aree della dirigenza - Anno 2006



Ripartizione fondi contrattuali - area comparto - Anno 2006



Formazione

Con la legge regionale 29/2004, che considera la formazione e la ricerca come funzioni proprie delle organizzazioni sanitarie al pari dell'assistenza, il tema della formazione aziendale assume particolare rilievo ed interesse. Se, infatti, la formazione è da intendersi come elemento sostanziale per la trasformazione della cultura professionale e gestionale e per sostenere il funzionamento di sistemi complessi, quali quelli aziendali, fare leva sulla formazione dei professionisti significa utilizzare uno degli strumenti di maggior rilievo per lo sviluppo e la valorizzazione del potenziale delle risorse umane.

Il piano della formazione aziendale diventerebbe così la traduzione in eventi formativi delle linee programmatiche per l'educazione continua direttamente desumibili dalle politiche strategiche della Direzione aziendale e dalla mission dell'organizzazione sanitaria.

Gli obiettivi strategici della formazione aziendale per il 2006

Le strategie formative aziendali per il 2006 hanno visto la definizione di obiettivi aziendali e di obiettivi proposti dall'Università, ancora formulati in modo autonomo, con l'intento, per l'anno successivo, di addivenire a un'unica formulazione degli intenti educativi.

Pertanto, gli obiettivi formativi strategici proposti dall'Azienda Ospedaliera di Parma sono definiti come di seguito:

- *Il sistema valoriale e le risorse intangibili* - favorire la convergenza tra gli obiettivi aziendali e quelli individuali dei professionisti, al fine di migliorare qualitativamente le prestazioni assistenziali rivolte all'utenza e al contempo fornire soddisfazione ai professionisti, sviluppando motivazione e senso di appartenenza all'Azienda.
- *Il modello clinico-assistenziale* - i molteplici cambiamenti che si stanno verificando nelle organizzazioni sanitarie (carenza di personale infermieristico, formazione universitaria delle professioni sanitarie non mediche, introduzione della figura dell'OSS, nuovo ruolo dei dirigenti medici all'interno dei dipartimenti, eccetera) comportano, inderogabilmente, la necessità di studiare il fenomeno e di sperimentare modelli organizzativi innovativi nell'Ospedale. Tale cambiamento richiede un forte investimento formativo.
- *Il governo clinico* - si rende necessario il contributo della formazione al fine di individuare e monitorare gli indicatori clinici di efficacia e di appropriatezza dell'organizzazione aziendale, per sostenere i processi di accreditamento e di qualità, per sviluppare percorsi diagnostico terapeutici, gli audit clinici ed effettuare così una valutazione di corrispondenza tra la domanda della committenza e le linee di sviluppo clinico assistenziale.

Gli obiettivi formativi strategici proposti dall'Università

degli Studi di Parma risultano essere i seguenti:

- *L'integrazione della ricerca scientifica con le esigenze assistenziali* - in una realtà in cui convivono operatori sanitari dipendenti da enti differenti con compiti istituzionali in parte diversi, è indispensabile trovare le modalità di integrazione delle mansioni di ciascun operatore, sia per una valorizzazione delle risorse umane, sia, e soprattutto, per un innalzamento del livello qualitativo del "prodotto". In una Azienda Ospedaliero-Universitaria un programma formativo che valorizzi la ricerca consentendo alla stessa di elevare la qualità assistenziale potrebbe essere un importante "investimento".
- *Il modello organizzativo dipartimentale* - l'attivazione dei Dipartimenti ad attività integrata ha mutato l'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Università degli Studi. Sembrano quanto mai opportuni sistematici interventi formativi che favoriscano l'assimilazione del nuovo assetto, ne valorizzino le finalità istituzionali e ne arricchiscano le potenzialità.
- *L'integrazione della didattica con le esigenze assistenziali* - l'insegnamento è compito istituzionale dell'Università. Quando esso ha per oggetto la medicina, coinvolge spesso pazienti ed operatori sanitari non istituzionalmente deputati a questo compito. Interventi formativi mirati a garantire i diritti del paziente e, nello stesso tempo, a favorire l'attività didattica di operatori non dipendenti dall'Università, non possono che contribuire a migliorare il livello qualitativo sia dell'assistenza che dell'insegnamento.

Al fine di qualificare sempre più le iniziative di formazione-aggiornamento e di valorizzare, in prospettiva, le professionalità degli operatori, l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno stipulato una convenzione per la gestione dell'aggiornamento del personale dipendente dai due enti, che prevede l'iscrizione come Provider, sia presso il Ministero della Salute sia presso la Regione Emilia-Romagna come "Azienda Ospedaliera di Parma e Università degli Studi di Parma" e sancisce il principio paritario di accesso alle iniziative di aggiornamento, organizzate sia dall'Ospedale che dall'Università di tutti gli operatori dipendenti dalle due istituzioni.

Educazione Continua in Medicina

L'attività di formazione ed aggiornamento si connota quale momento rilevante e qualificante ai fini del costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze e delle abilità cliniche e tecniche di tutti gli operatori sanitari con la finalità di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie, determinando una generale elevazione della qualità dell'assistenza.

Nel 2006 sono stati realizzati ed accreditati presso la Commissione ECM Regionale 438 eventi (di cui 60 di formazione sul campo) per un totale di 82.690 ore di formazione; sono state, inoltre, realizzate dai servizi

amministrativi iniziative non accreditate (nello specifico attività formative inerenti ai contratti nazionali di lavoro e al nuovo codice appalti) .

Per quanto concerne l'apprendimento tramite l'attività di formazione sul campo (FSC), si deduce che sia ancora parzialmente utilizzato, anche se dal 2003 si è registrato un discreto incremento. In particolare le modalità di apprendimento legate alla FSC hanno riguardato gruppi di miglioramento ed attività di addestramento.

Nell'Azienda Ospedaliera di Parma sono presenti complessivamente (fra dipendenti dell'Azienda e dipendenti universitari) 2559 professionisti soggetti a ECM. L'area

comparto ha usufruito quasi completamente dell'aggiornamento progettato in Azienda, mentre il 61% dei dirigenti medici hanno frequentato corsi interni (questo dato potrebbe essere incompleto, in quanto l'Azienda non ha ancora una banca dati in comune con l'Università e potrebbero non essere stati intercettati dati relativi alla formazione del personale medico universitario).

Si nota inoltre un ricorso all'aggiornamento esterno principalmente da parte della dirigenza non medica.

Nel corso del 2006 è stata garantita per tutte le professionalità sanitarie la possibilità di acquisire i 30 crediti formativi, con un minimo di 15.

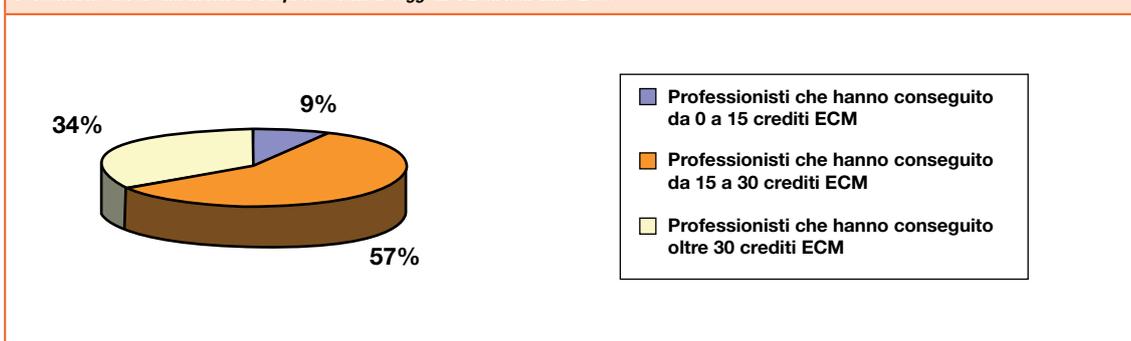
Crediti ECM maturati nel corso del 2006, suddivisi per professione

Professioni	Professionisti che hanno conseguito da 0 a 15 crediti	Professionisti che hanno conseguito da 15 a 30 crediti	Professionisti che hanno conseguito più 30 crediti
Assistente sanitario		100%	
Biologo	5%	72%	23%
Chimico		100%	
Dietista	50%	50%	
Farmacista	13%	50%	37%
Fisico		57%	43%
Fisioterapista	6%	34%	60%
Infermiere	10%	64%	26%
Infermiere pediatrico	8%	50%	42%
Logopedista	33,3%	33,3%	33,3%
Medico chirurgo	7%	45%	48%
Odontotecnico		100%	
Ortottista		100%	
Ostetrica/o	15%	33%	52%
Psicologo	33,3%	33,3%	33,3%
Tecnico audiometrista		100%	
Tecnico di neurofisiopatologia	20%	50%	30%
Tecnico fisiopat. cardioc. e perf. cardiov.	38%	63%	
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	25%	57%	18%
Tecnico sanitario di radiologia medica	18%	51%	31%

Come si può notare dalla tabella, le professioni che si formano di più (hanno avuto più di 30 crediti) sono i fisioterapisti, le ostetriche e i medici. Le professioni che hanno avuto minori opportunità formative sono state

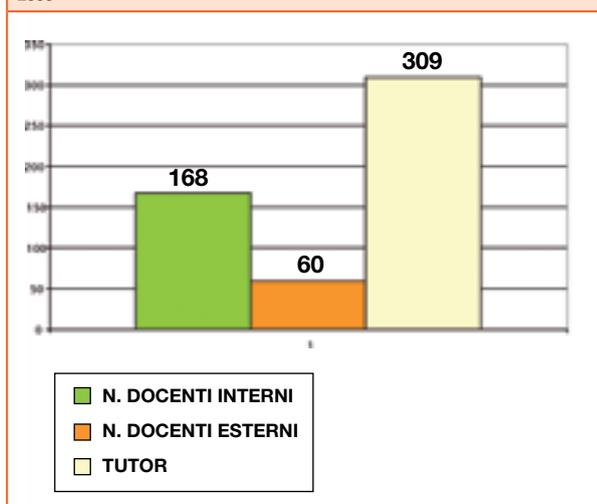
dietisti, logopedisti, psicologi e tecnici perfusionisti (probabilmente professioni così numericamente poco rappresentate in Azienda a volte faticano a trovare percorsi formativi interni utili al proprio sviluppo professionale).

Percentuale dei crediti maturati dai professionisti soggetti a ECM nell'anno 2006



Rispetto al numero complessivo di professionisti presenti in azienda soggetti a ECM, il 57% ha conseguito da 15 a 30 crediti ed il 34% ha superato il massimo richiesto. Solo il 9% non ha raggiunto il minimo di crediti richiesto (è utile tenere presente che in questa fascia rientrano gli operatori esentati dal maturare i crediti, quelli esonerati dal maturare i crediti ECM per non oltre il 50% del debito ECM per aver svolto attività di tutoraggio clinico nei corsi di laurea delle professioni sanitarie e gli operatori che hanno maturato crediti ECM in esubero nell'anno precedente).

Numero di professionisti che hanno svolto attività di docenza e tutorato nel 2006



Per quanto concerne l'aggiornamento interno, l'Azienda ha privilegiato la progettazione diretta di percorsi di formazione valorizzando i propri professionisti come docenti interni. Circa un 6% dei professionisti sanitari ha svolto attività di docenza e circa l'11% ha svolto attività di tutor in corsi a carattere tecnico-pratico o in formazione sul campo (i dati si riferiscono a docenti e tutor che rientravano nei criteri ECM per l'attribuzione dei crediti).

Dal punto di vista economico l'investimento complessivo dell'Azienda, nel corso dell'anno 2006, è stato di 458,0 migliaia di € di cui il 67% per finanziare l'aggiornamento interno, che risulta essere l'investimento formativo prevalente dell'Azienda.

Costi complessivi della educazione continua in medicina - anno 2006

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	Costi Euro	
FORMAZIONE INTERNA	304.725,65	67%
FORMAZIONE ESTERNA	153.291,43	33%
TOTALE	458.017,08	100%

Percorsi formativi più significativi

Alcuni percorsi formativi si sono differenziati dagli altri per caratteristiche di innovazione, pregnanza dei contenuti e ricaduta organizzativa. Tra quelli di maggiore rilievo si ritiene utile citare i seguenti:

Corso per i coordinatori

Il corso per coordinatori, del quale si è già trattato nel paragrafo "Sviluppo del ruolo e della professionalità dei coordinatori", organizzato a livello trasversale, è stato progettato dopo una attenta rilevazione del fabbisogno formativo, in collaborazione con la Direzione Servizio Assistenziale al fine di rispondere agli obiettivi aziendali e fungere da supporto ai processi di riorganizzazione in atto (revisione del modello organizzativo necessario per l'inserimento OSS in diverse unità operative).

Nell'anno 2006 si sono, infatti, progettati due interventi formativi rilevanti, relativi alle "Competenze professionali dei coordinatori", rivolti ai coordinatori di nuova nomina ed aventi i seguenti obiettivi:

- promuovere la diffusione e la conoscenza di competenze manageriali caratteristiche della figura del coordinatore;
- favorire la consapevolezza del ruolo di coordinatore;
- sviluppare strategie operative per affrontare ed approfondire alcune tematiche manageriali nella gestione delle risorse umane.

