



Bilancio di Missione 2007



La Direzione Generale ringrazia per la collaborazione e l'impegno tutti i responsabili e gli operatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che hanno prestato il loro contributo per la redazione del documento.

Presentazione





Quadro normativo e istituzionale	1:
Quadro normativo nazionale	1
Quadro normativo regionale	15
Quadro istituzionale locale	20
Il sistema delle relazioni con l'Università	23
La rete integrata dell'offerta regionale	2!
Accordo di fornitura	29
Osservazioni epidemiologiche	30
Attività Hub	30



Profilo aziendale

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale • Sostenibilità economica • Sostenibilità finanziaria • Sostenibilità patrimoniale	39 39 50 52
Impatto sul contesto territoriale Impatto economico Impatto sociale Impatto culturale Impatto ambientale	57 57 58 60 61
Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza • Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro • Assistenza distrettuale • Assistenza specialistica ambulatoriale • Assistenza ospedaliera • Qualità dell'assistenza	63 66 66 66 75 93
Ricerca e didattica Ricerca Didattica	94 94 96
Assetto organizzativo	100



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Centralita del cittadino	11
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti	11
Collaborazione con il Volontariato	11
La cucina dell'Ospedale	11
La riorganizzazione dell'attività di libera professione	11
Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	11-
Universalità ed equità di accesso	11
 Assistenza specialistica ambulatoriale: governo dei tempi di attesa 	
e programmazione del settore	11
Il Percorso per le Dimissioni Difficili/Protette	11
• L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza	11
 Consolidamento della rete dei servizi dedicati alle demenze senili 	12
Gravi cerebrolesioni acquisite e progetto GRACER	12
Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco	12
Assistenza odontoiatrica	12
Screening oncologici	12



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

 Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani Assistenza ai cittadini migranti 	123 123
Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale Governo clinico Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale - Distretto Gestione del rischio Accreditamento "Ospedale senza dolore"	125 125 129 132 137
Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa Reti hub and spoke L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione Il sistema dell'emergenza-urgenza La rete cardiologica Diagnostica ed interventistica in cardiologia PACS/RIS e GLOBAL PACS Completamento del Servizio Radiologico Diagnostica di laboratorio Centro senologico Comitato Etico Unico Pianificazione dell'attività negoziale Sistema informativo	138 138 145 145 146 147 147 148 148 148 148
Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca • Il Comitato di Indirizzo • L'adozione dell'Atto aziendale • Il Collegio di Direzione • Accordo Attuativo Locale • Modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie • Rilevazione del contributo dell'Università • Finanziamento sistema integrato S.S.RUniversità	151 151 151 152 153 153 153



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

La "carta di identità" del personale	159
Partecipazione dei professionisti all'individuazione	
delle strategie aziendali e alla gestione operativa Organizzazione e funzionamento aziendale: Atto aziendale e	164
Collegio di Direzione	164
Comitati Pari Opportunità	166
Gestione del rischio e sicurezza	166
Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi	166
Sorveglianza sanitaria	166
 Gestione degli infortuni Formazione all'uso di tecniche antistress per i professionisti sanitari: 	167
interventi di prevenzione e riduzione del burn-out	169
Accompagnamento empatico della fine della vita: un percorso formativo	
e i suoi risultati nell'organizzazione del lavoro ospedaliero	170
Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale	171
Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo	
delle strategie aziendali	172
Modelli organizzativo-assistenziali multiprofessionali	172
Sviluppo di ruoli e responsabilità nella gestione dei processi	.=-
organizzativo-assistenziali	173 174
Sviluppo dell'apporto specialistico dei professionisti	
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	175 175
 Sistema di valutazione delle performance professionali Sistema d'incentivazione del personale dirigente 	175
Sistema d'incentivazione del personale del comparto	177
Formazione	178
Obiettivi della formazione aziendale nell'anno 2007	178



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

Educazione Continua in Medicina	178
Dati di attività	178
Principali risultati raggiunti rispetto agli obiettivi della formazione	179
Formazione in collaborazione con l'Università	180
Formazione nell'area dell'emergenza-urgenza	18
Formazione dell'Operatore socio-sanitario (OSS)	18
Sistema informativo del personale	182
Struttura delle relazioni con il personale dipendente e	
con le sue rappresentanze	183
Libera professione	183
Gestione del contenzioso	184
Compatibilità tra lavoro e tempo di vita	184
Il nido aziendale	184
 Promozione della salute e del benessere psicofisico 	184
Facilitazioni	185



Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione per l'accesso ai servizi	189
La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	190
La comunicazione interna aziendale	193



Ricerca e innovazione

Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	197
Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali	198
Collaborazioni con altre Aziende	198
Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	203
Attività di formazione del personale	203
 Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica 	204
Database sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca	204
 Supporto allo sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete 	
con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)	204
 Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni 	
e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali	205
Garanzie di trasparenza	205
Censimento delle attività di ricerca	205
 Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati 	207
Valorizzazione ruolo del Comitato Etico	207
Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla	
Sperimentazione Clinica dei Medicinali	207



Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma	213
L'Ospedale dei Bambini	214
II Pronto Soccorso	216

Conclusioni del Direttore Generale

Parere del Comitato di Indirizzo

221



Il Bilancio di Missione 2007 è costellato ancora da novità. Attivazioni, "primi passi" che cambieranno ulteriormente il volto dell'Ospedale. Dall'inizio dell'anno l'Ospedale Maggiore ha un nuovo ingresso, la nuova porta dell'Azienda è l'espressione diretta del cambiamento avvenuto con la nascita delle nuove strutture polispecialistiche, che hanno spostato il baricentro dell'Ospedale da via Gramsci all'area di via Volturno.

La copertina del volume cerca di dare corpo ad una delle più importanti realizzazioni che nel 2007 non hanno, gioco-forza, trovato compimento ma hanno certamente mosso importanti passi: l'Ospedale dei Bambini. L'Ospedale dei Bambini di Parma è per il momento ancora solo un disegno, ma comunque una concreta realtà che avanza con enorme complessità. Costruire su un'area "abitata", vissuta quotidianamente da cittadini, pazienti e operatori, che è luogo di cura e di lavoro, garantendo la continuità dei servizi prestati, implica un imponente sforzo organizzativo e, più di tutto, grande impegno e sacrificio da parte di tutto il personale dell'Azienda. Il 2007 è anno di novità per almeno 39 operatori (saranno 225 nel 2010), i primi che hanno stipulato un contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato a seguito del processo di stabilizzazione del personale precario e di valorizzazione delle esperienze lavorative. Esso prevede l'implementazione di un programma triennale diretto a ricondurre, compatibilmente con il vincolo economico derivante dall'obiettivo finanziario fissato dagli indirizzi regionali per ciascun anno di riferimento, nell'ambito del contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato le posizioni lavorative rientranti nell'ambito delle finalità istituzionali delle aziende e connotate di stabilità.

Nel 2007 è stato predisposto, altresì, il contratto di formazione specialistica dei medici che esplicita diritti e doveri del medico in formazione, ridefinendone lo status nell'ambito della sinergia tra Università e Azienda, sottoscrittori del contratto insieme al medico. In tale prospettiva di integrazione si è cercato in questo volume di dare conto del contributo che l'Università porta alle attività dell'Azienda e del contributo dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale alle attività di didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia; ulteriori passi verso l'integrazione fra funzioni fondamentali e indissolubilmente legate fra loro e con la terza funzione che connota il Sistema Sanitario Regionale, che è la ricerca.

Il 2007 è anche l'anno delle elezioni degli organi dei Dipartimenti ad Attività Integrata. Istituiti a fine 2006 dall'Atto aziendale, sono il luogo per eccellenza dove quotidianamente si creano i presupposti per l'integrazione fra didattica, assistenza e ricerca. Con l'elezione del Consiglio e della Giunta i Dipartimenti hanno potuto fare il primo passo di un lungo cammino.

Il 2007 è anno di continuità per quanto concerne l'innovazione tecnologica del nostro Ospedale. Si sta sviluppando infatti un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un Global PACS (G-PACS) capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia. Le singole innovazioni acquisiscono nuovo significato in questa logica di integrazione che peraltro è uno dei presupposti dell'Osservatorio Regionale dell'Innovazione, che si propone di consentire una precoce individuazione delle tecnologie emergenti e di valutarne le possibili implicazioni sia riguardo ad efficacia, accessibilità, ed appropriatezza clinica, sia riguardo al loro atteso impatto organizzativo ed economico, inclusa l'analisi delle economie di scala e di scopo, della distribuzione sul territorio e della loro collocazione ottimale, tenendo conto delle condizioni di accessibilità geografica e delle eventuali sinergie con servizi ed attività preesistenti.

Tuttavia, l'integrazione tra tecnologie non porterebbe agli esiti auspicati, progettati e programmati senza integrazione organizzativa, come nel caso della teletrasmissione dell'elettrocardiogramma dalle ambulanze che permette la diagnosi di infarto miocardico a domicilio per i pazienti che chiamano il 118 e che permette di ridurre i tempi di convocazione dell'équipe in pronta disponibilità e consente di attivare il percorso dedicato che prevede l'accesso diretto in sala di Emodinamica. Tale sistema è il frutto della integrazione con l'Azienda Usl in attuazione agli obiettivi posti dal Piano Attuativo Locale 2005-2007.

Per concludere, vale la pena ricordare che il 2007 è il secondo anno che ci confrontiamo con il resoconto complessivo della nostra attività attraverso lo strumento Bilancio di Missione, ma questa è la prima volta che affrontiamo la rendicontazione, per così dire, in "tempo reale", scontrandoci con le difficoltà connesse con la tempistica dei dati e delle fonti informative. All'inizio del 2007 è terminata la sperimentazione dello strumento Bilancio di Missione (con la realizzazione del documento relativo al 2006) ed immediatamente ci siamo trovati nel vivo della definizione e predisposizione del nuovo documento che qui presentiamo ai nostri referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria, ma anche a chi in Azienda opera e a 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



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.

- Quadro normativo e istituzionale
- Il sistema delle relazioni con l'Università
- La rete integrata dell'offerta regionale
- Accordo di fornitura
- Osservazioni epidemiologiche



Quadro normativo e istituzionale

Gli orientamenti di politica sanitaria e le linee di sviluppo della programmazione strategica, attuati nel 2007 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. 17 agosto 1999 n. 368 "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE

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 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 sociosanitaria 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.M. del 22 ottobre 2004 n. 270 "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei", approvato con Decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999 n. 509

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")

D.M. dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 1 agosto 2005 "Riassetto Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria"

Il decreto individua le scuole di specializzazione di area sanitaria, il profilo specialistico, gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici suddivisi in aree e classi, stabilisce che i regolamenti didattici di Ateneo disciplinano gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria (...) e che le scuole di specializzazione afferiscono alle tre aree: area medica, chirurgica, e dei servizi clinici. L'area dei servizi clinici è suddivisa in due sotto-aree: sotto-area dei servizi clinici diagnostici e terapeutici e sotto-area dei servizi clinici organizzativi e della sanità pubblica. Nell'ambito delle singole aree le scuole sono aggregate in classi omogenee al fine di consentire un migliore utilizzo delle risorse strutturali, didattiche, assistenziali. Il decreto indica i crediti formativi - CFU - necessari per il conseguimento del titolo di specialista, il profilo specialistico per ciascuna tipologia di scuola, gli obiettivi formativi e i percorsi didattici funzionali al conseguimento

delle conoscenze culturali e abilità professionali. I percorsi didattici sono articolati in attività formative e le attività sono suddivise in ambiti di sapere individuati da settori scientifico disciplinari. Le scuole di specializzazione hanno sede presso l'Università; le scuole di specializzazione di area medica, chirurgica e dei servizi clinici afferiscono alle Facoltà di Medicina e chirurgia e possono essere attivate anche con il concorso di altre Facoltà (...). Allegata al decreto, si trova indicazione degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria, contenente lo schema esemplificativo della distribuzione dei CFU e l'indice delle scuole per area, classe e tipologia.

Legge 1 febbraio 2006 n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

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. M. dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 29 marzo 2006 "Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione"

Sono definiti gli standard generali che devono essere posseduti dalle strutture di tutte le specialità e gli standard specifici relativi alle singole specialità, conformemente a quanto disposto nell'art. 43 del decreto legislativo 368/1999, determinati da parte dell'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica. Inoltre, il decreto definisce i requisiti di idoneità generali della rete formativa e i requisiti specifici delle singole specialità, così come previsto dal citato articolo.

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

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 analizza gli scenari che caratterizzano 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 sovraregionali 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 mettere 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 sovraregionale (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 diffusive 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.

D. M. della Salute del 12 maggio 2006 "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali"

Il comitato etico per le sperimentazioni cliniche dei medicinali - di cui all'art. 2, comma 1, lettera m) e all'art. 6 del decreto legislativo 24 giugno 2003 n. 211 - è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. Il comitato può essere istituito nell'ambito di una o più strutture sanitarie pubbliche o ad esse equiparate, nel rispetto dei requisiti minimi di cui al citato decreto.

La composizione dei comitati etici deve garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

Il comitato etico deve adottare un regolamento che dettagli compiti, modalità di funzionamento, regole di comportamento conformemente alle normative vigenti e che preveda tutti gli aspetti del funzionamento proprio e dell'ufficio di segreteria tecnico-scientifica.

Il comitato etico svolge i compiti ed opera conformemente e secondo le modalità previste dal decreto legislativo n. 211 del



2003 e dalle norme di Buona Pratica Clinica di cui all'allegato 1 al D.M. 15 luglio 1997. Il comitato etico verifica inoltre che siano coperte da parte del promotore della sperimentazione tutte le spese aggiuntive per le sperimentazioni, le attrezzature ed altro materiale inventariabile necessari per la ricerca e non in possesso della struttura, tutto il materiale di consumo e i medicinali da impiegare nella sperimentazione, compreso il medicinale di confronto e l'eventuale placebo.

Protocollo di Intesa 28 settembre 2006 tra Governo, Regione e Province autonome di Trento e Bolzano "Patto per la salute" (Repertorio atti 2648 del 5 ottobre 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. Il nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatoria e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale.

Si intende poi rafforzare il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA e il livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, si intende svolgere non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni. Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti.

Legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"

Per la sanità, il testo di legge recepisce gli accordi tra Governo e Regioni contenuti nel Patto per la Salute sottoscritto il 28 settembre 2006. Di seguito sono indicati i principali punti che riguardano la sanità e il rapporto con il cittadino, anche con riferimento al **Patto per la Salute.**

Screening oncologici e lotta ai tumori (art. 1 comma 808 e 817)

La continuità degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione è assicurata con il rifinanziamento per 20 milioni di euro per l'anno 2007 e 18 milioni annui, per il biennio 2008-2009, degli interventi per gli screening oncologici che, sebbene inclusi nei LEA, non hanno raggiunto lo stesso grado di sviluppo in tutto il paese.

AIDS (art. 1 comma 809)

Viene potenziata l'attività della Consulta del Volontariato per la lotta contro l'AIDS, che esprimerà pareri sui programmi di informazione e prevenzione.

Educazione al corretto uso dei farmaci e farmacovigilanza (art. 1 comma 819)

Si dispone che si attuino interventi per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva e di educazione al corretto uso dei farmaci, sulla base di convenzioni fra l'AIFA e le Regioni.

Continuità assistenziale (art. 1 comma 565 punto 4d e Patto per la salute punto 4.10)

Per rendere effettivo il diritto alla salute saranno realizzati interventi per garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente; oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria, saranno promosse ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare.

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 1 comma 796a e Patto per la salute punto 1)

Il Nuovo Patto per la salute tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano è volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Fondo per la non autosufficienza (art. 1 commi 1264 e 1265)

L'istituzione del Fondo per le non autosufficienze presso il Ministero della solidarietà sociale (100 milioni di euro per l'anno 2007 e 200 milioni di euro annui per gli anni 2008 e 2009) costituisce un importante fattore sinergico per gli interventi socio-sanitari garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale con un effetto moltiplicativo sulle possibilità di realizzare interventi e servizi, in particolare per anziani e disabili.

Piano Sanitario Nazionale (art. 1 comma 799)

Viene previsto un allineamento della programmazione sanitaria nazionale, della programmazione triennale delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale e dei contenuti e tempi del Patto per la salute, disponendo la modifica del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 per armonizzarne i contenuti e la tempistica al finanziamento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2007-2009.

Linee guida e protocolli diagnostici (art. 1 comma 796m)

Sono sviluppate nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

Ricerca sanitaria (art.1 comma 813, 814, 815, 816, 817, 818, 1234)

La legge finanziaria dispone un forte potenziamento delle risorse destinate alla ricerca sanitaria con 339,4 milioni di euro e istituisce una quota riservata per progetti in materia di: sicurezza degli alimenti, miglioramento degli interventi di diagnosi e cura delle malattie rare anche in riferimento alla facilitazione della erogazione ai pazienti dei farmaci orfani, utilizzazione di cellule staminali e qualificazione e potenziamento delle attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

È inoltre prevista una quota, non inferiore al 5% delle risorse complessive, per i progetti di ricerca sanitaria presentati da ricercatori di età inferiore ai quaranta anni e un potenziamento delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità (8 milioni di euro annui). Gli enti di ricerca sanitaria possono avvalersi di ulteriori risorse derivanti dalla finalizzazione scelta dal contribuente di una quota del 5 per mille dell'IRPEF.

Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico (art. 1 comma 796n)

È previsto un forte ampliamento del programma straordinario



di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della legge 67/1988, con una quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro, da destinare alle seguenti linee prioritarie e finalità:

- innovazione tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia per la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari - superamento del divario nord-sud;
- realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative - implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere;
- ammodernamento strutture di assistenza odontoiatrica.

Qualità dei servizi (Patto per la salute punto 4.10)

Viene promossa la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale attraverso un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale. Il Programma nazionale prevedrà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/ utenti/pazienti.

Altri impegni programmatici condivisi tra Stato e Regioni (Patto per la salute punto 4.3)

- Intensificare ed integrare, iniziative idonee a responsabilizzare i medici di medicina generale sul versante dell'appropriatezza prescrittiva.
- Promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera attraverso la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali, con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza.
- Favorire una qualificazione delle attività di integrazione socio-sanitaria e la diffusione di processi permanenti di qualificazione delle strutture del S.S.N. impegnate nei vari settori assistenziali caratterizzati dalla prevalente esigenza di integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali.
- Incrementare forme di razionalizzazione dei sistemi di gestione delle attività tecnico-amministrative e di supporto, quali la logistica, gli acquisti di beni e servizi, la manutenzione eccetera, anche attraverso modalità di esercizio sovraziendale e di centralizzazione degli acquisti, con particolare riferimento ai dispositivi medici.
- Avviare iniziative per il confronto con le organizzazioni sindacali confederali sulle linee di sviluppo del Patto stesso, con particolare riferimento ai LEA e alle principali tematiche rilevanti per il Servizio Sanitario Nazionale.

D.P.C.M. del 5 marzo 2007 "Modifica del D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

La revisione delle prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza prevede: aumento del numero di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale; salute della donna e delle gestanti, della partoriente e del neonato, con particolare riferimento al parto indolore; terapie del dolore; malattie rare; sperimentazione del modello assistenziale integrato di cure primarie, che avvi-

cina la sanità al cittadino garantendo l'assistenza diffusa sul territorio con le case della salute; implementazione della rete di unità spinali unipolari anche al fine di assicurare l'integrale copertura sul territorio nazionale; promozione di interventi a favore della salute degli immigrati; promozione della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale; qualificazione e potenziamento delle attività di tutela della salute sui luoghi di lavoro.

D.P.C.M. 6 luglio 2007 "Definizione schema tipo del contratto di formazione specialistica dei medici"

Il decreto definisce lo schema tipo del contratto di formazione specialistica dei medici ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del D. Lgs. 368/1999, che, dando attuazione alla normativa comunitaria in materia di libera circolazione dei medici e reciproco riconoscimento dei loro titoli (dir. 93/16/CEE del Consiglio del 5 aprile 1993), ha sostituito le borse di studio con il contratto di formazione specialistica.

Intesa Stato-Regioni 1 agosto 2007 "Accordo ai sensi dell'articolo 6, comma 3, della legge 1 febbrario 2006, n. 43 e dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute concernente l'istituzione della funzione di coordinamento per i profili delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6 della legge 1 febbraio 2006, n. 43" (Repertorio atti n. 169 del 1 agosto 2007)

Con tale accordo è stata sottolineata l'opportunità di armonizzare la normativa contrattuale con le disposizioni contenute nell'art. 6 della legge 43/2006, stabilendo che, proprio in sede contrattuale, dovranno essere definite le modalità per il conferimento dell'incarico di coordinamento per i profili delle professioni sanitarie.