Corso per dirigenti medici "La gestione orientata al risultato in una struttura assistenziale ospedaliera"

Nel secondo semestre dell'anno 2006 è stata progettata un'importante iniziativa formativa rivolta a 25 dirigenti medici responsabili di Struttura complessa e responsabili di Struttura semplice e di Programma.

Il percorso formativo, strutturato in tre moduli, è stato preceduto da una fase preparatoria di incontri con la Direzione Generale, i Direttori di Dipartimento, i responsabili di UU.OO. per consentire una più approfondita analisi dei bisogni, una maggiore coerenza dei contenuti didattici alle esigenze dei partecipanti e una conseguente messa a punto delle esercitazioni d'aula.

Durante il corso sono state prese in esame ed approfondite le tematiche dell'orientamento al risultato attraverso l'analisi dei processi legati alla definizione ed al raggiungimento degli obiettivi ai collaboratori, le disfunzionalità legate al trasferimento di informazioni e comunicazione interdipartimentale, l'organizzazione del personale e dei collaboratori nella gestione del tempo lavorativo.

Corso per tutor clinici

Gli obiettivi del progetto sono stati distinti su due livelli:

1. *Formazione dei partecipanti* (operatori selezionati fra i tutor clinici dei corsi di laurea delle professioni sanitarie) consistita nel mettere il tutor clinico nella condizione di identificare un profilo professionale specifico (tutor) rispetto al profilo professionale di appartenenza, di svolgere una pratica di analisi delle

competenze professionali, di redigere un progetto di tirocinio pertinente al reparto;

2. *Formazione dei "Formatori di tutor"*, ossia formare un gruppo di esperti su cui investire come risorsa dello sviluppo di interventi formativi analoghi da parte della committenza.

Il modello di formazione ritenuto adeguato agli obiettivi convenuti con la committenza, tenuto conto che si rivolgeva ad operatori già in servizio, è stato quello "riflessivo", ossia un approccio che privilegia l'esplicitazione dell'esperienza e lo scambio orizzontale: per ogni incontro sono state previste, infatti, attività di lavoro di gruppo e di intergruppo con lezioni stimolo o di sistemazione in plenaria, accompagnati puntualmente da fogli di valutazione da parte dei partecipanti.

Accompagnamento empatico al paziente e alla famiglia (si veda la sezione "Formazione all'uso di tecniche antistress per i professionisti sanitari" in questo capitolo)

Il corso è stato rivolto a 54 operatori (in prevalenza infermieri e tecnici) che operano a stretto contatto con malati oncologici e/o terminali che avevano già effettuato il primo modulo sul tema "L'accompagnamento spirituale alle persone in fase terminale e alle loro famiglie: tecniche antistress per le équipes terapeutiche coinvolte nel contatto con la terminalità".

Gli obiettivi del corso sono stati quelli di far applicare strumenti e tecniche antistress per diminuire il burn-out negli operatori, attraverso l'esercitazione di gruppo, guidata da una tanatologa, per facilitare l'apprendimento di modalità comportamentali necessarie a migliorare la comunicazione verbale e non verbale nei confronti dei pazienti, dei familiari e dei colleghi.

Competenze legate allo sviluppo tecnologico: addestramento del personale ospedaliero all'utilizzo delle nuove tecnologie radiologiche RIS/PACS

Il sistema di gestione integrato dei dati e delle immagini radiologiche in forma digitale, chiamato RIS/PACS è portatore di un grande impatto sulle consuetudini delle unità operative di radiologia, perché, una volta a regime, è in grado di ridurre i costi di gestione, di semplificare il processo radiologico, di rispondere in modo più rapido alle richieste dell'utenza, sostituendosi ai sistemi analogici "storici", lenti e costosi.

Tali prestazioni sono però possibili unicamente se si opera con adeguata conoscenza dell'applicativo specifico e con responsabilità, perché tutte le operazioni richieste al personale impiegato risultano determinanti per il buon funzionamento del sistema.

La formazione ha così coinvolto un grande numero di operatori (tecnici sanitari di radiologia medica e infermieri professionali) pari a 130 unità, distribuiti su 8 tra Unità Operative e Strutture Semplici. Le varie edizioni sono state strutturate per ogni unità operativa, organizzando formazione d'aula e successivamente applicazione sul campo mirate.

Area della ricerca medica e sanitaria attraverso l'utilizzo delle banche dati

Nel corso dell'anno 2006, in collaborazione con la Biblioteca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono state organizzate cinque iniziative di formazione relative alla ricerca bibliografica, attraverso le banche dati in rete, finalizzate a promuovere l'utilizzo delle migliori evidenze disponibili in letteratura e all'acquisizione delle competenze necessarie per selezionare le risorse informative utili a risolvere i quesiti clinici (complessivamente sono stati formati 72 operatori appartenenti sia all'area comparto che alla dirigenza).

Collaborazione per corso Medici di Medicina Generale

Nell'anno 2006, l'Azienda ha iniziato una nuova collaborazione, con l'AUSL di Reggio Emilia - Programma Cure Primarie, a cui è stata affidata dalla Regione Emilia-Romagna l'organizzazione dell'attività didattica di natura pratica, per tutti i medici che frequentano il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale. I medici residenti nella nostra provincia che hanno chiesto di frequentare l'attività di tirocinio presso la nostra Azienda sono stati quattro.

Formazione universitaria

La collaborazione, che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha in essere già da diversi anni con l'Università di Parma - Facoltà di Medicina e Chirurgia, riguarda principalmente la formazione delle professioni sanitarie non mediche: infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di radiologia medica e tecnici di laboratorio biomedico. Per questi corsi, infatti, l'Azienda impegna proprio personale nei ruoli di coordinamento, tutorato didattico e tutorato in clinica. Diversi sono anche i professionisti dell'Azienda impegnati nella docenza delle discipline professionalizzanti in tali corsi.

Numero di tutor didattici, clinici e di studenti per corso di laurea di area sanitaria - Anno 2006

CORSO DI LAUREA	NUMERO COMPLESSIVO TUTOR DIDATTICI	NUMERO COMPLESSIVO TUTOR CLINICI
Infermieristica	9	370
Ostetricia	/	23
Tecniche di radiologia medica	1	1
Tecniche di laboratorio biomedico	/	53
Fisioterapia	2	14

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università ha attivato anche altri corsi di laurea per le professioni sanitarie non mediche: logopedia, ortottica ed assistenza oftalmologica, tecniche audiometriche, tecniche audioprotesiche, tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Per questi corsi non sono previsti professionisti distaccati a tempo pieno come coordinatori e tu-

tor didattici. Sono previsti invece tutor clinici per i tirocini. L'esame dei dati relativi alla provenienza geografica degli studenti infermieri dell'anno in corso potrebbe fornire una base di riflessione sul problema, oggi molto attuale, della carenza infermieristica e dell'elevato turn-over di questi professionisti nella regione e nella nostra Azienda. Come si può evincere dalla tabella a lato, il 44% degli studenti frequentanti il corso di laurea provengono dal sud. I residenti in Emilia-Romagna sono meno della metà degli iscritti, circa il 45%; di questi la metà risiede a Parma, un quarto sul totale (26%). Il dato a disposizione, rilevando la residenza degli studenti, non consente, tuttavia, di chiarire in modo esaustivo quanti fra questi sono, ad esempio, di cittadinanza straniera.

Residenza di provenienza degli studenti infermieri iscritti all'anno accademico 2006/2007

Residenza	v.a.	%
Nord	45	7,72
Emilia-Romagna di cui Parma	260 152	44,60 26,1
Centro	17	2,92
Sud e Isole	259	44,43
Estero	2	0,34
Totale	583	

Formazione OSS

Nell'anno 2006 si sono concluse due edizioni per la riqualifica del personale OTA: i corsisti che hanno ottenuto la certificazione sono stati 44, di cui 38 dipendenti della Azienda e 6 dipendenti dell'AUSL.

È stata mantenuta, come negli scorsi anni, in attuazione delle Linee Guida approvate con D.G.R. 1404/2000 e in base a quanto contenuto nelle D.G.R. 986/2001 e

D.G.R. 1979/2002, la collaborazione, normata da una convenzione triennale, con i centri di Formazione Professionale territoriali per la 1° formazione del personale OSS e per le misure compensative previste per gli ADB con e senza qualifica. I Centri e le tipologie di corso da questi attivati per l'acquisizione della certificazione OSS sono esplicitati nella tabella riprodotta qui sotto.

Numero di studenti e risorse sanitarie impegnate nei corsi di formazione OSS

Centro formazione	Tipologia corso	N° corsi	N° coordinatori*	N° tutor*	N° docenti	N° studenti
CESVIP	1° Form.ne OSS 1000 ore	1	1	1	10	23
	Riq. ADB 500 ore	1	1	1	6	20
	Riq. ADB 95 ore	3	/	/	5	70
CIOFS	1° Form.ne OSS 1000 ore	1	1	1	8	18
	Riq. ADB 95 ore	1	/	1	3	24
FORMA FUTURO	1° Form.ne OSS 1000 ore	1	1	1	3	21
ENAIP	Riq. ADB 500 ore	1	0	0	7	24

* Nei corsi OSS di prima formazione, le ore medie effettuate per il coordinamento sanitario sono state di circa 20 ore, e quelle di tutoraggio sanitario di circa 20 ore.

Nei corsi di riqualifica ADB di 500 ore, le ore medie effettuate per il coordinamento sanitario sono state di circa 10 ore, e quelle di tutoraggio sanitario di circa 10 ore.

Nei corsi di riqualifica ADB di 95 ore non è stato previsto il coordinamento e il tutoraggio sanitario.

Sistema informativo del personale

Un passo importante per creare un sistema di gestione informativa del personale è stato avviato da questa Azienda con l'implementazione (anni 2001-2002) di un sistema informatico che si proponeva di realizzare una forte integrazione, soprattutto fra i diversi applicativi informatici in uso: gestione turni, gestione presenze/assenze, gestione pianta organica, gestione concorsi, gestione giuridico matricolare, previdenza, aggiornamento e formazione, gestione economica, bilancio, controllo di gestione, eccetera.

Il progetto era inserito in un più generale processo aziendale di "integrazione organizzativa" e di decentramento delle funzioni gestionali aziendali secondo principi della sussidiarietà e della responsabilità dei risultati.

Non solo, anche la struttura del servizio gestione e sviluppo del personale si avviava a modificare, in stretta connessione proprio con l'innovazione in argomento, le proprie modalità organizzative da una gestione per settori e uffici ad una gestione per processi (programmazione, acquisizione, amministrazione, sviluppo delle professioni e delle carriere) nella consapevolezza che il passaggio da una organizzazione per compiti ad una organizzazione per processi implicava una congruente ed efficace circolazione delle informazioni e metodologie di comunicazione che, in una realtà complessa, non poteva che passare attraverso l'utilizzo di tecnologie appropriate. Il processo è tuttora in atto.

Il sistema ad oggi attivato vanta apprezzabili riscontri in ordine allo snellimento e semplificazione dell'attività amministrativa (ad esempio decentramento di funzioni ai coordinatori infermieristici e tecnici), la diminuzione di attività ripetitive e l'accelerazione dei tempi di esecuzione delle stesse.

La maggior disponibilità di dati in formato elettronico e in particolare la discreta integrazione esistente fra le procedure di gestione (economica, giuridica, rilevazione presenze/assenze) consente di produrre informazioni, riguardanti ancora elementi per lo più a carattere quantitativo, ma sempre più rilevanti e necessarie alla attività direzionale (ad esempio predisposizione del budget).

In questo ambito si sta procedendo con sicurezza anche per rendere sempre più sistematico il flusso di informazioni con le altre Istituzioni (Regione soprattutto).

È in corso di attivazione il progetto di riunificazione della gestione informativa del personale in modo che questo sia funzionale non solo alla gestione operativa ma anche a descrivere esperienze lavorative, bisogni formativi e competenze acquisite. Diverse procedure consentono di gestire sistemi di valutazione del personale (verifiche del Nucleo di valutazione, valutazione Collegi tecnici) ma solo nei termini di registrazione dati.

L'integrazione fra gli applicativi informatici di gestione della parte giuridica e quelli di gestione della formazione e aggiornamento è avviata, con il primo l'obiettivo di evitare duplicazioni, rendere l'attività dei diversi uffici preposti più efficiente e adempiere correttamente alle di-

sposizioni di legge relative alle registrazioni documentali. Il sistema consente di poter disporre di dati e informazioni, prevalentemente, come già osservato, di tipo quantitativo, che sottoposti ad elaborazione possono concorrere a formulare valutazioni circa il grado di applicazione dei criteri guida di gestione del personale e circa gli effetti della gestione stessa.

L'utilizzo di questi strumenti nella gestione operativa delle strutture di produzione è solo parzialmente routinario.

Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

L'Azienda assegna particolare rilievo al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane. L'Azienda informa le proprie scelte organizzative in coerenza con il processo di privatizzazione del rapporto di lavoro ed in sintonia al recepimento nel settore pubblico dello schema privatistico delle relazioni sindacali sia per quanto concerne gli attori negoziali delle tre aree di contrattazione (rappresentanza sindacale area comparto/area dirigenza medica/area dirigenza sanitaria, tecnica, professionale ed amministrativa), che per quanto riguarda i modelli relazionali (contrattazione integrativa) e gli strumenti di partecipazione sindacale (concertazione-consultazione-informazione), intesi quali forme di coinvolgimento orientate ad acquisire il consenso delle organizzazioni sindacali sull'organizzazione del lavoro e sulle politiche di gestione dell'Azienda.

Si attribuisce valenza strategica al ruolo della contrattazione integrativa, riconoscendo la dimensione aziendale come luogo di negoziazione reale e quindi come sede deputata a valorizzare il ruolo delle parti contraenti accentuandone la responsabilizzazione in termini di attitudine a negoziare ovvero di capacità di creare le condizioni per una situazione in grado di comporre interessi contrapposti e quindi di giungere a determinazioni concordate riguardanti l'applicazione degli istituti contrattuali nei confronti di tutti i professionisti dell'Azienda, concependo pertanto le relazioni sindacali, pur nel rispetto della distinzione dei ruoli, come fattore primario per la riuscita di accordi di qualità idonei ai processi di sviluppo e crescita professionale del personale ed al conseguimento degli obiettivi aziendali.

Entro tali logiche, la delegazione trattante di parte pubblica promuove e realizza costantemente, nel corso della sessione negoziale annuale, trattative e momenti di confronto sui tre tavoli negoziali addivenendo talora, in caso di particolari iniziative e tematiche di interesse corale, alla definizione di incontri congiunti con la rappresentanza delle tre aree.

L'Azienda, in relazione alla rilevanza della normativa inerente il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, effettua periodicamente

incontri di consultazione con i Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza, assicurando a tale organismo il diritto di accesso ai luoghi di lavoro, le informazioni e documentazioni utili al mandato conferito nonché la formazione necessaria.

Al fine di consentire un più completo coinvolgimento partecipativo nei processi produttivi aziendali viene assicurato l'insediamento di Commissioni bilaterali ovvero di Osservatori per l'approfondimento di specifiche problematiche cui è devoluto il compito di formulare proposte da sottoporre ai tavoli negoziali. Nell'ambito delle forme di partecipazione, l'Azienda favorisce altresì l'operatività dei Comitati mobbing e pari opportunità garantendo gli strumenti idonei per il loro funzionamento.

Con riferimento all'anno 2006, l'attività negoziale oltre alla trattazione di materie contenute nelle "piattaforme rivendicative" in applicazione dei CC.CC.NN.LL. di categoria, nonché di materie a contenuto economico con determinazione annuale, ossia inerenti la finalizzazione delle risorse economiche contrattuali a disposizione, ha dispiegato effetti in ordine ad alcuni rilevanti accordi aziendali che di seguito si riportano:

Area comparto: accordo aziendale per la definizione delle misure finalizzate a garantire la continuità assistenziale a fronte del prodursi di assenze improvvise

Nel corso delle trattative effettuate con la rappresentanza sindacale del comparto durante l'anno 2006, le parti hanno attribuito notevole rilevanza al fatto di pervenire ad un accordo in merito alla definizione di misure atte a garantire la continuità assistenziale inerente il personale infermieristico, tecnico sanitario, OTA/OSS per far fronte alla copertura di assenze non programmate e non programmabili (malattie, infortuni, malattia figlio, gravi motivi familiari, lutti).

A tal fine l'Azienda ha formulato un piano organizzativo volto a garantire la continuità dei livelli di assistenza diretta mediante interventi di chiamata a programmazione mensile nelle unità operative, sulla base delle disponibilità volontarie rese da ogni singolo operatore.

Il piano si è caratterizzato per i seguenti principi:

- volontarietà,
- programmazione mensile incentivazione della chiamata,
- responsabilizzazione dei coordinatori delle unità operative,
- gestione decentrata a livello di unità operativa,
- supporto dipartimentale.

La proposta organizzativa, oggetto di approfondito confronto, è stata complessivamente accolta dalla rappresentanza sindacale addivenendo alla definizione di uno specifico accordo che grazie allo spirito collaborativo del tavolo è stato sottoscritto prima dell'inizio delle ferie estive al fine di evitare eventuali disagi per la copertura dei turni derivanti dalla fruizione del diritto contrattuale.

Area dirigenza medica: accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato

Il confronto tra Azienda e OO.SS. ha condotto ad un perfezionamento della gestione della retribuzione di ri-

sultato attraverso il consolidamento di alcuni elementi caratterizzanti l'impianto vigente nel precedente esercizio destinati principalmente a migliorare il processo decentrato di attribuzione degli obiettivi aziendali, in termini di una maggior compartecipazione dei dirigenti, di una maggior conoscenza degli obiettivi, degli indicatori di verifica e dei risultati attesi. Si è pertanto focalizzato il "processo a cascata" nell'assegnazione e verifica degli obiettivi, prevedendo una maggior responsabilizzazione dei Direttori delle strutture complesse e semplici e quindi proponendo alla rappresentanza sindacale che la corretta assegnazione degli obiettivi in termini di trasparenza, tempestività, formalizzazione ed acquisizione di accettazione da parte dei dirigenti si configurasse quale obiettivo strategico individuale dei Direttori stessi. Inoltre, al fine di valorizzare maggiormente i professionisti, nel contesto delle risorse finanziarie contrattuali disponibili, si è proposto di riservare alla Direzione aziendale una quota quale premio individuale da attribuire per attività e programmi non negoziati in sede di budget ma connessi agli indirizzi di interesse strategico aziendale o a progetti di miglioramento organizzativo e/o gestionale sulla base di criteri di individuazione da concordare con le OO.SS.. A conclusione della trattativa e del dibattito realizzato, le conclusioni negoziali hanno condotto alla sottoscrizione dello specifico accordo recante la proposta aziendale.

Area dirigenza sanitaria, tecnica, professionale ed amministrativa: protocollo di intesa riguardante gli incarichi dirigenziali

In correlazione alla definizione dell'Atto aziendale e quindi alla configurazione dell'assetto organizzativo interno con la creazione dei Dipartimenti ad attività integrata, la Direzione aziendale ha ritenuto di integrare il precedente impianto degli incarichi istituendo anche per tale area, analogamente a quanto fatto in precedenza per l'area della dirigenza medica, le strutture semplici attraverso la rimodulazione di incarichi già attribuiti unitamente all'assegnazione di nuovi incarichi di alta specializzazione tenuto anche presente il nuovo organigramma della Direzione aziendale previsto appunto dall'Atto aziendale. La materia rimessa a concertazione e a contrattazione integrativa per la parte specificatamente riguardante il finanziamento delle posizioni dirigenziali è stata oggetto di ampio ed approfondito confronto con la rappresentanza sindacale di riferimento che ha condotto alla sottoscrizione di specifico protocollo di intesa.

Gestione del contenzioso

L'introduzione nell'anno 2006 di strumenti deflattivi del contenzioso del lavoro, anche in fase anteriore all'attivazione delle vertenze stesse, ha consentito la gestione e la definitiva chiusura in via conciliativa di 23 controversie presso la Direzione provinciale del Lavoro, con il risultato di evitare, in percentuale altissima, l'attivazione delle vertenze presso il giudice del lavoro con positive conse-

guenze legate ai tempi di chiusura delle liti ed ai costi del processo. Oltre a questo si è trovata, pressoché costantemente, una buona intesa con il lavoratore e/o i suoi rappresentanti, contribuendo a distendere i toni ostili che abitualmente accompagnano l'apertura delle vertenze.

Compatibilità tra lavoro e tempo di vita

Nido aziendale

Una serie di attività e di accordi tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL e Comune di Parma avvenuti nell'ultimo biennio hanno costituito il presupposto per l'apertura, presumibilmente entro la fine dell'anno scolastico 2007-2008, di un asilo d'infanzia per i bambini in età compresa tra i 12 e i 36 mesi prioritariamente destinato ai figli dei dipendenti.

L'apertura di un asilo aziendale a Parma dedicato ai figli dei dipendenti delle aziende sanitarie, vede finalmente realizzarsi un progetto importante non solo per i lavoratori interessati ma per l'intero tessuto sociale della città. Il progetto infatti mette insieme risposte a bisogni che sono dei lavoratori e delle loro famiglie, ma anche delle istituzioni e del territorio nel suo insieme.

L'idea del progetto è nata per rispondere ad un'esigenza interna alle Aziende ed è portata avanti in sinergia con il comune di Parma con una formula innovativa che non ha precedenti nella Regione.

Le Aziende, per svolgere la propria attività di servizio deputato alla salute pubblica, impiegano principalmente lavoratrici di sesso femminile e una parte maggioritaria delle stesse sono impegnate nel lavoro a turni.

L'iniziativa di creare un nido aziendale, oltre a favorire le politiche di conciliazione dei tempi e delle pari opportunità rivolte alle lavoratrici donne, crede nell'importanza di offrire ad entrambi i genitori dipendenti sia padri che madri, l'opportunità di sperimentare la vicinanza e l'equilibrio tra ruolo di genitore e quello lavorativo. A tal fine, l'organizzazione dovrà essere pensata per garantire ampi periodi di apertura e orari flessibili.

Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

Il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro interessa in modo rilevante persone e aziende.

La richiesta delle persone di "liberare tempo" per gli impegni familiari trova punti di contatto con l'esigenza delle imprese di avere un'organizzazione del lavoro più flessibile ed adattabile. È quindi necessario che l'organizzazione del lavoro sia progettata e strutturata con modalità che favoriscano per i lavoratori e le lavoratrici la compatibilità tra tempi di vita e di lavoro.

Con tale finalità, l'Azienda ha attuato, laddove ne ricorrerono i presupposti, le previsioni normative e contrattuali in materia di orario di lavoro flessibile:

- disponendo a richiesta l'esonero dal turno notturno in favore di lavoratori genitori di minori di età compresa da 1 a 3 anni (16 unità);
- disponendo a richiesta l'esonero dal turno notturno in favore del lavoratore genitore unico affidatario fino ai 12 anni di età dello stesso (13 unità);

- disponendo a richiesta l'esonero dal turno notturno in favore di lavoratori che hanno a proprio carico un soggetto in situazione di handicap grave ai sensi della legge 104/92 (8 unità);
- rispettando pienamente la normativa in materia di congedi parentali.

Si è inoltre consolidato il trend avviato negli ultimi anni di costante incremento delle domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale. Essendo la popolazione dei dipendenti part-time quasi esclusivamente femminile e coincidendo le classi di età di questi soggetti con l'età fertile, il ricorso ad un orario di lavoro a tempo parziale sembra rispondere all'esigenza di conciliare l'impegno lavorativo con le esigenze della vita familiare (cura e crescita dei figli, assistenza a genitori anziani).

La piena valorizzazione di tutte le potenzialità di tale istituto contrattuale per consentire ai lavoratori di contemperare impegni lavorativi e responsabilità familiari, trova un limite nella necessità di dover conciliare le esigenze dei dipendenti con la natura di servizio pubblico ed essenziale delle prestazioni erogate dall'Azienda, che deve comunque ed in ogni caso garantire la continuità assistenziale per la tutela del diritto alla salute del cittadino-utente.

Promozione della salute e del benessere psicofisico

Corretti stili di vita

Nel corso del 2006, l'Azienda ha intrapreso iniziative volte a promuovere corretti stili di vita e, in particolare, appropriate abitudini alimentari attivando nello specifico un progetto, con la collaborazione del Comune di Parma, della Molinari-Buonristoro Vending Group, nonché dell'Unione degli Industriali di Parma e della Barilla, per l'inserimento nei distributori automatici di alimenti naturali particolarmente salutari - come macedonia con frutta di stagione, panino fresco al prosciutto, succo di frutta al 70%, yogurt, eccetera. Una decina di distributori così riforniti sono stati installati in zone strategiche dell'ospedale di facile accesso.

Parallelamente, è stata avviata una ricca attività informativa e di sensibilizzazione in tema di alimentazione e attività motoria sia attraverso slogan (che vengono proposti anche attraverso brevi messaggi sui bicchieri di plastica - 450.000 - utilizzati dagli erogatori di bevande calde, nonché dal bollino "Scegli la salute" che segnala i prodotti salutari presenti nei distributori); sia fornendo le indicazioni basilari per una buona alimentazione (ad esempio consumare cinque porzioni di frutta e verdura al giorno) e per riflettere su quanto possa essere semplice e, nello stesso tempo, molto vantaggioso per la nostra salute, seguire abitudini di vita corrette.

Utilizzare i distributori automatici per veicolare messaggi di educazione alimentare consente da una parte di entrare in contatto con un numero molto elevato di persone e, inoltre, consente di intervenire nel momento stesso in cui si sceglie quali alimenti consumare, poten-

ziando quindi l'efficacia dei messaggi di sensibilizzazione nell'orientare i comportamenti. Per di più il progetto è coerente con le richieste dell'opinione pubblica di una maggiore attenzione alla qualità ed agli aspetti nutrizionali degli alimenti offerti dai distributori.

Supporto psicologico al personale che opera in aree critiche

Per supportare i sanitari che operano in aree ad elevata criticità emotiva, è stata attivata una sperimentazione volta ad assicurare al personale un appropriato supporto psicologico. Gli operatori di alcuni reparti hanno potuto confrontarsi con uno psicologo per affrontare eventuali disagi derivanti dall'attività lavorativa.

La prospettiva nella quale si inserisce l'intervento destinato alle persone che operano nel contesto sanitario è rappresentata dall'opportunità di apprendere ad utilizzare la comunicazione come strumento fondamentale nelle professioni di cura. L'utilizzo di buone pratiche di comunicazione e di efficaci modalità di relazione nel rapporto tra sanitario e paziente contribuisce a migliorare il successo della relazione, la qualità dell'offerta assistenziale e, in ultima analisi, il successo della cura, in particolare quando ad essere coinvolti sono i bambini e le loro famiglie. Integrare interventi tecnici e assistenziali con modalità relazionali appropriate aumenta l'efficacia dell'intervento e rafforza la fiducia reciproca tra operatori. Infine, la conoscenza delle emozioni e delle dinamiche interpersonali permette di affrontare in maniera più adeguata l'impegno emotivo nella relazione con i pazienti.

Dipartimento Materno-Infantile

I sanitari della Pediatria e Oncoematologia e della Neonatologia hanno beneficiato della disponibilità di una psicologa per affrontare il disagio e lo stress derivante dall'attività assistenziale. Gli operatori che si sono rivolti alla professionista in questione sono risultati essere 22, riconducibili ai profili professionali di infermiere e medico. I colloqui effettuati, centrati sull'ascolto dei bisogni e delle difficoltà degli operatori, hanno favorito un momento importante di prevenzione. Per la Neonatologia, in particolare, è in corso di elaborazione un progetto di formazione da dedicare al personale medico e infermieristico sulla relazione con i piccoli pazienti e i genitori. Anche in Clinica Pediatrica è stata attivata la possibilità di incontri su aspetti problematici del lavoro con i pazienti, secondo una modalità di incontro per il singolo professionista o di incontro a gruppi di professionisti.

I sanitari della Struttura semplice Fibrosi cistica hanno realizzato un lavoro di confronto specifico sui casi clinici cercando di valorizzare le risorse relazionali presenti nel gruppo con l'intento dichiarato di apprendere nuovi strumenti di comunicazione e di gestione della relazione. Il contesto lavorativo, caratterizzato dalla malattia cronica, influenza la relazione tra sanitari con elevato livello di stress e conflitto.

Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo

La Medicina Riabilitativa ha scelto di strutturare l'intervento attivando gruppi dedicati agli infermieri per rilanciare la comunicazione come obiettivo relazionale. Gli

incontri, organizzati a cadenza mensile o quindicinale e della durata di almeno un'ora e mezzo, hanno visto la presenza di tutti gli infermieri (a rotazione per quelli in turno) per un totale di 20 partecipanti. Negli incontri è stato privilegiato, da una parte, il confronto sulle dinamiche di relazione tra infermieri e, dall'altra, il confronto nella prospettiva allargata dell'équipe intera. Gli obiettivi del progetto sono stati:

- creare uno spazio di discussione autentico, in cui possano essere espresse le opinioni relative al lavoro svolto;
- elaborare i processi psicologici in atto come meccanismi di difesa, lutti, eccetera;
- costruire insieme una relazione lavorativa, partendo dai pazienti, ma potendo arrivare ai propri vissuti personali;
- ottimizzare il lavoro di équipe;
- sciogliere i nodi problematici nel lavoro tra pari, ma anche con il resto delle figure professionali con cui si lavora;
- delineare eventuali strategie di compenso e di miglioramento dell'attività lavorativa.

Facilitazioni

In termini di facilitazioni rivolte ai propri dipendenti, l'Azienda dispone di una mensa all'interno dell'area ospedaliera in posizione centrale aperta dal lunedì al sabato dalle 12.00 alle 14.30. Il personale autorizzato ha la possibilità di consumare un pasto completo al costo previsto contrattualmente, con almeno 5 alternative.

Nel corso del 2006 sono stati inoltre aggiudicati e iniziati i lavori di completamento di un nuovo punto ristorazione all'interno della Galleria dell'Accoglienza, in modo da dare la possibilità di consumare il pasto in un nuovo spazio negli edifici di recente attivazione.

Per migliorare la sicurezza all'interno dell'area ospedaliera è stato avviato un nuovo servizio di vigilanza diurna, attivo per quattro ore al giorno.

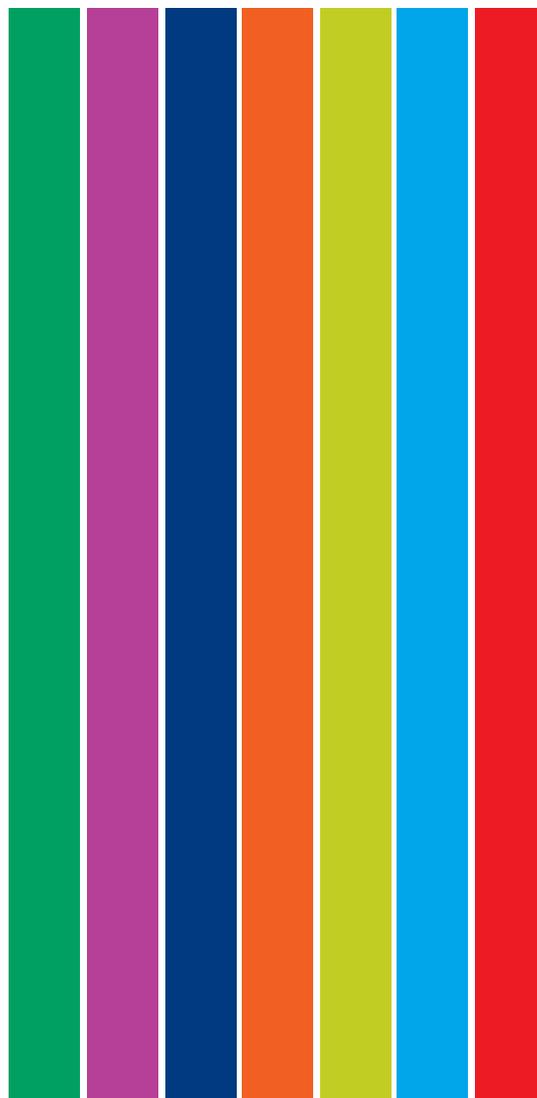
A partire da gennaio 2006, per migliorare la mobilità interna all'area ospedaliera è stato istituito un servizio di bus navetta gratuito e disponibile per tutti (pazienti, visitatori e operatori sanitari), che congiunge tutti i principali padiglioni e punti di riferimento dell'ospedale. Frequenza e percorso sono stati stabiliti in via sperimentale, al fine di monitorare la fruibilità del servizio. Si tratta di un servizio strutturato, attualmente attivo dal lunedì al venerdì, dalle 7 alle 19.30, con frequenza dei passaggi ogni 15 minuti.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il presente capitolo è finalizzato a presentare gli interventi realizzati e le azioni intraprese dall'Azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione sia con i soggetti interni sia coi soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali), con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

1. La comunicazione per l'accesso ai servizi
2. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
3. La comunicazione interna aziendale

5



La comunicazione è strumento integrante nello sviluppo delle linee strategiche aziendali. Essa agisce in modo diretto sull'**immagine** e sulla **cultura** dell'Azienda consentendo, da un lato, lo sviluppo di un sistema di comunicazione diretta ai cittadini utenti e, dall'altro, il rafforzarsi delle capacità di relazioni interne tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari al fine di garantire una comunicazione corretta ed il più possibile esaustiva.

Gli interlocutori delle azioni di comunicazione possono, pertanto, essere così individuati:

- gli operatori;
- l'utenza diretta che ha già attivato una richiesta di servizio o che la deve attivare;
- la collettività quale potenziale fruitore di servizio e target rispetto al quale orientare le scelte di politica sanitaria;
- le associazioni di Volontariato, il Comitato Consultivo Misto, la stampa e i media.

È, infine, elemento sostanziale di una reale e obiettiva azione di comunicazione il saper coniugare i principi e gli strumenti della *comunicazione* stessa con i doveri e le attività correlate ad una trasparente *informazione*.

La comunicazione per l'accesso ai servizi

La realizzazione di un sistema di garanzia equo e solidale per l'accesso ai servizi deve soddisfare prioritariamente la domanda di informazione sul *come muoversi per risolvere un determinato problema, soddisfare una determinata richiesta*, affrontare uno specifico percorso di salute. Di seguito sono indicati gli obiettivi per l'anno 2006 correlati allo sviluppo dell'area dell'accesso ai servizi.

Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Al fine di agevolare l'accesso alle prestazioni e garantire la continuità diagnostico-terapeutica per gli utenti, si è provveduto alla completa attuazione operativa delle azioni correlate alla *debuocratizzazione* delle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso l'implementazione del programma CUP/WEB con il coinvolgimento del personale.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono presenti **14 Punti di Accoglienza** che forniscono informazioni ed eseguono prenotazioni di specialistica ambulatoriale.

Nel corso del 2006, sono stati attivati due **Punti informativi** con personale dedicato in servizio dalle 7.00 alle 21.00, al fine di garantire una puntuale informazione all'utenza.

Sono stati realizzati, inoltre, percorsi di accesso facilitato ai servizi sanitari dedicati a:

- prestazioni odontoiatriche per persone portatrici di handicap psico-fisici,
- prestazioni ambulatoriali per sordomuti,

- prestazioni ambulatoriali per carcerati,
- attivazione del Centro Senologico.

Progetto Sole

Nel 2006 si è avviata la sperimentazione di nuove e più integrate forme di relazione tra specialisti e Medici di Medicina Generale, on line, finalizzate ad una più puntuale assistenza rispetto al singolo caso clinico.

Per garantire l'ascolto e migliorare la comunicazione fra l'Azienda ed il contesto sociale allargato cui questa appartiene sono attivi l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** e il **Comitato Consultivo Misto**.

Sito internet e intranet aziendale

Al fine di far conoscere al meglio le opportunità esistenti e garantire un costante orientamento dei cittadini nell'uso dei servizi sanitari viene regolarmente aggiornato il sito web aziendale (www.ao.pr.it) in cui le informazioni sono suddivise in sei sezioni: salute, accoglienza, servizi, news ed azienda e solidarietà.

Il sito è accessibile in quanto presenta la conformità con tutte le pagine al WCAG AA. L'accessibilità riguarda, in particolare, le esigenze dei navigatori ipo e non vedenti (nel rispetto delle priorità 1,2 3 definite nelle linee guida del W3C Web Content Accessibility Guidelines).



Carta dei Servizi

A tutte le famiglie del territorio di Parma e provincia è stata distribuita la nuova edizione della Carta dei Servizi attraverso la quale il cittadino trova risposta ai principali quesiti riguardanti la accessibilità ai servizi aziendali, sia in termini di tipologia di prestazioni offerte, che di modalità di fruizione. È strumento essenziale anche per tutti gli operatori.



Numero Verde Regionale

Durante l'anno 2006, l'Azienda ha garantito un costante aggiornamento di tutte le informazioni contenute nella banca dati regionale per soddisfare bisogni informativi specifici, soprattutto in tema di accesso ai servizi.

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Una strategia comunicativa fortemente orientata al soddisfacimento dei bisogni dell'utente, nonché allo sviluppo crescente della percezione da parte di quest'ultimo della qualità dell'assistenza, deve fondare su modelli orientati a rendere l'assistenza stessa sempre più personalizzata rispetto ai bisogni personali. È per tale sostanziale motivazione che l'individualità del rapporto comunicativo con l'utente, durante l'anno 2006, si è basata sui seguenti obiettivi:

- **Guida ad una migliore permanenza in Ospedale**

Elaborazione e distribuzione di un opuscolo rivolto agli utenti ricoverati e destinato ad informare il paziente e i suoi familiari circa le modalità organizzative che caratterizzano la degenza ospedaliera.



- **Schede di Accoglienza**

Elaborazione delle schede di accoglienza per ciascuna unità operativa descriventi le principali caratteristiche dell'articolazione organizzativa, da consegnare a ciascun utente ricoverato e/o ambulatoriale.

- **La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso**

Nel corso del 2006 è stata attivata la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie. Tale funzione è uno strumento per prevenire e limitare il contenzioso, ponendosi come obiettivo quello di ristabilire la relazione tra gli utenti e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto per ricostituire un rapporto di fiducia tra utente e struttura sanitaria.

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

Campagne di informazione

L'Azienda partecipa al coordinamento regionale per la comunicazione e l'informazione in sanità della Regione Emilia-Romagna. In tale sede, vengono proposte, discusse ed elaborate le **campagne di informazione** (donazione sangue, vaccinazione antinfluenzale, screening, eccetera) che vedono gli operatori degli Uffici Comunicazione e degli URP impegnati nella campagna.

Segnaletica interna

L'Azienda è parte attiva nel gruppo di studio regionale per lo **sviluppo della segnaletica interna**.