Legge 3 agosto 2007 n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria"

Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assumono le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività. Tra le misure può essere prevista, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nell'ambito delle risorse disponibili, l'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni, previo parere vincolante da parte del Collegio di Direzione di cui all'articolo 17 del D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. In ogni caso, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende



ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità:

- affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni, da eseguire in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro;
- garanzia della riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità delle aziende, policlinici e istituti:
- determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari;
- monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi; garanzia che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta;
- prevenzione delle situazioni che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e fissazione delle sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all'accertamento delle responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza;
- progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. A tal fine, il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, ai sensi dell'articolo 15-quaterdecies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico predispone un piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività liberoprofessionale intramuraria.

D.P.C.M. 2 novembre 2007 relativo al fabbisogno finanziario relativo ai contratti di formazione specialistica dei medici, da assegnare alle Università, per l'a.a. 2006-2007

Il decreto definisce per l'anno accademico 2006-2007 il fabbisogno finanziario relativo ai contratti di formazione specialistica dei medici, da assegnare alle università, come indicato nelle tabelle accluse al testo normativo che costituiscono parte integrante del decreto stesso.

D.Lgs. 6 novembre 2007 n. 200 "Attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali"

D.M. della Salute 21 dicembre 2007 "Modalità di inoltro della richiesta di autorizzazione all'autorità competente, per la comunicazione di emendamenti sostanziali e la dichiarazione di conclusione della sperimentazione clinica e per la richiesta di parere al Comitato Etico"

Quadro normativo regionale

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 intersettorialità 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 de-



finizione 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.

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

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 orga-

no 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. 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 emanazione 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 configurazio-

ne 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 cardiova-



scolari, prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, stradali e domestici"

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

Con la D.G.R. 1532/2006, 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 programmabili 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.

D.G.R. 9 ottobre 2006 n. 1360 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la gestione dei rifiuti prodotti nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna"

La delibera propone le Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti dalle Aziende sanitarie regionali come parte integrante del documento e indica l'attuazione, per mezzo delle aziende sanitarie regionali e degli II.OO.R., del miglioramento continuo del processo di gestione dei rifiuti con gli obiettivi di: governo del processo di gestione dei rifiuti (controllo della quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti per la relativa gestione); riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti prodotti e aumento della quota di rifiuti destinati al recupero di materia ed energia. La delibera, inoltre, impegna le Aziende sanitarie della Regione e gli II.OO.R. ad adeguare la gestione dei rifiuti sanitari sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee guida, allo scopo di consentire la raccolta differenziata dei rifiuti prodotti, nonché il loro deposito e recupero o smaltimento nel rispetto di criteri di sicurezza sanitaria e ambientale e di economicità gestionale, facendo uso di: procedure gestionali ed istruzioni operative in cui siano individuati compiti, relazioni e responsabilità nelle diverse fasi del processo, nonché strumenti di analisi, valutazione e controllo del processo stesso, di strumenti di pianificazione e programmazione delle attività di informazione, formazione ed addestramento del personale necessarie all'introduzione ed alla messa a regime delle procedure, strumenti di attuazione di quanto pianificato, verifica degli effetti di quanto attuato e riesame del sistema e definizione delle azioni di miglioramento. La delibera dà mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali di costituire, con proprio atto, un gruppo di lavoro regionale, con il compito di supportare i soggetti interessati nell'applicazione delle novità in materia e di dare applicazione a quanto previsto dall'art. 4, comma 5 del D.P.R. 15 agosto 2003, n. 254.

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. 18 dicembre 2006 n. 1870 "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. 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 inseriscono



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.

D.G.R. 10 gennaio 2007 n. 6 "Approvazione del Piano energetico regionale"

La delibera approva il documento denominato "Piano energetico regionale", che costituisce parte integrante della delibera, dà mandato all'Assessore alle Attività Produttive, Sviluppo Economico e Piano Telematico di sentire sul documento "Piano Energetico Regionale" la Conferenza Regione - Autonomie Locali e sottopone il documento all'approvazione dell'Assemblea legislativa regionale.

D.G.R. 14 maggio 2007 n. 686 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2007"

Tale atto, oltre ad assegnare alle Direzioni delle aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico - finanziari che riflettono le specifiche condizioni aziendali e assicurano contemporaneamente un risultato complessivo compatibile con le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale, definisce le linee di programmazione per la predisposizione dei bilanci e strumenti di indirizzo rispetto alla più complessiva gestione aziendale. Le linee di programmazione riprendono alcuni temi specifici della programmazione regionale, funzionali ad impostare azioni di governo aziendale coerenti con la complessiva manovra economico - finanziaria definita dalla Giunta regionale. I principali temi affrontati sono: predisposizione dei bilanci preventivi economici, obiettivi economico-finanziari e monitoraggio infra-annuale, gestione delle risorse umane, politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica, politiche d'acquisto di beni e servizi, interventi in area vasta e tramite l'Agenzia regionale Intercent-ER, riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali, politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale e politiche tariffarie e fonti energetiche, innovazione tecnologica, gestione del rischio - coperture assicurative, piani aziendali di contenimento dei tempi d'attesa, accordi con i medici di medicina generale, lungodegenza, sistema informativo, assistenza odontoiatrica, sanità pubblica, sicurezza nei luoghi di lavoro.

Piano sociale e sanitario 2007-2009 della Regione Emilia-Romagna

Nel documento le politiche sociali, territoriali ed economiche nonché il principio dell'integrazione assumono valore strategico sotto numerosi profili in quanto:

• rappresenta la condizione necessaria per l'omogenea re-

- alizzazione e l'equa esigibilità dei diritti di cittadinanza in campo sociale e sanitario, in tutto il territorio regionale;
- favorisce lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;
- permette di perseguire logiche di sistema consentendo la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che rappresenta un contributo per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica;
- permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti (Regione, Enti Locali, strutture pubbliche, private profit e no profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza.

Queste considerazioni rappresentano, nel contempo, le motivazioni principali per l'adozione di un nuovo strumento di programmazione integrata e la complessità che tale impostazione comporta. La condivisione dei principi e degli obiettivi di sistema da parte della programmazione sociale e sanitaria e l'esigenza di trarre da questi coerenti lezioni operative, salvaguardando le specificità di ciascuno, sono i presupposti necessari alla realizzazione di un nuovo strumento di programmazione integrata. Le varie forme dell'integrazione delineano un Piano sociale e sanitario articolato in cinque punti:

- l'ambito della cosiddetta "elevata integrazione", come definita al comma 4 dell'art. 3-septies del D.Lgs. 229/1999 e inclusa nel livelli essenziali di assistenza dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001. Si tratta delle attività assistenziali relative alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. In questo caso occorre elaborare indicazioni capaci di offrire soluzioni adeguate a tutti i principali aspetti atti a realizzare assetti strutturali di integrazione: dalle forme di raccordo istituzionale ai più rilevanti strumenti di gestione. Perciò, in questa parte, vanno incluse anche le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale e quelle per il concorso dei vari soggetti alla definizione dei Piani di Zona;
- l'ambito delle politiche sociali, con riferimento specifico ai temi individuati dall'art. 27 della L.R. 2/2003 e in particolare: gli obiettivi di benessere sociale; le caratteristiche dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali; i criteri di incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale; i criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi e agli interventi sociali; i criteri, le modalità e le procedure per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali;
- l'ambito delle politiche sociali e sanitarie integrate per dare risposta ai bisogni complessi: responsabilità familiari; infanzia e adolescenza; giovani; anziani; persone con disabilità; immigrazione; povertà ed esclusione sociale;
- l'ambito delle politiche sanitarie, volte a completare e dare continuità ai programmi avviati col precedente Piano sanitario regionale e a sviluppare i temi centrali contenuti nella Legge 23 dicembre 2004 n. 29 con particolare riferimento



alla attuazione del governo clinico delle aziende sanitarie e allo sviluppo dei servizi territoriali;

 l'ambito delle politiche per lo sviluppo delle infrastrutture il cui sviluppo risulta strumentale e strettamente necessario all'evoluzione dell'intero sistema di assistenza che il Piano intende promuovere: ricerca e innovazione, formazione, sistema informativo, comunicazione e partecipazione.

Per ciascuno di questi ambiti, il Piano si limita a contenere scelte ed indirizzi di ordine generale. La formulazione delle puntuali disposizioni attuative discendenti dagli indirizzi del Piano è rinviata al confronto e all'esperienza dei referenti istituzionali e professionali.

Tale approccio consentirà, tra l'altro, di valorizzare le occasioni di confronto, finalizzate alla stesura dei provvedimenti attuativi, come momenti di condivisione e diffusione del significato del nuovo strumento di programmazione integrata.

L.R. 4 luglio 2007 n. 9 "Razionalizzazione dell'impiego del personale nella pubblica amministrazione regionale e locale. Misure straordinarie per il triennio 2007-2009 ai fini della stabilizzazione del lavoro precario e della valorizzazione delle esperienze lavorative del personale regionale"

L.R. 27 luglio 2007 n. 17 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo"

All'articolo 3, la legge regionale propone indicazioni per Servizi sanitari, scuole, luoghi di lavoro ed esercizi liberi dal fumo.

L.R. 27 luglio 2007 n. 18 "Provvedimenti per promuovere l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambito regionale"

L.R. 21 dicembre 2007 n. 28 "Disposizioni per l'acquisizione di beni e servizi"

La presente legge detta norme in ordine alle attività di acquisizione di beni e servizi nelle materie di competenza regionale, nel rispetto dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, delle disposizioni relative alle materie di competenza esclusiva dello Stato e, per le materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili, in particolare, dal D. Lgs.12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE).

Nel rispetto dei limiti di cui al comma 1, la Regione Emilia-Romagna disciplina, relativamente ai profili di carattere organizzativo e di semplificazione procedimentale, lo svolgimento delle attività di acquisizione di beni e servizi secondo i principi di imparzialità, trasparenza, proporzionalità, adeguatezza, qualità, efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. Persegue obiettivi di efficienza della spesa, di contenimento dei consumi energetici e di rispetto dell'ambiente mediante il ricorso ad acquisti che privilegino il basso impatto ambientale. Per razionalizzare la spesa pubblica e innovare le procedure di acquisizione di beni e servizi, la Regione valorizza il sistema regionale di acquisto di cui alla L.R. 24 maggio 2004 n. 11 (Sviluppo regionale della società dell'informazione) ed il ricorso alla struttura regionale "Agenzia Intercent-ER" a tal fine istituita.