A livello aziendale nel 2006 si è dato corso alle procedure di assegnazione di gara inerenti la segnaletica interna ospedaliera.

Comunicazione tramite emittenti televisive

L'Azienda, durante l'anno 2006, ha proseguito nell'azione di diffusione e divulgazione di notizie di interesse sanitario, attraverso le televisioni locali, per una sempre più parcellizzata informazione alla comunità in ordine alle potenzialità ed alle caratteristiche della propria capacità di offerta prestazionale. In particolare, si segnala la trasmissione *Serata Salute*, con 30 puntate in onda dall'autunno alla primavera sull'emittente Teleducato, che ospita gli specialisti dell'Azienda e tratta argomenti inerenti le patologie più diffuse in un'ottica di educazione alla salute e di appropriatezza della diagnostica e delle cure).

Rapporti con i mass-media

L'ufficio stampa aziendale, nel corso del 2006, ha organizzato 41 conferenze stampa e redatto 131 comunicati stampa per diffondere, tramite i mass-media, iniziative e attività dell'Azienda. Inoltre l'ufficio stampa ha supportato la Direzione e i professionisti nel redigere lettere ai giornali (20), spesso in risposta a segnalazioni o lamentele di cittadini.

La comunicazione interna aziendale

Il miglioramento del processo di comunicazione interna aziendale è fortemente orientato a influenzare in modo diretto la percezione della qualità del servizio e a stimolare il coinvolgimento ed il senso di appartenenza di ciascun operatore.

Obiettivi del 2006 sono stati:

Aggiornamento del sito Intranet aziendale

sviluppo di un sistema di comunicazione intranet che consenta la più ampia diffusione tra tutti gli operatori delle informazioni e delle conoscenze utili a svilupparne la valorizzazione delle competenze specifiche.



Diffusione di Newsletter

È stato attivato nel 2006, e proseguirà anche nel 2007, il progetto editoriale specifico per sistematizzare, condividere e portare a conoscenza di tutti gli operatori progetti ed eventi. La newsletter è inviata nominativamente a tutti i dipendenti.

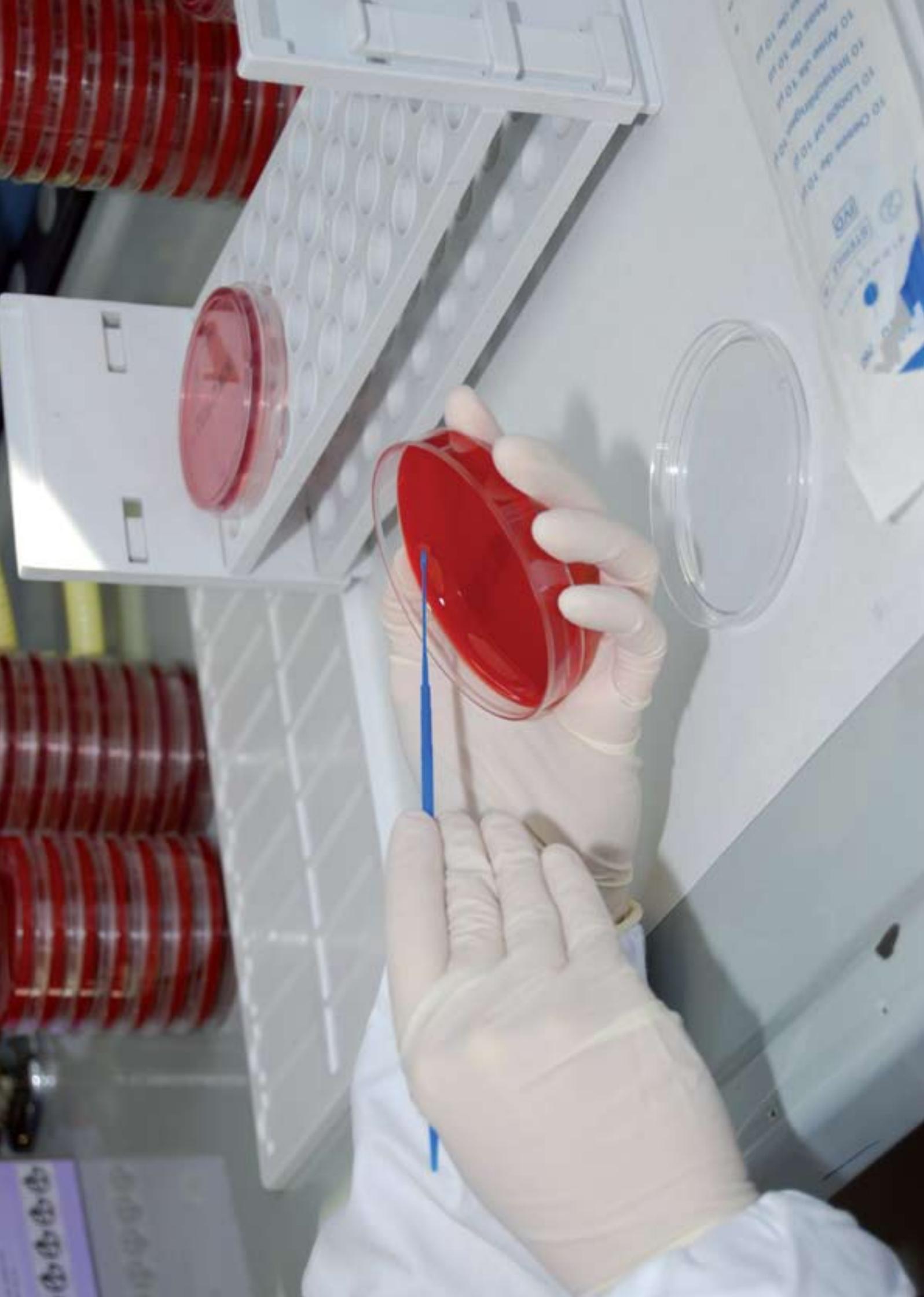


Rassegna stampa on line

Quotidianamente sulla Intranet è disponibile per gli operatori la rassegna stampa degli articoli di interesse sanitario che compaiono sui principali quotidiani locali e nazionali.



Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48



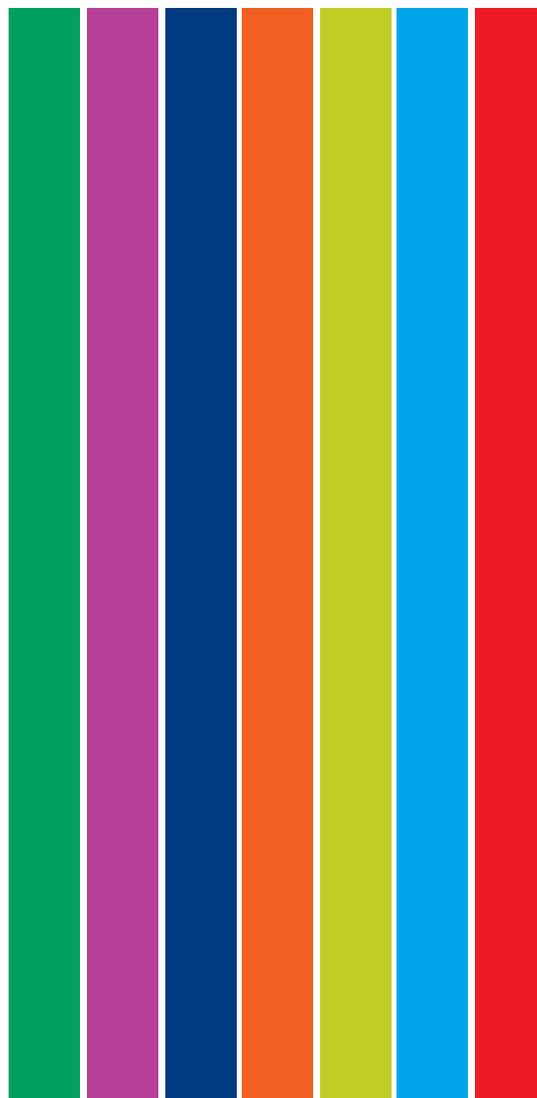
6

Ricerca e innovazione

La promozione della ricerca è uno dei principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale. In questo capitolo vengono illustrate le azioni promosse per favorire la partecipazione attiva ad attività di ricerca e innovazione, come inizio di un percorso che conduca ad una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca.

Gli ambiti di riferimento sono:

1. Ricerca finanziata dal Ministero della Salute
2. Ricerca finanziata dalla Regione Emilia-Romagna
3. Sperimentazioni cliniche



Nel 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in coerenza con gli indirizzi regionali, ha avviato la progettazione di un'infrastruttura con l'intento di sviluppare la funzione di ricerca come attività sistematica e costitutiva della mission aziendale con l'obiettivo specifico di contribuire al miglioramento continuo della qualità assistenziale attraverso la promozione e la realizzazione di attività a supporto della ricerca scientifica integrata alla pratica clinica e dell'introduzione di innovazioni ad elevato impatto organizzativo-gestionale. L'istituzione di tale struttura è stata ufficializzata con l'approvazione dell'Atto aziendale e assegnata in staff alla Direzione Generale.

Già nel corso dell'anno 2006, la Direzione si è impegnata in attività preliminari di promozione e supporto della ricerca, maturando l'esperienza e raccogliendo il consenso necessari alla definizione del ruolo e delle responsabilità della struttura, di concerto con la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

In questa fase transitoria, le attività svolte hanno riguardato prevalentemente la diffusione e promozione in Azienda dei bandi di ricerca finalizzata, oncologica e AIFA, finanziati dal Ministero della Salute.

Il processo, realizzato a stretto contatto con gli operatori della Regione, ha riguardato il costante aggiornamento dei Direttori di Dipartimento e degli operatori interessati, tramite lettere, e-mail e incontri ad hoc, circa le procedure da seguire per la presentazione di proposte: rispetto delle scadenze, indicazioni per la sottomissione, supporto per la compilazione dei form e per il successivo caricamento sul sito del Ministero, collaborazione alla traduzione degli abstract.

La presenza di questa struttura, insieme all'unificazione dei Comitati Etici dell'Azienda Ospedaliera, dell'Azienda USL e dell'Università, permetterà nel 2007 di rilevare sistematicamente ed esaustivamente l'attività di ricerca svolta.

Relativamente al 2006, i dati disponibili consentono di delineare un quadro solo parziale, ma comunque rappresentativo della intensa e qualificata attività scientifica dei professionisti che operano nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Le informazioni disponibili riguardano tre tipologie di progetti: ricerca finanziata da bandi ministeriali (Ricerca Finalizzata, Ricerca Oncologica, AIFA), progetti finanziati dalla Regione Emilia-Romagna (Bando di Modernizzazione) e sperimentazioni cliniche approvate dai Comitati Etici della Provincia di Parma.

Ricerca finanziata dal Ministero della Salute

Il **Programma per la Ricerca Finalizzata** nel 2006 comprendeva due tipologie di progetti: *programmi strategici e progetti ordinari*. I programmi strategici sono programmi di ricerca dedicati a nove tematiche predefinite, che comprendono diversi progetti, con capofila un destinatario istituzionale (Regioni o IRCCS).

La nostra Azienda ha avanzato 18 proposte per *programmi strategici* che riguardavano prevalentemente le seguenti tematiche: "Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nello Scompenso cardiaco" (n. 5 proposte) e i "Trapianti" (n. 3 proposte).

I *progetti ordinari* sono progetti presentati da singoli destinatari istituzionali, preferibilmente coerenti con quattro aree tematiche predefinite. La Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha presentato 13 progetti ordinari, di cui tre hanno ottenuto un cofinanziamento superiore ai 300.000 euro ciascuno. L'Azienda si è inoltre impegnata a co-finanziare direttamente 2 progetti ordinari di particolare rilevanza locale (continuità assistenziale e controllo del dolore nel travaglio di parto).

Il **Programma per la ricerca oncologica** prevede due tipologie di progetti: *programmi integrati e progetti ordinari*. I *programmi integrati*, analogamente ai *programmi strategici* della Ricerca Finalizzata, sono programmi di ricerca dedicati a sette tematiche predefinite, che comprendono diversi progetti, con capofila un destinatario istituzionale (Regioni o IRCCS). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha presentato 7 proposte, di cui 4 per progetti ordinari e 3 per programmi integrati.

Nell'ambito dei progetti **finanziati dall'AIFA**, la Commissione di esperti ha approvato 51 protocolli di studio (11%) del bando 2006 per la ricerca indipendente sui farmaci, su 454 lettere di intenti pervenute. Gli studi appartengono a 3 grandi aree di ricerca: un'area per i farmaci orfani e le malattie rare; un'area di confronti fra farmaci e fra strategie terapeutiche e una per la farmacoepidemiologia e la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Poiché i bandi AIFA prevedono la presentazione diretta delle proposte da parte dei clinici, senza obbligo di intermediari istituzionali, non è possibile conoscere con certezza il numero esatto di progetti proposti dai ricercatori della nostra Azienda. Risultano inseriti sul sito AIFA, con capofila la Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tre progetti, di cui uno, relativo all'area "farmaci orfani e malattie rare", è stato finanziato.

Ricerca finanziata dalla Regione Emilia-Romagna

Nell'ambito del bando regionale di modernizzazione, la nostra Azienda ha sottoposto e ottenuto il finanziamento per il progetto "Screening degli eventi avversi nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna" (progetto interprovinciale), di cui è azienda capofila. È inoltre inserita, quale Unità Operativa partecipante, nel progetto: "Realizzazione di una logistica comune integrata tra le Aziende dell'Area Vasta emiliana, Emilia Nord (Aziende Sanitarie di Modena, Reggio, Parma, Piacenza) per la selezione, acquisizione, gestione e somministrazione dei beni sanitari (farmaci e dispositivi medici)".

Sperimentazioni cliniche

Al fine di fornire un'indicazione dell'entità di progetti e di unità operative coinvolte nell'attuazione di sperimentazioni sui farmaci, si è consultato il rapporto annuale dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali. Di seguito vengono riportate tre ta-

belle estratte dal suddetto rapporto, la cui analisi consente di effettuare alcune considerazioni generali ma pur sempre indicative del fenomeno. Su 103 province italiane, la provincia di Parma occupa il 24° posto in termini di numero di sperimentazioni cliniche su farmaci (esclusa fase I) approvate dai Comitati Etici nel periodo 2000-2006; complessivamente le sperimentazioni sono state 330, di cui nel 15% dei casi Parma risulta essere centro di coordinamento. La medesima analisi condotta per struttura partecipante alla sperimentazione (si veda la tabella 1), evidenzia come l'Ospedale di Parma si colloca a livello nazionale al 27° posto per numero di sperimentazioni (complessivamente circa il 5% degli studi nazionali). Considerando singolarmente le strutture sanitarie che effettuano ricerca clinica in provincia di Parma (si veda la tabella 2), si rileva che l'Azienda ha attuato nel medesimo periodo il 60% delle sperimentazioni, il doppio rispetto all'Università. Infine, l'analisi per reparto di afferenza dello sperimentatore (si veda la tabella 3) consente di confermare che la maggior quota di attività è ad appannaggio di tre discipline: quella oncologica (40% di tutte le sperimentazioni dell'AO di Parma), seguita dalle malattie infettive (9%) e dalla disciplina cardiologica (7%).



Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato nel capitolo 2 a pagina 48

Tabella 1: Sperimentazioni per struttura partecipante (prime 30 in ordine decrescente)

Sperimentazioni totali: 4.252 (esclusa Fase I)					
	Struttura	2000 - 2006			
		Sperimentazioni cliniche	% su tot. SC (4.252)	SC coord.	% SC coord. / totali
1	Ospedale Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna	682	16,0	265	38,9
2	Istituto S. Raffaele di Milano	602	14,2	286	47,5
3	Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia	530	12,5	185	34,9
4	Policlinico Universitario Gemelli di Roma	493	11,6	156	31,6
5	A.O. di Padova	483	11,4	109	22,6
6	A.O. Universitaria Careggi di Firenze	463	10,9	53	11,4
7	A.O. Universitaria Pisana di Pisa	408	9,6	120	29,4
8	ASO S. Giovanni Battista - Ospedale S. Giovanni Battista Molinette di Torino	386	9,1	92	23,8
9	A.O. Ospedale Policlinico di Bari	385	9,1	48	12,5
10	P.O. Spedali Civili di Brescia	343	8,1	34	9,9
11	A.O. Universitaria S. Martino di Genova	330	7,8	70	21,2
12	Ospedali Riuniti di Bergamo	330	7,8	60	18,2
13	A.O. Policlinico di Modena	329	7,7	53	16,1
14	Policlinico Universitario Umberto I di Roma	321	7,5	65	20,2
15	Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano	306	7,2	45	14,7
16	Arcispedale S. Maria di Reggio Emilia	266	6,3	29	10,9
17	P.O. Maggiore Policlinico di Milano	266	6,3	94	35,3
18	P.O. Umberto I di Ancona	255	6,0	38	14,9
19	Policlinico Universitario di Udine	248	5,8	53	21,4
20	Ospedale Sacco di Milano	236	5,6	53	22,5
21	Università Tor Vergata di Roma	222	5,2	43	19,4
22	A.O. Arcispedale S. Anna di Ferrara	211	5,0	11	5,2
23	A.O. di Perugia	210	4,9	43	20,5
24	Ospedale S. Gerardo dei Tintori di Monza (MI)	206	4,8	34	16,5
25	DIMI dell'università di Genova	202	4,8	55	27,2
26	Ospedale S. Paolo di Milano	200	4,7	24	12,0
27	A.O. di Parma	199	4,7	34	17,1
28	ASO S. Luigi Gonzaga - A.O. S. Luigi Gonzaga di Orbassano (TO)	199	4,7	44	22,1
29	Azienda Universitaria Policlinico Federico II di Napoli	197	4,6	18	9,1
30	Università di Perugia	192	4,5	61	31,8

Tabella 2: Sperimentazioni per struttura-provincia di Parma

Struttura e Reparto	2000 - 2006		
	Sperimentazioni cliniche	% su Regione	% su Provincia
Provincia di Parma	330	19,4	100,0
A.O. di Parma	199	11,7	60,3
Università di Parma	98	5,8	29,7
Ospedale di Fidenza	43	2,5	13,0
AUSL di Parma	4	0,2	1,2
Ospedale di Borgo Val di Taro	2	0,1	0,6

Tabella 3: Sperimentazioni per reparto

Struttura e Reparto	2000 - 2006	
	Sperimentazioni cliniche	% su Struttura
A.O. di Parma	199	100,0
Oncologia medica	79	39,7
Malattie infettive	18	9,1
Cardiologia	14	7,0
Medicina interna	11	5,5
Gastroenterologia	8	4,0
Anestesia e rianimazione	7	3,5
Diabetologia	7	3,5
Nefrologia	6	3,0
Urologia	6	3,0
Neurologia	5	2,5
Ematologia	4	2,0
Pneumologia	3	1,5
Reumatologia	3	1,5
Pediatria	3	1,5
Chirurgia generale	2	1,0
Psichiatria	2	1,0
Andrologia	1	0,5
Neonatologia	1	0,5
Oftalmologia	1	0,5
Oncoematologia	1	0,5
Altri	17	8,7

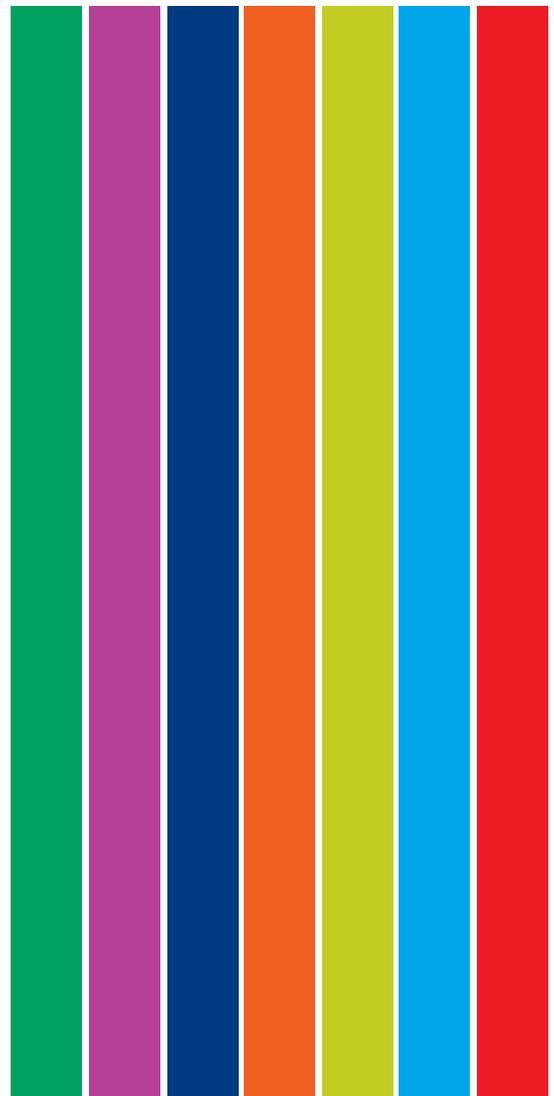


Immagine tratta dal progetto "La tela di Asclepio" illustrato a pagina 48

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il settimo capitolo intende fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza per l'Azienda, ma anche per il contesto territoriale di riferimento e per il sistema regionale:

1. Realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma
2. Nuovo Centro Senologico
3. Integrazione delle attività di laboratorio delle due Aziende sanitarie di Parma
4. Introduzione del sistema RIS-PACS
5. Tecnologie all'avanguardia, arte pittorica e ambient experience per un modo nuovo di vivere l'ospedale



Sono diversi i progetti e gli impegni che contribuiscono al progredire del Nuovo Ospedale, di seguito vengono riportati gli obiettivi di maggior rilievo conseguiti nel 2006. Non si tratta solo di nuove strutture o innovazioni tecnologiche, ma di un nuovo modo di vivere l'ospedale, il tentativo di coniugare qualità delle cure e dell'assistenza con un alto profilo tecnologico e una peculiare attenzione per l'umanizzazione.

Realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma

Nel corso del 2006 è proseguita la realizzazione del programma del Nuovo Ospedale, oggetto dell'accordo di programma tra Regione, Provincia, Comune, Università, Azienda Ospedaliera e Azienda USL insieme alle Fondazioni Bancarie parmigiane e sottoscritto il 3 ottobre 2003. Nello specifico è stato attivato il secondo stralcio del Nuovo Servizio di Radiologia collocato nella Piastra Tecnica (elemento di raccordo tra i padiglioni Monoblocco, ala A, ala B, Ortopedia, Cardiochirurgia e Torre delle medicine) che ospita una RMN da 1,5 tesla di nuova acquisizione, che rappresenta un potenziamento dell'offerta di questa tecnologia storicamente caratterizzata, nella realtà di Parma, da elevati tempi di attesa. Alla nuova RMN è stato affiancato un radiologico digitale polifunzionale e una diagnostica ecografica entrambe sostituzioni di attrezzature obsolete ospitate in altre sedi addivenendo così alla localizzazione presso un unico luogo dell'offerta completa di prestazioni radiologiche a servizio delle unità operative ad elevata intensità di cura dell'ospedale.

La rifunzionalizzazione del Padiglione Monoblocco è progredita secondo la tempistica, con la completa attivazione del secondo piano per la ricollocazione dell'attività di Day Surgery (degenze e sale operatorie), chirurgia ambulatoriale, nuovo centro di terapia antalgica, centro di urologia endoscopica e litotrixxia extracorporea.

E' stato attivato il cantiere per la realizzazione delle ultime tre sale operatorie delle nove previste al 3° piano dell'edificio Monoblocco: le restanti sei (per le specialità di neurochirurgia, ORL e maxillo-facciale) sono già state attivate nel corso dell'anno e sono regolarmente in funzione già da alcuni mesi.

Nell'ultimo periodo dell'anno 2006 è entrato in funzione, al piano rialzato del Monoblocco, il Centro Senologico che rappresenta un potenziamento e miglioramento dell'offerta assistenziale polispecialistica per il trattamento della patologia della mammella e vede ricondotte in una unica sede tutte le attrezzature necessarie per realizzare il percorso diagnostico e terapeutico delle neoplasie mammarie (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo successivo).

Nell'edificio denominato ala A, al 4° piano, è stato attivato il **Nuovo Centro Grandi Ustionati** insieme alle degenze ordinarie di Dermatologia e Chirurgia plastica. Si sono inoltre conclusi i lavori per la **Centrale di ste-**

rilizzazione che è entrata in funzione a settembre del 2006 realizzando il superamento della frammentazione delle procedure di sterilizzazione all'interno dei diversi comparti operatori.

Sempre nell'autunno del 2006 si è reso disponibile il **nuovo ingresso dell'ospedale (denominato Ingresso di via Voltorno)** con la relativa galleria dedicata all'accoglienza dotata di una area di ristoro e dell'area di parcheggio esterna a disposizione del pubblico.

È stato avviato il cantiere per la **rifunzionalizzazione del Padiglione Braga a sede del Polo per l'assistenza psichiatrica** secondo il progetto realizzato e condiviso con l'Azienda USL. Nell'edificio ristrutturato si realizzerà l'integrazione tra il Presidio Diagnosi e cura, attualmente ospitato nello storico Padiglione Rasori, e la Clinica Psichiatrica dislocata al di fuori dell'area ospedaliera nell'edificio Ugolino. I lavori stanno procedendo regolarmente secondo il tempogramma previsto.

È stato assegnato e attivato il cantiere per l'**ampliamento dell'attuale Pronto Soccorso** secondo il progetto finanziato in sede nazionale e regionale.

Questa Direzione ha inoltre predisposto il progetto unitario per tutta l'area ospedaliera, propedeutico alla **realizzazione dell'Ospedale dei Bambini** da presentare ai fini autorizzativi in sede di Consiglio comunale.

Nel corso dell'anno 2006 è stato terminato il progetto preliminare del primo stralcio dell'Ospedale dei Bambini il cui cantiere è attualmente in fase di attivazione.

Nuovo Centro Senologico

Nel corso del 2005 è stato definito il progetto strutturale del Centro Senologico e le tecnologie necessarie; i lavori di realizzazione sono iniziati nel 2006.