Quadro istituzionale locale

La programmazione sanitaria sul territorio provinciale si sviluppa attraverso l'utilizzo di diversi strumenti che hanno valenza provinciale, distrettuale 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. 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 cardiochirurgia,
- l'integrazione delle attività ospedaliere, comprese quelle erogate dalla spedalità 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.

Nel capitolo 3 del presente volume sono individuati i principali obiettivi del Piano Attuativo Locale che coinvolgono la nostra Azienda.

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.

Delibera del Direttore Generale 22 novembre 2006 n. 221 "Atto aziendale Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma"

"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, coordinandola con l'assistenza ospedaliera, compresa quella erogata nelle strutture di riferimento per la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

(...) I 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. Nell'integrazione si individua 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, nella programmazione delle attività didattiche e formative. I due fondamentali strumenti per la realizzazione dell'integrazione sono rappresentati dall'accordo attuativo locale definito tra Università degli Studi di Parma e Azienda Ospedaliera e dall'atto aziendale nelle parti previste dal protocollo. L'Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si ispira al principio metodologico della trasparenza organizzativa e si rifà, dal punto di vista del contenuto, al concetto della centralità della persona. Esso propone alcuni fondamentali cambiamenti organizzativi e gestionali e si concentra nel privilegiare i diritti dei pazienti. L'Atto aziendale (...) si avvarrà di un regolamento organizzativo concepito come strumento gestionale nel quale sono definiti gli ambiti di applicazione, le regole di funzionamento e le responsabilità delle strutture organizzative aziendali. Lo strumento ha la funzione di sostegno delle strategie e dei processi operativi aziendali, al cui interno vengono esplicate (...) le articolazioni organizzative orizzontali e verticali, compresi i ruoli e i settori, facendo riferimento al decentramento amministrativo.

Art. 1 - Istituzione e ragione sociale (...) L'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma, l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Art. 3 - La missione (...) Attraverso una risposta clinica e assistenziale costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione didattica, l'Azienda intende raggiungere i propri principali obiettivi ed in particolare:

- a) sviluppare la propria capacità di diagnosi, cura e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
- b) sviluppare, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, percorsi che favoriscano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di alta qualità;
- c) consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
- d) qualificarsi maggiormente come Ospedale di terzo livello nella Regione per completezza e per la complessità dei servizi erogati;
- e) promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'Ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro;
- f) accreditarsi come una azienda di livello nazionale e internazionale, operante all'interno di una comunità che è partecipe del suo sviluppo mediante il coinvolgimento dei propri utenti e delle organizzazioni di volontariato, guidata dai principi che valorizzano la qualificazione professionale, le competenze e il merito".

Accordo Attuativo Locale, in applicazione del Protocollo di Intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università, tra l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma siglato in data 18 dicembre 2006

"Considerato che (...) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria costituisce per l'Università di Parma l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del personale docente afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia; e che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Università degli Studi di Parma condividono di adottare il metodo della programmazione e della comunicazione preventiva per lo sviluppo delle risorse umane e strumentali necessarie al conseguimento dei propri fini istituzionali, (...) hanno stipulato l'Accordo Attuativo Locale ai sensi dell'art. 5 del Protocollo di Intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma.

Oggetto dell'Accordo locale è l'individuazione:

- delle strutture di degenza, ambulatoriali e di servizi di supporto che compongono i Dipartimenti ad Attività Integrata;
- dell'afferenza alle strutture aziendali dei docenti universitari nonché delle figure equiparate;
- delle strutture complesse e semplici a direzione universitaria e a direzione ospedaliera;
- dell'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali del personale universitario;
- del sistema delle relazioni funzionali ed operative fra i Dipartimenti dell'Azienda e i Dipartimenti universitari".

Accordo di fornitura tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'acquisizione di prestazioni e servizi sanitari - anni 2005-2007

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.

Delibera del Direttore Generale 4 aprile 2007 n. 67 "Approvazione dell'Accordo tra l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda USL di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria per la costituzione del Comitato Etico Unico per la provincia di Parma"

Con l'accordo si è convenuto che: il Comitato Etico Unico per la provincia di Parma è un organismo indipendente con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela; che a tal fine esso è chiamato ad esprimere pareri relativamente alle sperimentazioni cliniche che valutano interventi farmacologici e/o dispositivi medici, agli studi clinici non interventistici (osservazionali) oltre alle sperimentazioni cliniche finalizzate al miglioramento della pratica clinica e che esso svolge altresì funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana, e propone iniziative di formazione relativamente ai temi in materia di bioetica.

Al Comitato Etico è inoltre affidato ogni altro compito previsto dalla vigente normativa e indicato nel regolamento di cui lo stesso si doterà. Inoltre si conviene che il Comitato Etico Unico per la provincia di Parma ha la propria sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e che esso è costituito da n. 24 membri individuati d'intesa fra le amministrazioni interessate in modo che almeno un terzo dei componenti non sia dipendente o consulente delle stesse istituzioni. La sua composizione comprende le professionalità indicate dall'art. 2 del D.M. 12.05.2006 ed è tale da garantire la qualifica e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti alla sua attenzione.

Piano delle azioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - anno 2007

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.

"Piano Attuativo Provinciale per il Governo delle Liste di Attesa", approvato dall'Ufficio di Presidenza ella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 19 aprile 2007

Con la predisposizione del Piano Attuativo Provinciale per il governo delle liste di attesa sono state portate a sistema le azioni sinora svolte per qualificare l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in sintonia con il Piano Attuativo Locale della Provincia di Parma 2005-07 (PAL).

L'Assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta il sistema di cura principale per numero di prestazioni erogate (oltre 6.000.000) e per complessità della casistica.

Il quadro di riferimento è costituito da:

- Piano Attuativo Locale (con particolare riferimento per l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'area delle alte tecnologie);
- Programma provinciale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale;

 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa -D.G.R. 1532/06 - (41 prestazioni della D.G.R. 1532/2006 più prestazioni già oggetto di monitoraggio).

La procedura seguita è la seguente:

- analisi dei dati statistici relativi alle prestazioni a monitoraggio (tempi d'attesa, indici di consumo, mobilità passiva extra-provinciale, mobilità inter-distrettuale);
- stima produzione complessiva attraverso valutazione concertata tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria, Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL e Distretti.

Il Distretto, in quanto articolazione dell'Azienda USL che, in un definito ambito territoriale, governa l'assistenza territoriale, ha la responsabilità della funzione di committenza per rispondere alla domanda espressa dalla popolazione di riferimento, ed è pertanto deputato anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale a individuare la domanda attesa e a formulare il piano di committenza per il fabbisogno, per la produzione delle prestazioni di base oltre che per quelle a livello aziendale o sovraziendale.

Richiamando i contenuti dei documenti del Piano Attuativo Locale e del Programma Aziendale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale si ritiene che, in generale, il tempo di attesa debba essere garantito avendo come riferimento l'ambito distrettuale o di bacino. In particolare, in attesa di arrivare alla completa autonomia territoriale, si ritiene che per alcune prestazioni il livello di garanzia debba essere riferito al bacino gravitazionale e non al singolo distretto. Ciò riguarda in particolar modo il Distretto Sud-Est che, per ragioni logistiche di viabilità e l'assenza di strutture ospedaliere pubbliche, gravita sulle strutture ambulatoriali del Distretto di Parma e sull'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. In guesta ottica, le prestazioni garantite a livello di bacino sono da considerarsi in quelle erogabili nel territorio esteso dei Distretti Parma e Sud-Est. Per le prestazioni di diagnostica ad alta tecnologia (TAC, RMN, eccetera) il riferimento del tempo di attesa è sovradistrettuale.

Al fine di assicurare un governo complessivo del sistema di offerta, oltre al monitoraggio delle prestazioni individuate con la D.G.R. 1532/06 e negli attuali flussi di rilevazione nazionale e regionale, si effettua una costante verifica dei tempi di attesa di tutte le prestazioni.

Al fine di attuare un governo complessivo territoriale del sistema di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e del monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa si utilizzano alcuni strumenti già diffusi e validati impiegabili anche a livello di Azienda Ospedaliero-Universitaria, di singolo Distretto, di Presidio Ospedaliero e delle singole strutture eroganti.

Il Piano Attuativo Provinciale per il governo delle liste di attesa affronta anche il tema delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni di ricovero dal momento che, tempi non congrui, compromettono l'efficacia e l'esito dell'intervento stesso. In base alle indicazioni della D.G.R. 1532/06 e delle indicazioni dell'Accordo Stato-regioni dell'11.07.2002 sono state individuate delle prestazioni "traccianti" per la valutazione dell'andamento del sistema provinciale.

Le strutture ospedaliere oggetto della presente rilevazione sono:

2 Presidi ospedalieri a gestione diretta dell'Azienda USL:
 Presidio Ospedaliero di Fidenza-San Secondo e Presidio



Ospedaliero di Borgo Val di Taro;

- 2 strutture Private Accreditate ubicate nel territorio del comune di Parma: Casa di Cura Città di Parma e Casa di Cura Piccole Figlie;
- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

In relazione alle prestazioni relative all'elenco stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni viene definito un tempo obiettivo relativo a specifici range di attesa.

Il sistema delle relazioni con l'Università

Nell'ambito del sistema di relazioni con l'Università, al fine di definire meglio il contesto nel quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria opera, è utile richiamare brevemente le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma nell'anno accademico 2007-2008, nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i corsi di laurea, nell'a.a. 2007-2008 sono stati svolti a regime completo 15 corsi, di cui 2 specialistici a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 1 corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche, 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 mediche, veterinarie e farmaceutiche) 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 e tecniche delle attività motorie preventive e adattative.

Il numero complessivo degli studenti iscritti nei corsi di laurea nell'a.a. 2007-2008 è di 3.529, di cui 1.124 (31,8%) residenti nella provincia di Parma, 763 (21,6%) sono studenti provenienti da altre province della nostra regione, 1.627 (46,1%) hanno provenienza al di fuori della regione e 15 (0,5%) sono stranieri. Per quanto riguarda le scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, nell'a.a. 2007-2008 si sono svolti a pieno regime 39 corsi, di cui 17 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi.

Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'a.a. 2007-2008 è di 696, di cui 266 (38,2%) sono residenti nella provincia di Parma, 141 (20,3%) provengono da altre province della regione, 288 (41,4%) giungono da altre regioni e uno (0,1%) solamente è straniero.