È stato definito, con il coinvolgimento di tutte le figure professionali, un modello condiviso di organizzazione dell'attività del Centro, in particolare per definire:

- a) finalità,
- b) modalità di accesso,
- c) percorsi diagnostici,
- d) figure professionali operanti nel centro e loro funzioni,
- e) attività.

Risultati realizzati nel 2006 sono:

- 1) completati lavori strutturali del Centro Senologico a dicembre 2006,
- 2) terminata a dicembre 2006 l'installazione della maggior parte delle apparecchiature in dotazione al Centro Senologico,
- 3) completata la stesura documento organizzativo del Centro Senologico,
- 4) individuati i professionisti che avrebbero prestato la loro attività nel Centro.

Per quanto riguarda il coordinamento del percorso diagnostico-terapeutico della patologia mammaria (PDT-mammella) le attività svolte dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel corso del 2006 sono state di tre tipi:

- 1) lavoro con il gruppo aziendale degli specialisti del per-

corso diagnostico-terapeutico della patologia mammaria (radiologi, oncologi, citologi, anatomopatologi, chirurghi, chirurghi plastici, medici nucleari, radioterapisti, fisiatri e psicologi) con l'obiettivo di integrare le diverse competenze e professionalità in modo da raggiungere un alto profilo di efficienza e qualità del percorso;

- 2) realizzazione del progetto di una nuova struttura (il Centro Senologico) con l'obiettivo di riunire in un'unica sede le attività e gli specialisti in modo da offrire alle donne di Parma e Provincia un polo di alto livello tecnologico strumentale e professionale per la diagnosi e terapia della patologia mammaria;
- 3) integrazione con le attività di screening dell'Azienda Territoriale sia in fase diagnostica sia in fase terapeutica.

È stata riconosciuta la necessità di arrivare a una integrazione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda Territoriale al fine di garantire un percorso terapeutico omogeneo a tutte le pazienti, indipendentemente dal luogo in cui la diagnosi viene fatta.

Nel corso del 2006 l'attività svolta per conto dell'Azienda Territoriale ha riguardato:

Percorso Diagnostico:

- esecuzione di microbiopsie con sistema mammotome:
 - per conto dello screening n. 125
 - per conto del territorio n. 17
- esecuzione di controlli mammografici annuali consigliati dallo screening

Percorso Terapeutico:

- interventi chirurgici in una piccola percentuale delle donne diagnosticate allo screening;
- radioterapia sulla maggior parte delle donne diagnosticate allo screening in cui c'era indicazione a radioterapia;
- consulenza oncologica e trattamenti medici adiuvanti in una piccola percentuale delle donne diagnosticate allo screening.

Avvio di una collaborazione chirurgica con l'Ospedale di Borgotaro sulla patologia mammaria.

Integrazione delle attività di laboratorio delle due Aziende sanitarie di Parma

Nel corso del 2006 è stato realizzato il consolidamento e l'ampliamento del processo di integrazione delle attività di laboratorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL. Si tratta nello specifico della creazione di un sistema di laboratori pubblici, integrato su scala provinciale, capace di assicurare al territorio un servizio più flessibile e di alta qualità. Si consideri, peraltro, come questo intervento assuma rilievo nell'ambito del più ampio disegno di integrazione delle attività delle Aziende sanitarie della provincia di Parma, nel rispetto della centralità del cittadino.

L'aver accorpato in un'unica sede cittadina i laboratori di analisi permette di conseguire vantaggi sul piano organizzativo ed economico migliorando la qualità delle prestazioni. L'integrazione, infatti, non comporta alcun cambiamento né disagio per i cittadini, poiché i punti di prelievo rimangono inalterati, mentre si modifica, al servizio dell'utenza, la rete e l'organizzazione delle Aziende sanitarie provinciali.

L'integrazione ha consentito, in particolare, una razionalizzazione dei processi di gestione delle risorse umane. Infatti, tale mutamento organizzativo ha complessivamente determinato, a livello provinciale, una riduzione del personale utilizzato.

Si tratta, come detto, di un obiettivo concordato fra le due Aziende nell'ambito del contratto di fornitura 2005 e strutturato in due fasi di attuazione.

La prima parte del progetto di integrazione delle attività laboratoristiche ha avuto inizio nel 2005 e ha riguardato la riorganizzazione sul territorio della città di Parma. Sono stati chiusi i laboratori dell'Azienda USL presenti nel polo sanitario di via Pintor e l'attività è stata trasferita all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e, in parte, all'Ospedale di Vaio dell'AUSL. Questa fase del processo di integrazione ha richiesto un rilevante impegno organizzativo per definire e testare, da una parte, il sistema di trasporto dei campioni dai centri di prelievo alle strutture di laboratorio presso l'AOU (contenitori appositi, tempi compatibili con una corretta esecuzione delle analisi, mezzi di trasporto dedicati), così come la consegna delle risposte alle rispettive sedi di provenienza dei campioni analizzati; dall'altra parte è stato necessario allineare le procedure informatiche delle due Aziende, con relativo addestramento del personale.

Per far fronte a tali criticità è stato creato un centro di smistamento all'interno dell'Azienda, che si fa carico, altresì, del trasporto e dello smistamento dei campioni da analizzare, dai centri prelievo ai laboratori, con successiva consegna delle risposte ai vari centri prelievo di provenienza una volta completato l'iter diagnostico richiesto. La seconda parte del progetto ha riguardato il completamento e il consolidamento organizzativo del trasferimento degli esami dei centri prelievo esterni all'area urbana del Distretto di Parma e di quelli del Distretto Sud-Est, afferenti in precedenza ai laboratori dell'Ospedale di Vaio dell'Azienda USL.

Considerata la complessità e l'onerosità del progetto è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico interaziendale (AOU e AUSL), che ha implicato il coinvolgimento nelle varie fasi di realizzazione del personale dei laboratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e di quello dei distretti dell'Azienda USL, oltre che degli operatori del Servizio Informativo Aziendale.

È in corso di realizzazione l'informatizzazione della procedura di accettazione da parte dei laboratori dell'AOU, cui è collegata la definizione di un percorso informatizzato accettazione-referto da e verso i punti prelievo collegati.

Introduzione del sistema RIS-PACS

Il RIS-PACS è un sistema per la gestione digitale della diagnostica per immagini, una tecnologia che qualifica il servizio radiologico offerto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: le immagini degli esami radiologici cambiano supporto e viaggiano in rete. Si tratta in altri termini dell'implementazione di un sistema per l'archiviazione di immagini e dati sanitari in ambito radiologico, con conseguente miglioramento in termini organizzativo-assistenziali e riduzione del rischio radiologico per i pazienti assistiti.

Il nuovo metodo ottimizza i processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi operando attraverso l'integrazione di due sistemi gestionali: quello che contiene i dati anagrafici e anamnestici dei pazienti, prenotazioni, accettazioni e statistiche (RIS, Radiological Information System); e il programma per la gestione, elaborazione, analisi e refertazione delle immagini diagnostiche (PACS, Picture Archiving and Communication System).

La digitalizzazione delle immagini radiologiche come RX, Tac, risonanza magnetica, mammografia ed ecotomografia introduce innumerevoli vantaggi, in quanto consente la lettura attraverso la rete informatica, aziendale e territoriale, e la consegna ai cittadini attraverso CD Rom al posto delle lastre. Il medico ospedaliero può consultare facilmente gli esami radiologici dei propri pazienti e richiedere una seconda opinione o una consulenza a distanza in tempo reale ad uno specialista collegato in rete.

Oltre a consentire la trasmissione di dati, referti e documentazione iconografica tra i reparti e le altre strutture sanitarie, lo sviluppo della teleradiologia permette di avere la disponibilità immediata dei "precedenti" del paziente, il miglioramento del flusso di lavoro, un aumento della qualità nell'erogazione delle prestazioni radiologiche e, in certi casi, anche la riduzione del rischio da esposizione a radiazioni per esami ripetuti e non appropriati. Tra gli indicatori per la valutazione dei risultati è, infatti, prevista l'analisi matematica dei dati relativi al rischio, inoltre viene effettuata la valutazione a campione, tramite ricerca ad hoc, delle indagini non ripetute per merito del progetto e infine l'analisi comparata con le tecnologie tradizionali. Tra gli obiettivi vi è anche quello della consistente riduzione, a regime, dell'utilizzo di pellicole radiografiche e dei relativi costi.

Il sistema RIS-PACS vede realizzate ventinque postazioni di refertazione distribuite nei servizi radiologici dell'Ospedale di Parma (Radiologia in Piastra Tecnica, Neuroradiologia, Risonanza Magnetica, Ortopedia, Pronto Soccorso, Scienze Radiologiche, Medicina Nucleare, Centro Senologico, Pediatria). Il progetto è stato elaborato dal Servizio di Ingegneria Clinica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si tratta di un progetto avanzato in quanto prevede un'architettura di sistema in grado di garantire una assoluta continuità ed

efficienza del servizio in caso di qualsiasi tipologia di danno: al server, alla rete o alla alimentazione elettrica (questo è possibile grazie a una doppia "cabina di regia": in sostanza vi sono due stanze, una presso i locali del Servizio Informativo Aziendale e una in Piastra tecnica, che contengono i diversi server; la filosofia di archiviazione "tutto in linea" adottata prevede che ognuno di questi server sia dotato di un sistema di riproduzione su dvd, con una doppia archiviazione legale a lungo termine - effettuata ogni otto ore - e di una "tape library", che esegue il back up ogni giorno). Altro elemento qualificante del progetto è l'adozione di un sistema che permette, sulla base del carico di lavoro presunto, di avere ben cinque anni di dati e immagini on-line, con una forte riduzione dei tempi di lavoro: il caricamento di un esame avviene in circa 30 secondi.

L'accesso alle postazioni di refertazione è possibile solo ai radiologi abilitati, tramite apposita password; qualsiasi modifica o elaborazione delle immagini è tenuta in memoria. Particolare attenzione è stata prestata alla qualità delle immagini visualizzate dai monitor, la cui qualità e calibrazione è costantemente controllata per garantire gli standard di visualizzazione richiesti e permettere una refertazione certificata. Inoltre, tutte le postazioni sono dotate, oltre che di arredi ergonomici, di un profilo di refertazione vocale che consente ai radiologi abilitati di stilare verbalmente le relazioni cliniche riducendo i tempi di lavoro.

Tecnologie all'avanguardia, arte pittorica e ambient experience per un modo nuovo di vivere l'ospedale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha acquisito una nuova Risonanza Magnetica 1,5 tesla che rappresenta l'ultimo stadio nell'evoluzione tecnologica nel settore della diagnostica per immagini, consentendo indagini cliniche di altissimo livello e dettaglio informativo per qualsiasi parte del corpo, offrendo una dotazione completa di sequenze e pacchetti applicativi avanzati per imaging cardiaco, vascolare, neurologico, spettroscopia, diffusione e perfusione. La nuova area diagnostica rientra nell'Unità Operativa di Radiologia dell'Azienda; la superficie di intervento è circa 2.030 mq e propone una architettura degli spazi e un impatto visivo tra i più avanzati in Europa.

L'innovazione di questa introduzione non riguarda solamente l'aspetto tecnologico, ma anche un approccio alla diagnostica a misura di bambino. Una particolare attenzione è riposta, infatti, nella umanizzazione del locale diagnostico, dotato di un esclusivo impianto a fibre che lavora tra luci soffuse, colori, suoni e immagini che i pazienti, piccoli e grandi, possono scegliere secondo

i loro gusti. La sala d'attesa è diventata una vera e propria sala per i giochi, affollata dai personaggi del mondo Disney. L'obiettivo è favorire il rilassamento e la riduzione dell'ansia per le persone in attesa, in particolare se si tratta di bambini.

Ambient Experience è un progetto nato con l'obiettivo di trasformare gli ambienti ospedalieri in spazi più accoglienti che i pazienti possono personalizzare con suoni, immagini rasserenanti e luci soffuse, prima di sottoporsi a indagini diagnostiche. Questa soluzione è stata studiata per massimizzare il comfort del paziente e raggiungere, al tempo stesso, una maggiore precisione delle diagnosi.

Anche l'umanizzazione pittorica della **sala d'attesa** per i

bambini fatta da Disney nell'ambito del progetto "Ospedale a colori" è stata realizzata con l'obiettivo di aiutare i piccoli pazienti e i loro familiari a rilassarsi e a far trascorrere nel modo più rassicurante possibile l'attesa per la risonanza magnetica.

Dietro alla scelta dei soggetti Disney c'è un'attenta ricerca: infatti non solo sono adatti a bambine e bambini di varie età, ma sono in grado di ricreare un vero e proprio mondo in grado di aiutarli a superare la paura e il disagio che l'ospedale può suscitare. Inoltre, a ogni bambino che si sottopone alla Risonanza Magnetica è consegnato un "Diploma di Coraggio" tematizzato Disney Ospedale a Colori come "certificazione" del superamento di questa "prova".



Opere d'arte in Ospedale, donazione Vittorio Ferrarini



Nel corso del 2006 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha contribuito positivamente all'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale, pur in un contesto di generale sofferenza finanziaria del S.S.N.. Come evidenzia in modo efficace il Bilancio di Missione, i principali obiettivi aziendali dell'esercizio 2006 possono considerarsi raggiunti, con particolare riferimento alla finalità di assicurare continuità alle linee di sviluppo e di qualificazione dell'assistenza che caratterizzano il Servizio Sanitario Regionale.

Si consideri, inoltre, che nel corso degli esercizi 2005 e 2006 sono intervenute effettive necessità che sono andate oltre il teorico limite di mantenimento dei volumi quali-quantitativi di attività degli esercizi precedenti, quali ad esempio l'attivazione dei plessi del nuovo ospedale, le risorse necessarie per avviare nuovi servizi sanitari e non, i maggiori volumi di attività prodotti su richiesta dell'Azienda USL di Parma per ridurre i tempi di attesa (prestazioni diagnostiche, specialistica ambulatoriale, somministrazione farmaci, eccetera).

Il bilancio di missione dell'esercizio 2006 è, dunque, positivo: molte sono state le conferme, diverse le innovazioni, permangono margini di crescita e miglioramento in alcune aree.

D'altra parte, come già accennato in premessa, più che un volume il Bilancio di Missione si configura come l'inizio di un percorso. È vero che il bilancio riporta un'immagine statica, è in sé sostanzialmente una fotografia dell'Azienda in un dato momento; difficilmente dà conto della continuità e dell'evoluzione, ma lo si potrebbe considerare come un fermo-immagine nel fluire degli obiettivi e degli impegni che portiamo avanti e rinnoviamo nei confronti dei nostri utenti, delle Istituzioni e di come li integriamo nelle strategie aziendali.

In questa prospettiva il Bilancio di Missione non è un punto di arrivo, ma un punto di partenza da cui muovono le strategie future.

Il nuovo Atto aziendale formalizzato alla fine del 2006 ha strutturato il ruolo del Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda. L'insediamento del Collegio è avvenuto nel 2007 ed è iniziata la piena operatività con assunzione di funzioni e compiti previsti dall'Atto. Il Collegio ha un importante ruolo propositivo rispetto alle scelte strategiche dell'Azienda, che esplicherà i suoi effetti a partire dall'esercizio 2007. Preme sottolineare che il Collegio è impegnato su diversi temi, fra i quali in particolare, nel corso del 2006, assumono rilievo le azioni intraprese in materia di gestione del rischio clinico. Il progetto attivato mira alla previsione, prevenzione e riduzione dei rischi reali e potenziali per i pazienti attraverso processi coordinati di identificazione, registrazione, segnalazione e analisi degli incidenti e comprende anche un momento finale di coordinamento delle varie informazioni sulla messa in sicurezza in modo da poter favorire una migliore strategia per la soluzione del problema. Tale processo implica un vero e proprio cambiamento culturale degli atteggiamenti nei confronti del rischio, in altri termini implica la promozione di una cultura della sicurezza e soprattutto dell'*imparare dagli errori*, condizione imprescindibile per un sistema sanitario più sicuro. Il ruolo del Collegio è fondamentale non solo nella definizione di obiettivi e strategie, ma anche per dare impulso al cambiamento culturale.

Deve essere, altresì, completato il percorso intrapreso con l'Atto aziendale per dare trasparenza all'organizzazione, attraverso la definizione del regolamento organizzativo e dello schema-tipo per il regolamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Continua il confronto con l'Università, nell'ambito delle regole definite dall'Accordo attuativo raggiunto alla fine del 2006, per l'integrazione delle funzioni assistenziali con quelle di ricerca e didattica, cui i nostri professionisti danno un importante contributo.

Per quanto concerne la ricerca, l'istituzione di una struttura organizzativa dedicata e l'istituzione del Comitato Etico Unico Provinciale (promosso da Azienda Ospedaliero-Universitaria, Università degli studi e Azienda USL) muovono nella prospettiva di una maggiore integrazione e capacità propulsiva della progettazione e realizzazione di studi e ricerche, anche attraverso il censimento/monitoraggio delle attività svolte in ambito aziendale.

Per quanto concerne il cuore della nostra attività, la cura e l'assistenza ai pazienti, prosegue il nostro impegno per il consolidamento della rete hub & spoke e delle funzioni hub che caratterizzano l'Azienda, nonché la nostra collaborazione con l'Azienda USL al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni, così come previsto dalla normativa vigente, in particolare dalle indicazioni emanate dalla Regione alla fine del 2006 con D.G.R. 6 novembre 2006 n. 1532 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa".

Forte è l'impegno dell'Azienda in ambito provinciale, nei rapporti con l'Azienda USL e con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sia per il proseguimento degli obiettivi pluriennali posti con in PAL (Piano Attuativo Locale 2005-2007), sia per il consolidamento ed il miglioramento dei livelli assistenziali e del benessere collettivo nel breve-medio periodo.

Infine, non è ancora chiuso il processo di rinnovamento strutturale. Infatti, vi sono due importanti cantieri attivati: quello per l'Ospedale dei Bambini e quello che porterà al rinnovamento del Pronto Soccorso, funzione fondamentale nel sistema emergenza-urgenza provinciale che richiede, tuttavia, il proseguimento dello sforzo profuso per la rimodulazione delle attività, il monitoraggio degli accessi e l'integrazione con l'Azienda USL per ottimizzare l'utilizzo di questa funzione.

Per concludere, un particolare ringraziamento va a coloro che quotidianamente svolgono il loro lavoro per realizzare concretamente gli obiettivi che abbiamo tracciato in questo volume, e per dare risposte appropriate, efficienti, efficaci e affidabili a coloro che si rivolgono al nostro Ospedale.

Parere del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sul Bilancio di Missione 2006 espresso nella seduta del 18 gennaio 2008

Ai sensi dell'art. 5, punto 1.c) della "Disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie" approvata con Deliberazione di Giunta n. 318/2005, questo Comitato di Indirizzo è chiamato ad esprimere parere obbligatorio sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione, introdotto dalla L.R. 29/2004. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha provveduto alla predisposizione del suo primo Bilancio di Missione sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione con le linee guida dell'11 giugno 2007 per Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e IRCCS.

Questo Comitato è consapevole dell'elevato grado di innovatività dello strumento e del carattere sperimentale che il Bilancio di Missione 2006 viene conseguentemente ad assumere per tali Aziende, inserendosi nel più ampio contesto di modificazioni normativo-istituzionali ed organizzative dei nuovi organi, tra cui lo stesso Comitato di Indirizzo.

Tutto ciò premesso, si dà atto che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali. Nel suo insieme richiama i principali riferimenti normativi e fornisce informazione su tutti gli aspetti della attività della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Entrando nei singoli aspetti del documento, il Comitato di Indirizzo sottolinea innanzitutto che la realizzazione del Nuovo Ospedale rappresenta un aspetto altamente qualificante per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il Comitato sottolinea poi i punti che ritiene debbano essere valorizzati anche ai fini della costruzione del Bilancio di Missione 2007, tra cui:

- **Realizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata:** il Comitato ritiene che la realizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata rappresenti un fattore altamente positivo per quanto riguarda l'integrazione Ospedale-Università.
- **Riqualificazione del personale in base alla diversa organizzazione:** nell'ambito della riorganizzazione del lavoro, va sottolineata l'importanza della ridefinizione dei ruoli professionali (medici e non medici).
- **Rinnovo tecnologico:** in questo contesto ritiene di estrema importanza la valorizzazione del patrimonio tecnologico e la introduzione di nuove tecnologie d'avanguardia, come ad esempio il RIS-PACS, e le indagini non invasive a livello coronarico.
- **Percorsi integrati Ospedale-territorio e assistenza alla popolazione anziana e non autosufficiente:** sono indicativi di una migliore disponibilità dei servizi per i cittadini.
- **Sostenibilità economica:** il Comitato prende atto che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha contribuito all'equilibrio economico provinciale, pur nel contesto di una generale sofferenza finanziaria. Auspica, però, che questo sia stato un fenomeno transitorio per poter valutare in futuro con maggior precisione i dati della sostenibilità economica.
- **Ricerca e innovazione:** pur nella consapevolezza che i nuovi programmi di ricerca nazionali (ad esempio quelli finanziati dall'AIFA) e regionali hanno interessato solo marginalmente l'anno 2006, il Comitato di Indirizzo auspica che nel documento del Bilancio di Missione 2007, questo capitolo venga ampliato nel suo contenuto ed arricchito della descrizione degli strumenti di monitoraggio e di verifica.

L'adozione di atti di funzionamento e regolamentazione e di programmazione, avviati già da quest'anno alla luce della nuova normativa, costituisce la premessa per un pieno sviluppo di tali finalità da parte del Bilancio di Missione che potrà offrire anche a questo Comitato, informazioni utili per valutare la coerenza tra linee strategiche e linee adottate e tra obiettivi e risultati.

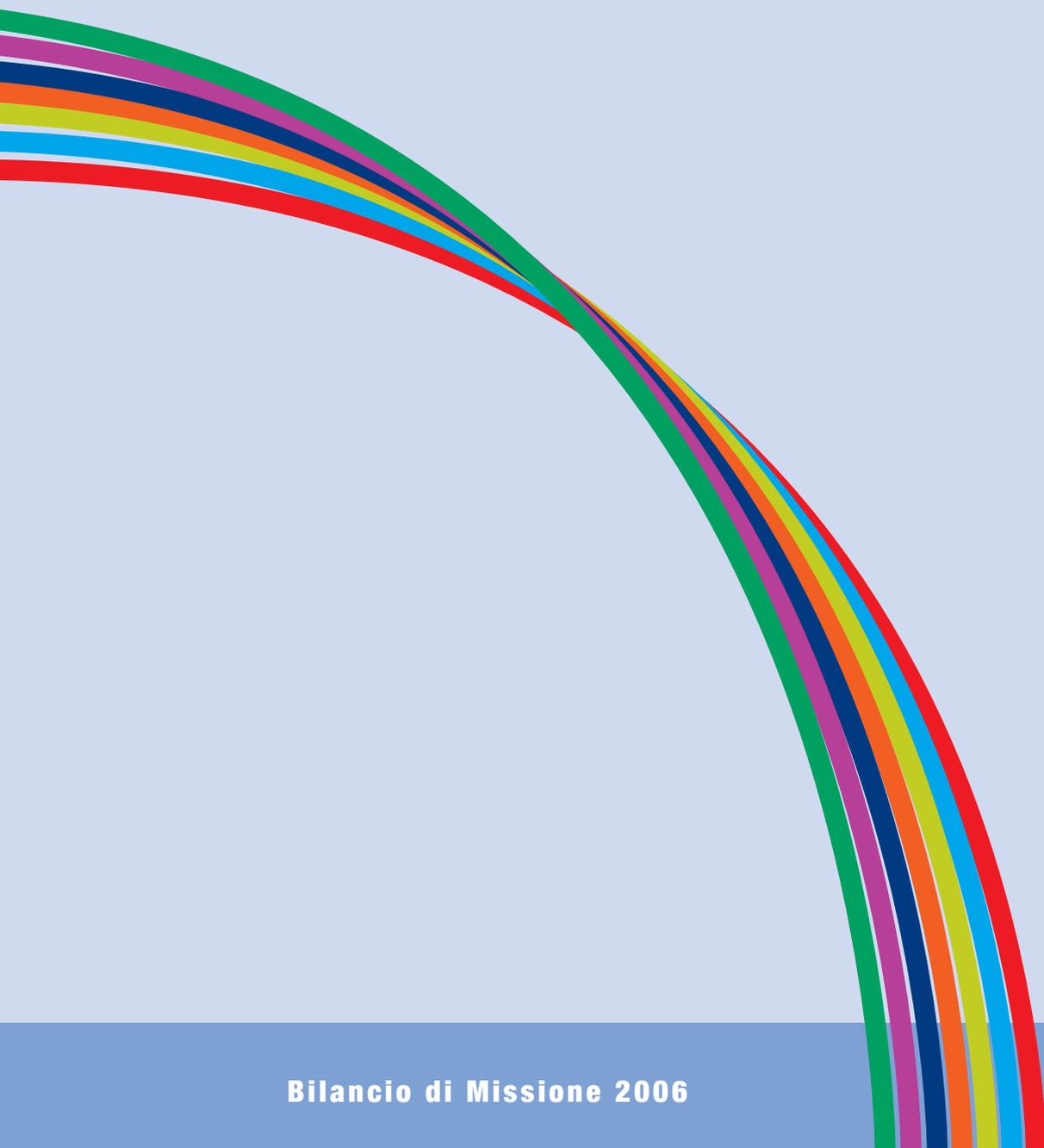
Il Comitato di Indirizzo esprime il proprio apprezzamento alla Direzione Generale e ai collaboratori per il lavoro svolto.

Carlo Coscelli
Presidente del Comitato di Indirizzo

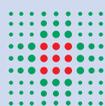
La Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ringrazia
tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione del Bilancio di Missione.

Studio progettuale e grafico
fotocomposizione e stampa

Coop. Soc. CABIRIA



Bilancio di Missione 2006



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

www.ao.pr.it