Per quanto riguarda i corsi di dottorato post-laurea, nell'a.a. 2007-2008 ne sono stati svolti 16 con un numero complessivo di 135 dottorandi.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è stato quello relativo ai master di 1° e 2° livello: nell'a.a. 2007-2008 ne sono stati realizzati rispettivamente 5 e 5, con un numero complessivo di partecipanti pari a 54 e 16, rispettivamente. 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 e del numero complessivo di studenti iscritti.

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 legge regionale n. 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 brevemedio termine possono essere sinteticamente espressi in termini quantitativi e qualitativi. In termini quantitativi si prevede:

- 1. il mantenimento degli attuali 16 corsi di laurea;
- il mantenimento degli attuali 39 corsi delle scuole di specializzazione e l'attivazione di 6 nuove scuole, di cui 2 in ambito medico (Medicina d'Urgenza-Emergenza e Neurofisiopatologia) e 4 in ambito odontoiatrico (Chirurgia Orale, Odontoiatria Clinica Generale, Odontoiatria Pediatrica, Ortognatodonzia):
- 3. il mantenimento degli attuali corsi di dottorato;
- 4. il mantenimento degli attuali corsi di master e l'attivazione di nuovi master nell'ambito delle professioni sanitarie.

In termini qualitativi si prevede:

- 1. 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 della semplificazione, razionalizzazione, migliore utilizzo del corpo docente ed incremento della produttività studentesca;
- un riassetto di tutte le scuole di specializzazione alla luce di quanto disposto dal Decreto ministeriale del 1 agosto 2005 e successivi decreti attuativi, con l'intento di migliorare e ulteriormente qualificare il percorso professionale dei medici in formazione;
- 4. 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 nord;
- 5. iniziative didattiche nuove con enti e territori dislocati ma culturalmente affini con cui recentemente sono stati siglati accordi di collaborazione, in particolare con l'AUSL di La Spezia e la Repubblica di San Marino.



Tab. 1 - Docenti universitari in servizio alla data del 31.12.2007

Facoltà Medicina e Chirurgia	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Assistenti ordinari
Personale docente afferente alla Facoltà	69	76	117	1
di cui convenzionati	45	58	88	-

Tab. 2 - Docenti universitari cessati/assunti nel triennio 2005-2007 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2005	4	1	2	3	5	16	0	0
2006	1	8*	6	5	9	5	1	0
2007	1	0	7	1	1	2	0	0
* di cui 1 per trasferimento								

Tab. 3 - Docenti universitari cessati/assunti nel triennio 2005-2007 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia operanti in convenzione

Anno	Prima	fascia	Second	la fascia		catori rsitari		stenti inari			
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti			
2005	3	0	1	3	4	10	0	0			
2006	0	6	5	4	5	4	1	0			
2007	0	0	6	1	1	1	0	0			

Per quanto concerne il personale, si può osservare 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 anche nell'anno 2007.

Nel delineare le forme con cui si realizza l'integrazione tra Ospedale 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.

Per l'attività di docenza e di tutorato per l'anno a.a. 2007-2008 per i corsi di laurea dell'area sanitaria, ammontano a 308 i docenti universitari, di cui 44 provengono da altre Facoltà e un docente da altro Ateneo. In questo ambito specifico, emerge il numero totale di professionisti del S.S.R. con funzioni di tutorato pari a 710 unità (complessivamente considerati fra coordinatori teorico-pratici, tutor d'anno e tutor per il tirocinio). Nel dettaglio dell'attività di docenza e tutorato per le professioni sanitarie con 11 corsi di laurea, sono 215 i docenti universitari e 273 i professionisti del S.S.R. con incarico di docenza; tra questi ultimi, 86 sono professionisti della nostra Azienda, 79 dell'Azienda USL di Parma e 108 di quella di Piacenza. Inoltre sono 80 i professionisti del S.S.R. che svolgono attività didattica integrativa.

Nel dettaglio dell'attività di docenza e tutorato per le professioni mediche, con 2 corsi di laurea, sono 252 i docenti universitari (di cui uno di altro Ateneo e uno di altra Facoltà) e 14 i professionisti del S.S.R. che svolgono attività didattica integrativa.

Le relazioni dell'Azienda con le strutture dell'Università o con quelle di altri Atenei si inseriscono in un quadro generale di rapporti tesi alla completezza del percorso formativo dello studente, anche mediante istituzione di rapporti in convenzione finalizzati a garantire la possibilità di svolgere tirocini formativi, di orientamento e di didattica formativa presso strutture dell'Azienda. L'elenco che segue riporta le convenzioni stipulate con l'Università per tirocini e attività di didattica integrativa, attive nell'anno 2007.

- Convenzione con l'Università di Verona, scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica per attività di didattica integrativa presso l'unità operativa Chirurgia Pediatrica, stipulata nel 2000 validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico postlauream 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 il 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 ed ha 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,



- 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, stipulata nel 2006, periodo di validità 14.12.06 – 13.12.07,
- convenzione quadro con l'Università degli Studi di Firenze per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento, stipulata nel 2006 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Palermo, scuola di specializzazione in Radiodiagnostica, per attività didattica integrativa presso l'Unità Operativa Radiologia, stipulata nel 2006 con validità per gli anni accademici 2005-2006 e 2006-2007,
- convenzione con l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico postlaurea dei laureati in psicologia, stipulata nel 2006 con validità triennale tacitamente rinnovabile.

Convenzioni stipulate nel 2007:

- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e di Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, corso di laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e per fusione Cardiovascolare, a scopo di didattica integrativa, stipulata nel 2007 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione quadro con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento da parte di studenti, laureandi e neolaureati della Facoltà stessa e di altri corsi di studio dell'Università di Bologna, stipulata nel 2007 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pisa, Dipartimento dei trapianti e delle nuove tecnologie in medicina, Divisione di Chirurgia generale e dei Trapianti U.O. Trapiantologia Epatica Universitaria, per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento da parte di studenti iscritti al Master di 1º livello in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti", stipulata nel 2007 con validità biennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di tirocinio pratico di formazione e orientamento da parte di studenti iscritti al corso di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali, stipulata nel 2007 con validità di tre anni tacitamente rinnovabile,
- convenzione unica con l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini di orientamento, stipulata nel 2007 con validità triennale rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Farmacia per lo svolgimento del tirocinio professionale, stipulata nel 2007 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Farmacia, scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera, per attività didattica integrativa presso il Servizio Farmacia, stipulata nel 2007 con validità annuale rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Bologna per il completamento dell'attività formativa degli specializzandi iscritti alla scuola di specializzazione in "Farmacia Ospedaliera", stipulata nel 2007 con validità dall'a.a. 2006-2007 per tutto il periodo di residua vigenza della normativa e fino ad esaurimento degli iscritti allo stesso ordinamento.

Nell'ambito del sistema delle relazioni con l'Università, ha assunto notevole rilevanza anche la definizione dello schema tipo di contratto di formazione specialistica dei medici a seguito del D.P.C.M. del 6 luglio 2007. La proficua collaborazione tra Azienda e Università ha condotto, alla fine del mese di novembre 2007, al perfezionamento di 544 rapporti contrattuali per i medici in formazione specialistica sulla base del numero degli iscritti alle scuole di specializzazione nell'anno accademico 2006-2007 (come evidenziato nella sezione del capitolo 3 dedicata alla integrazione fra attività assistenziali, di didattica e di ricerca). La formulazione dello specifico Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialista ha ricevuto di conseguenza un nuovo importante impulso.

Al contempo, l'Azienda ha continuato il suo impegno sul tavolo tecnico regionale costituito per contribuire all'applicazione degli indirizzi per il primo adeguamento economico dei docenti e dei ricercatori universitari equiparati alla dirigenza del S.S.R. (D. Lgs. 517/99).

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.

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 2007 il valore registrato negli ultimi tre anni.

In merito all'attività di ricovero, è importante rilevare che tra le aziende territoriali sul cui territorio insiste un'azienda ospedaliera, l'Ospedale di Parma è quello al quale ricorre la maggior quota di cittadini (il 52% 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 (14%) della media regionale (19%).

La capacità di attrazione di un ospedale viene espressa mediante l'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha mantenuto costante l'indice di attrazione nel corso del triennio 2005-2007 che si attesta intorno al 22%.

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, 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 in modo significativo



all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che eroga il 43% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti, 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 si evince che l'Azienda eroga oltre il 50% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto.

Tab. 4 - Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma - anni 2005-2007

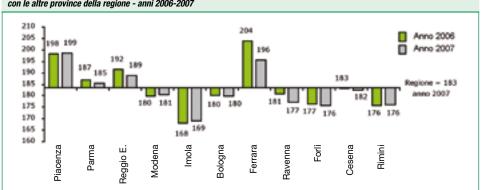
		Pro۱	/incia di	Parma			Me	die Reg	jionali	
Anno	Degenza				Degenza		Day Hos	pital	Deg.Ord	
	ordinaria	Med.	Chir.	Tot.D.H.	+ DH	ordinaria	Med.	Chir.	Tot.D.H.	+ DH
2005	140	22	26	48	188	140	23	26	48	189
2006	138	24	24	48	186	138	21	24	46	184
2007	137	23	24	48	185	137	21	25	45	183

Fonte: Banca Dati SDO

Nota: dal calcolo sono esclusi i neonati sani

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2007

Grafico 1 - Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione - anni 2006-2007



Tab. 5 - Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere - anni 2005-2007

Anno	% ricoveri presso i presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso AOSP di	% totale ricoveri entro la	% rico altre pr RE	ovince	% ricoveri fuori	% totale	
	Pubblico	Privato	Parma	Provincia	Pubblico	Privato	regione		
2005	16	17	52	85	5	1	9	100	
2006	17	17	51	85	5	1	9	100	
2007	17	17 17		86	5 1		8	100	

Fonte: Banca Dati SDO

Note: dal calcolo sono esclusi i neonati sani.

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2007

Tab. 6 - Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere - anno 2007 - confronto Parma e 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	52	5	1	8	47	11	25	9	3	7

Fonte: Banca Dati SDO

Note: dal calcolo sono esclusi i neonati sani.

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2007

Grafico 2a - Regime di ricovero: indice dipendenza della popolazione residente nella provincia di Parma dalla struttura - anno 2007

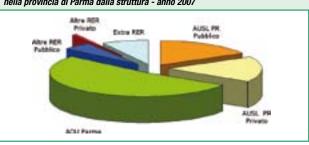
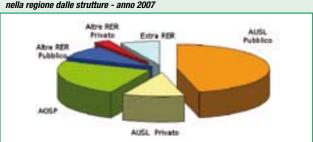


Grafico 2b - Regime di ricovero: indice dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture - anno 2007





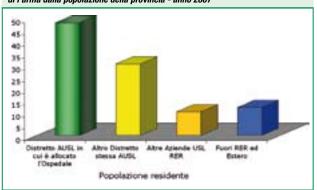
Tab 7 - Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione - confronto AOU Parma e Aziende ospedaliere RER - anni 2005-2007

			Popolazione residente								
Anno	Aziende Ospedaliere di ricovero	Distretto AUSL in cui è allocato l'Ospedale	Altro Distretto stessa AUSL	Altre AUSL RER	Fuori RER e Estero						
2005	AOU PR	47,5	30,8	10,2	11,6						
2005	AOSP RER	46,8	27,7	8,7	16,8						
2006	AOU PR	47,7	30,5	10,3	11,5						
2006	AOSP RER	46,2	27,2	8,9	17,7						
0007	AOU PR	47,8	30,4	10	11,8						
2007	AOSP RER	45,4	27,9	9	17,7						

Fonte: Banca Dati SDO

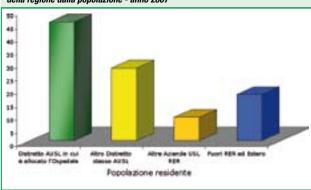
Nota: la popolazione di riferimento è quella residente nell'ambito territoriale delle Aziende USL in regione nel cui territorio insiste l'Azienda ospedaliera

Grafico 3a - Regime di ricovero: indice di dipendenza della struttura ospedaliera di Parma dalla popolazione della provincia - anno 2007



Nota: la popolazione di riferimento è quella residente nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Parma

Grafico 3b - Regime di ricovero - Indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione - anno 2007



Nota: la popolazione di riferimento è quella residente nell'ambito territoriale delle Aziende USL in regione nel cui territorio insiste l'Azienda ospedaliera

Tab. 8 - Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione - anni 2005-2007

0								
Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni Terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso Laboratorio
2005	PR	1089	10002	374	405	1464	13333	3331
2005	RER	1296	10311	486	S 440 1356 13889	3578		
0000	PR	1113	9696	358	385	1485	13037	3341
2006	RER	1370	10983	520	464	1414	14751	3769
2007	PR	1218	9785	345	425	1602	13376	3590
2007	RER	1459	10848	487	468	1455	14717	3869
	D // 404							

Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 4a - Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per provincia di residenza - anno 2007

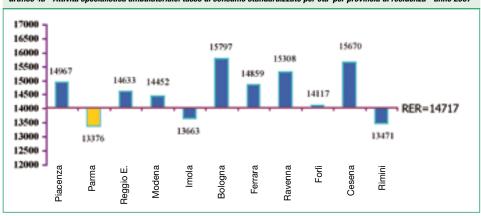
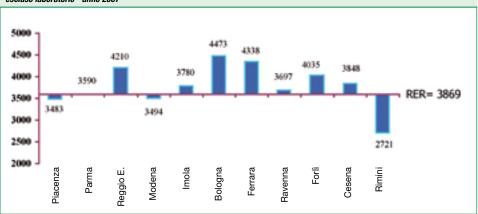




Grafico 4b - Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per provincia di residenza - totale escluso laboratorio - anno 2007



Tab. 9 - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere - anni 2005-2007

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Az. Ospedaliera che insiste sul territorio	(*)Altre Aziende RER	Fuori RER ed estero
2005	PR	44,68	49,96	3,35	5,01
2005	RER	65,03	24,34	6,49	4,15
0000	PR	43,32	47,9	3,86	4,92
2006	RER	65,88	23,55	6,75	3,81
0007	PR	48,55	42,53	4,47	4,44
2007 F	RER	65,97	22,84	6,99	4,2

Fonte Banca dati ASA

(*) La voce altre aziende RER comprende anche II.OO.R.

Grafico 5a - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma - anno 2007

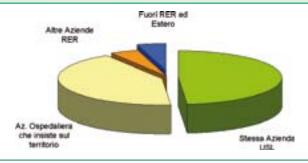
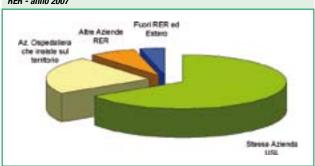


Grafico 5b - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER - anno 2007



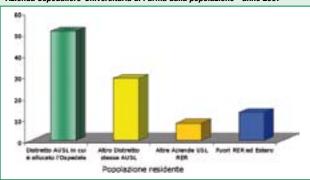
Tab. 10 - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione - anni 2005-2007 tutte le prestazioni

			Popolazion	e residente					
Anno	Aziende Ospedaliere di ricovero	Distretto AUSL in cui è allocato l'Ospedale	Altro Distretto stessa AUSL	Altre AUSL RER	Fuori RER e Estero				
2005	AOU PR	54	28	6	12				
2005	AOSP RER	54	29	7	10				
2006	AOU PR	52	28	8	12				
2006	AOSP RER	53	29	8	10				
0007	AOU PR	51	28	8	13				
2007	AOSP RER	53	29	8	10				
Fonto Banco Dati ASA (dalla pagina risanyata par il Bilangia di Missiana)									

Fonte Banca Dati ASA (dalle pagine riservate per il Bilancio di Missione)

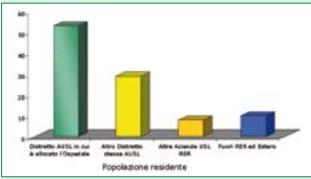


Grafico 6a - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dalla popolazione - anno 2007



Nota: la popolazione di riferimento è quella residente nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Parma

Grafico 6b - Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle Aziende della RER dalla popolazione - anno 2007



Nota: la popolazione di riferimento è quella residente nell'ambito territoriale delle Aziende USL in regione nel cui territorio insiste l'Azienda ospedaliera

Accordo di fornitura

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sottoscritto in data 29.6.2005 e valido per il triennio 2005-2007, prevede la fornitura di diverse attività e servizi, disciplinati da specifici allegati in cui, 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. In specifico, per l'anno 2007, 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. 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,
- 6. prestazioni di laboratorio inviate dai punti prelievo dell'Azienda USL all'Azienda Ospedaliero-Universitaria,
- fornitura di prestazioni specialistiche ed ospedaliere e distribuzione diretta di farmaci a cittadini stranieri non iscritti al S.S.N..

Per gli ambiti individuati sono previsti specifici obiettivi ed indicatori di verifica. Di seguito si dettagliano gli aspetti di maggior rilievo.

Gli obiettivi indicati per l'ambito 1 - prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero - sono:

- la riduzione degli importi 2006 relativi ai ricoveri allocati nelle Case di Cura della Provincia,
- il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa attraverso

la riduzione di alcuni DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.

- il recupero dei ricoveri in mobilità passiva, la riconduzione dei tempi di attesa, per i ricoveri programmati, entro gli standard regionali,
- l'attuazione delle linee guida per la gravidanza fisiologica con riduzione parti cesarei.

Relativamente al punto 2 gli obiettivi identificati si riferiscono a:

- il 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,
- l'incremento della produzione per alcune prestazioni con tempi di attesa critici,
- il mantenimento dell'offerta di prestazioni senza chiusura delle agende,
- l'incremento quantitativo delle prestazioni erogate nel sistema di prenotazione CUP provinciale al fine di garantire la prenotabilità a CUP del 70% degli accessi totali annui,
- il rispetto della normativa sulla compartecipazione per le prestazioni aggiuntive e sulla verifica del diritto all'esenzione,
- l'adozione ed applicazione della normativa relativa alla semplificazione dell'accesso.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta dei farmaci - punto 3 - viene stabilita la necessità da parte delle due Aziende sanitarie, secondo quanto programmato nel PAL, di un impegno a creare una stretta integrazione al fine di favorire la distribuzione diretta. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si impegna a rispettare i protocolli condivisi con l'Azienda USL. Tale attività sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda territoriale, 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 Servizio Farmacia 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. In particolare, per il 2007 dovrà essere data attuazione ad un protocollo operativo inerente la fornitura di sangue al Presidio



ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense secondo la metodica "Type and screen" già definita dalle due Aziende. 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, composto dai Direttori Sanitari, dal referente per l'emergenza-urgenza dell'Azienda USL, dal Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel corso del 2007 il tavolo interaziendale procederà all'analisi organizzativa dell'attività di centrale operativa finalizzata anche all'appropriata valorizzazione dei costi complessivi.

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 specifici indicatori dell'accordo di fornitura.

Osservazioni epidemiologiche

Attività Hub

Il sistema hub and spoke rappresenta un modello di funzionamento dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate che insieme modulano la propria risposta secondo le proprie potenzialità, in funzione dell'esigenza del paziente, affinché si possa avere un'equità di risposta indipendentemente dal punto della rete in cui egli entra nel sistema assicurando in questo modo equità di accesso a tutte le risorse disponibili per tutti i cittadini del territorio, ovunque risiedano.

In tale modello sono individuati un numero limitato di centri hub dotati di più complesse e complete potenzialità diagnostico-terapeutiche e riabilitative e un numero maggiore di centri spoke con minori potenzialità. Tutti i punti della rete sono dotati di forti connessioni organizzative.

Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il piano sanitario 1999-2001 (D.G.R. 22.7.2002 n. 1267) 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.

Nella tabella 11 sono riportate le reti ufficialmente riconosciute dalla Regione, alle quali l'Azienda contribuisce attraverso l'attività di funzioni hub di riferimento per un ampio bacino d'utenza prevalentemente dell'area vasta Emilia Nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena).

Tab. 11 - Unità Operative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma afferenti alle reti hub and spoke della Regione Emilia-Romagna, e relativi bacini d'utenza

Rete	Unitá Operative Hub AOU Parma	Unitá Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo D.G.R. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
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	Il bacino d'utenza è nazionale. Esiste infatti una lista d'attesa unica regionale per i Trapianti Renali da donatore cadavere, coordinanta dal Centro Riferimento Trapianti della RER, a cui afferiscono residenti e non della Regione. Le iscrizioni in lista presso il Centro Trapianti di Parma, sono al 31.12.2006 (ultimo dato disponibile) 535 di cui 25% residenti in Emilia-Romagna ed il 75% fuori regione. Il dato regionale al 31.12.2007 è di 1.724 pazienti di cui il 33,5% residenti e il 66,5% fuori regione
Terapia delle Grandi Ustioni	Centro Ustioni	Dipartimento Emergenza-Urgenza	Come si evince dalla rappresentazione grafica delle rete inte- grata regionale per la Terapia delle Grandi Ustioni, il bacino d'utenza territoriale cui si riferisce l'attività hub del nostro Centro Ustioni è relativo alle province di PC, PR, RE, MO e si completa nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT)
Malattie Cardiache e Cardiochirurgia	Cardiochirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/ Interventistica)	Strutture Semplici Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività hub per la funzione Car- diochiurgica e di Cardiologia interventistica e diagnostica sono quelle delle province di PR e PC
Neuroscienze	Neurochirurgia, Neuroradiologia	Neurologia	Le funzioni hub di Neurochirurgia e Neuroradiologia, integrate funzionalmente, hanno un bacino d'utenza che comprende le province di PR e PC e RE
Terapia dei Grandi Traumi	Azienda Ospedaliero-Universitaria quanto sede riconosciuta di uno stenza ai pazienti Traumatizzati (S quello che copre i territori dell'Er scun SIAT si prevede infatti un cer TER o HUB che prevede la pres (non necessariamente Unità Operin carico del paziente traumatizzat	dei tre Sistemi Integrati di Assi- ISIAT) della RER, specificamente nilia nord-occidentale. Per cia- ntro guida detto TRAUMA CEN- tenza di professionalità cliniche ative) che garantiscano la presa	Il Sistema Integrato di Assistenza ai Grandi Traumi (SIAT) della Emilia Nord-occidentale che ha il suo hub nell'Azienda Ospeda- liero-Universitaria di Parma, copre i territori di PC, PR e RE
Alte Specialità Riabilitative - Unità Spinali		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite		Medicina Riabilitativa	



Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo D.G.R. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Servizi di Genetica Medica	Genetica Medica - Laboratori di Genetica Molecolare	Genetica Medica- Laboratori di Citogenetica - Servizi clinici di Genetica Medica e di Genetica Oncologica	Il ruolo Hub per la diagnosi di malattie rare, attraverso la struttura di Genetica medica, si estende sui territori di PC e PR
Terapia Intensiva Neonatale	Terapia Intensiva Neonatale		Il bacino d'utenza è relativo alle province di Parma e Piacenza
Sistema Trasfusionale - Piano Sangue		Servizio Immunotrasfusionale	
Sistema Centrali Operative (118), Emergenza Territoriale	Dipartimento Emergenza- Urgenza		La rete è costituita dalla Guardia Medica, dal 118 e dal Pronto Soccorso, e comprende tutte le Associazioni di volontariato impegnate con le proprie ambulanze nella pubblica assistenza. Il bacino d'utenza è la provincia di Parma
Malattie Rare:			
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	Centro Emostasi, S. Semplice di Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		Come risulta evidente dalla rappresentazione grafica della rete per l'Emofilia e le malattie emoragiche congenite, l'Azienda è confermata nel suo ruolo hub unico in tutta la regione
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	DipartimentoTesta- Collo (Struttura Semplice ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Il bacino di riferimento per questa funzione hub (istituita con Delibera di giunta regionale 395/2006) è rappresentato dai territori di PR, PC, RE e BO. Quest'ultima attraverso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per la sua collocazione baricentrica e per l'estensione del suo bacino di riferimento funge da spoke per entrambi gli hub regionali

Tab. 12 - Rappresentazione geografica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub ospoke



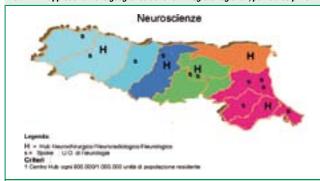
Nell'ambito del modello hub and spoke, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede riconosciuta, per l'Emilia nordoccidentale, del **Sistema Integrato di Assistenza ai grandi traumi (SIAT)**; questo le conferisce un ruolo di coordinamento (Trauma Center), all'interno del quale è anche collocata 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-pan-creas e midollo osseo**, nonché centro riconosciuto per il trattamento delle **malattie cardiache**, attraverso le unità operative dell'area cuore del Dipartimento Cardio-Polmonare.



Tab. 12 - Rappresentazione geografica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub ospoke



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).



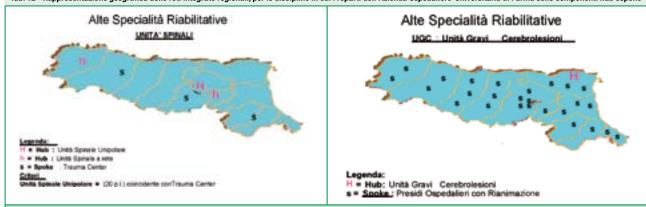
Nel Piano Sanitario 2006-2008 l'Azienda viene inoltre confermata nel suo ruolo hub (unico in tutta la regione) per il coordinamento della rete per le **malattie emorragiche congenite.**

L'Assistenza intensiva perinatale e pediatrica finalizzata alla riduzione della mortalità perinatale e infantile è garantita dal centro hub di **Terapia intensiva neonatale.**





Tab. 12 - Rappresentazione geografica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub ospoke



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).

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

Alle funzioni hub descritte nella tabella precedente e nelle rappresentazioni geografiche (mappe per funzione), si affiancano, nella realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Unità Operative d'eccellenza, così definite per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa. La capacità di attrazione di queste unità operative è un indicatore proxy della qualità percepita e del prestigio della struttura; nelle tabelle che seguono viene riportato il valore, in termini assoluti e relativi, dei casi provenienti da altre province della Regione

e da altre Regioni rispettivamente per le funzioni hub e per le funzioni di eccellenza dell'Azienda. Il dato è stato analizzato, in particolare, per le due province limitrofe, Reggio Emilia e Piacenza, e per la regione Lombardia, dalla quale proviene la maggior quota di pazienti residenti fuori regione. È importante sottolineare che entrambe le funzioni, hub e di eccellenza, hanno complessivamente un indice di attrazione di oltre il 50%, di cui circa 30% per pazienti provenienti da altre province della Regione Emilia-Romagna e 20% da altre regioni.

Tab. 13 - Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario) -

		Pro	vince de	ella Reg	ione Em	nilia-Ror	nagna					Tot	ala
	Funzioni Hub AOU-PR		Reggio Emilia		enza		ltre ice RER	Lomb	Lombardia Altre Regioni		Totale attrazione		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
07	Cardiochirurgia	130	18%	132	19%	33	5%	18	3%	29	4%	342	48%
47	Centro Ustioni	30	22%	15	11%	28	21%	10	7%	13	10%	96	72%
48	Nefrologia/ Trapianti	16	9%	2	1%	18	10%	31	17%	64	34%	131	70%
30	Neurochirurgia	131	9%	203	15%	34	2%	128	9%	201	15%	697	51%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	0 (*)	0%	23	13%	21	11%	12	7%	5	3%	61	33%
Tota	Totale		12%	375	14%	134	5%	199	8%	312	12%	1327	51%

(*) Per la disciplina di Neonatologia Terapia Intensiva, la casistica relativa ai residenti di Reggio Emilia è stata ricompresa all'interno della voce "Altre province RER"

Tab. 14 - Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario) - anno 2007

	and a sum and a sum a su												
		Pro	vince de	ella Reg	ione En	nilia-Ror	nagna			Λ.Ι.	tre	Tot	ale
	Funzioni Hub AOU-PR	Reggio Emilia		Piac	enza	Altre province RER		Lomb	oardia		jioni	attrazione	
			%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Maxillo Facciale	125	19%	52	8%	42	6%	44	7%	179	27%	442	67%
11	Chirurgia Pediatrica	424	31%	85	6%	50	4%	110	8%	176	13%	845	62%
65	Oncoematologia Pediatrica	80	20%	33	8%	2	0%	17	4%	90	22%	222	55%
12	Chirurgia Plastica	143	17%	26	3%	31	4%	53	6%	85	10%	338	40%
Tota	Totale		24%	196	6%	125	4%	224	7%	530	16%	1847	57%



Un altro indicatore di interesse, speculare al precedente, è l'**indice di fuga** dai bacini d'utenza dai quali le funzioni hub e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma "dipendono"; nelle tabelle seguenti è stato analizzato il ricorso ad altre strutture fuori provincia e fuori regione, da parte di pazienti residenti nelle province di Reggio Emilia e Piacenza, relativamente alle funzioni hub e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Dall'analisi delle tabelle 15 e 16 si evince che la quota maggiore di ricoveri, relativi ai residenti nella provincia di Reggio Emilia, afferisce alle strutture dell'AOU di Parma, ad eccezione delle funzioni di Neurochirurgia. Relativamente ai residenti

nella provincia di Piacenza, dall'analisi delle tabelle 17 e 18, si evince che la quota maggiore di ricoveri afferisce alle strutture dell'AOU di Parma, ad eccezione delle funzioni di Cardiochirurgia, Nefrologia/Trapianti e di Chirurgia Plastica, per le quali si rileva una "fuga" importante verso le province limitrofe della Lombardia.

Infine, l'analisi dei dati contenuti nelle tabelle 19 e 20 consente di evidenziare che il numero di pazienti residenti nella provincia di Parma che non afferisce alle strutture hub e di eccellenza dell'AOU di Parma è esigua, ad eccezione della Cardiochirurgia e della Neurochirurgia per i quali si osserva una "fuga" maggiore verso i presidi della Lombardia.

Tab. 15 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2007								Takala	0/ +-+- -
		AOU Parma		Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni **		Totale	% totale
07	Cardiochirurgia	130	36%	45	13%	34	9%	6	2%	215	60%
47	Centro Ustioni	30	94%	1	3%	0	0%	0	0%	31	97%
48	Nefrologia/ Trapianti	16	55%	5	17%	1	3%	3	10%	25	86%
30	Neurochirurgia	131	29%	80	17%	38	8%	55	12%	304	66%
Tota	Totale		35%	131	15%	73	8%	64	7%	575	65%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

Tab. 16 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2007								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni**		Totale	% totale
10	Maxillo Facciale	125	60%	54	26%	16	8%	9	4%	204	99%
11	Chirurgia Pediatrica	424	78%	82	15%	8	1%	13	2%	527	97%
65	Oncoematologia Pediatrica	80	67%	29	24%	2	2%	2	2%	113	95%
12	Chirurgia Plastica	143	61%	51	22%	24	10%	14	6%	232	99%
Tota	Totale		70%	216	20%	50	5%	38	3%	1076	97%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

Tab. 17 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2007								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni**		Totale	% totale
07	Cardiochirurgia	132	38%	1	0%	139	40%	64	18%	336	96%
47	Centro Ustioni	15	94%	0	0%	1	6%	0	0%	16	100%
48	Nefrologia/ Trapianti	2	10%	4	20%	11	55%	2	10%	19	95%
30	Neurochirurgia	203	46%	15	3%	168	38%	20	4%	406	91%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	23	70%	0	0%	2	6%	4	12%	29	88%
Tota	Totale		44%	20	2%	321	37%	90	10%	806	94%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza

^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.



^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.

^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.

Contesto di riferimento

Tab. 18 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

	Funzioni		Anno 2007							Totale	0/ totale
di Eccellenza		AOU I	Parma	a Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni**		Totale	% totale
10	Maxillo Facciale	52	55%	3	3%	31	33%	6	6%	92	98%
11	Chirurgia Pediatrica	85	61%	3	2%	32	23%	8	6%	128	91%
65	Oncoematologia Pediatrica	33	63%	0	0%	14	27%	2	4%	49	94%
12	Chirurgia Plastica	26	31%	5	6%	47	55%	3	4%	81	95%
Tota	ıle	196	53%	11	3%	124	33%	19	5%	350	94%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza

Tab. 19 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per disciplina hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

	Funzioni Hub	Anno 2007						Totale	%
Fullziotii Hub		Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni**		Totale	totale
07	Cardiochirurgia	10	2%	83	20%	4	1%	97	24%
47	Centro Ustioni	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
48	Nefrologia/Trapianti	1	2%	0	0%	1	2%	2	4%
30	Neurochirurgia	27	4%	78	11%	45	7%	150	22%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	3	3%	1	1%	3	3%	7	6%
Tota	le	41	3%	162	13%	53	4%	256	20%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma

Tab. 20 - Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2007						Totale	%
		Altri Presidi RER*		Lombardia**		Altre Regioni**		Totale	totale
10	Maxillo Facciale	6	3%	11	5%	8	3%	25	11%
11	Chirurgia Pediatrica	6	1%	5	1%	11	2%	22	4%
65	Oncoematologia Pediatrica	7	4%	0	0%	6	3%	13	7%
12	Chirurgia Plastica	3	1%	28	5%	10	2%	41	8%
Tota	lle	22	2%	44	3%	35	2%	101	7%

^{*} Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma

Nota: per il calcolo dell'indice di fuga non si è considerata la disciplina 49, in quanto presso le diverse Aziende di ricovero tale disciplina identifica genericamente (seppur con diversi progressivi) unità operative di Terapia intensiva e non necessariamente quelle di Anestesia e Rianimazione. Per quanto riguarda l'attività svolta da tale funzione hub all'interno del SIAT dell'Emilia Nord-Occidendentale, verrà dato dettaglio del bacino d'utenza territoriale nella sezione relativa agli indicatori contenuta nel paragrafo: "Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza" del capitolo 2 del presente volume.



^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.

^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.

^{**} La reportistica relativa alla mobilità passiva extra regionale a differenza di quella infra regionale è elaborabile solo per reparto dimettente.





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. Il capitolo è articolato su cinque ambiti.

- Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- Impatto sul contesto territoriale
- Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza
- Ricerca e didattica
- Assetto organizzativo



Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

Risultato d'esercizio

Nonostante l'esercizio 2007 presenti una perdita superiore rispetto a quella degli esercizi 2005 e 2006, l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali dell'esercizio 2007 possono considerarsi raggiunti. L'incremento dei costi e dei ricavi rispetto alle previsioni è da riferirsi all'attivazione del progetto del Nuovo Ospedale, alla nuova organizzazione del lavoro, all'attivazione di nuovi servizi e 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). Nell'anno 2007 si è infatti registrato un incremento dei costi e dei ricavi rispetto al Bilancio Economico Preventivo costruito sulla base dei vincoli di crescita definiti a livello regionale. Nello specifico l'incremento dei ricavi era previsto in relazione all'adeguamento del 2% delle tariffe dei ricoveri e al maggior gettito derivante dall'introduzione del ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche. Per quanto riguarda i costi, rispetto all'anno precedente, il limite di incremento per i beni e servizi era fissato nel 2% e per il personale nel mantenimento al netto dei costi derivanti dalle deroghe al divieto di assunzione concesse dalla Regione. Tali vincoli non tenevano conto delle effettive necessità per il mantenimento dei volumi quali-quantitativi di attività e per garantire l'attivazione di nuovi servizi e il funzionamento dei plessi del Nuovo Ospedale.

La perdita dell'esercizio 2007 risulta essere inferiore all'ammontare delle quote di ammortamento non oggetto del procedimento contabile di "sterilizzazione". Tale ammontare costituisce il limite entro il quale il risultato d'esercizio può essere definito in equilibrio economico-finanziario. Il risultato netto d'esercizio 2007 consente di affermare che l'obiettivo fissato dalla Regione Emilia-Romagna di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario è stato conseguito.

	2004	2005	2006	2007			
Risultato netto d'esercizio	-473	-10.805	-11.574	-12.164			
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 2007 abbia inciso pesantemente sul risultato operativo della gestione caratteristica il maggior incremento di "rimborsi", "ricavi diversi" e sterilizzazioni rispetto all'incremento dei "proventi e ricavi d'esercizio". La riduzione dei ricavi da ticket, conseguente all'eliminazione del ticket di 10 euro introdotto dalla Finanziaria 2007, è stata compensata da una assegnazione regionale, mentre l'ulteriore incremento dei contributi in c/to esercizio è stato utilizzato per finanziare i maggiori oneri derivanti dai rinnovi contrattuali.

	2004	2005	2006	2007
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	73,7%	-68,1%	-107,5%	-122,0%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	-173,7%	-31,9%	7,5%	22,0%

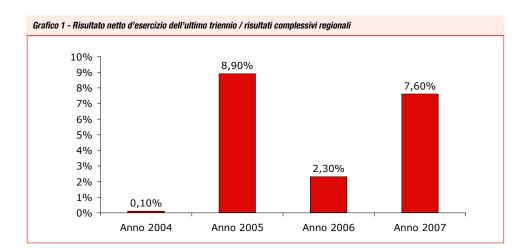
Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda, ottenuto dal rapporto tra il risultato della gestione caratteristica (ROC) e i ricavi disponibili, è influenzato dall'andamento del risultato netto d'esercizio rilevato nei diversi periodi. Occorre inoltre evidenziare che nel ricercare 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 2,1 milioni di euro di attività non remunerate.

	2004	2005	2006	2007
Risultato complessivo regionale	-582.225	-120.869	-498.383	(159.033)
Risultato netto d'esercizio / Risultato complessivo regionale	0,1%	8,9%	2,3%	(7,6%)

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, per quanto riguarda l'attività di diagnostica di laboratorio derivante dall'assorbimento da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle attività espletate direttamente dal Laboratorio dell'Azienda USL, tali indagini sono state effettuate presso i nostri laboratori a favore di pazienti che hanno eseguito i prelievi nelle sedi distrettuali della USL che ha introitato i relativi ticket. Le prestazioni sono confluite nel sistema di rilevazione regionale a favore dell'Azienda USL di Parma.

L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema nell'ultimo triennio risente dei contributi straordinari assegnati in base alla D.G.R. n. 559 del 2006 relativi all'esercizio 2005 finalizzati a raggiungere una complessiva situazione di equilibrio economico finanziario a livello regionale. Altra operazione che ha inciso sul risultato 2005 disposta dalla stessa deliberazione di Giunta, è la posta straordinaria contabilizzata quale insussistenza del fondo ferie del personale dipendente. Pertanto, il trend storico del risultato netto di esercizio, l'indice "risultato della gestione caratteristica/ricavi disponibili" e gli indici riferiti al contributo delle due gestioni aziendali (caratteristica e non caratteristica) rispetto alla formazione del risultato netto risentono di tali interventi. Infatti, nell'esercizio 2005 ha inciso pesantemente sul risultato operativo della gestione caratteristica la costituzione dei fondi relativi ai rinnovi contrattuali. Se tali accantonamenti non fossero stati effettuati, l'indicatore dell'anno 2005 sarebbe stato in linea con quello degli anni precedenti.

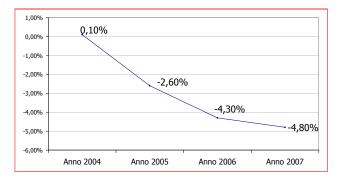
Il risultato netto aziendale ha così contribuito in termini percentuali alla realizzazione del risultato complessivo regionale (perdita) nei diversi esercizi:



L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva del sistema regionale, inteso come rapporto tra i risultati netto d'esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento e i risultati complessivi regionali, rileva un andamento corrispondente alle perdite registrate.

Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda confrontato con il trend regionale (risultati della gestione caratteristica dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento / ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale) mostra un andamento decrescente rispetto agli stessi indicatori di livello regionale. In particolare, il divario tra valore e costi della produzione evidenzia nell'esercizio 2007 un peggioramento della gestione caratteristica. Percentualmente i risultati della gestione caratteristica dell'Azienda (ROC) rispetto ai ricavi disponibili sono stati:

	2004	2005	2006	2007
Risultato della gestione caratteristica / Ricavi disponibili	0,1%	-2,6%	-4,3%	-4,8%



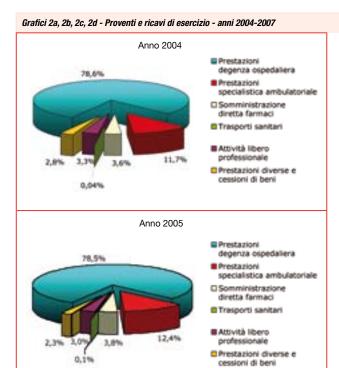
Proventi e ricavi d'esercizio

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 corso del 2007 è stata privilegiata la riorganizzazione di servizi/processi volti a garantire la continuità assistenziale e l'erogazione di prestazioni in funzione dell'intensità delle cure necessarie. In particolare, sono stati definiti da team multidisciplinari integrati (ospedale-territorio) tre importanti percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento delle due Aziende sanitarie provinciali: stroke care, sclerosi laterale amiotrofica e scompenso cardiaco. Sono state inoltre potenziate le reti regionali secondo

una maggiore integrazione del processo di cura e un più forte coordinamento trai i servizi sanitari provinciali e sovra-provinciali. Sono state consolidate le attività della rete cardiologica per assicurare il tempestivo accesso alle procedure interventistiche e dei grandi traumi (trauma center) per l'interazione tra fase acuta e fase riabilitativa. Nel corso del 2007 il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Parma standardizzato per età (utilizzando per la mobilità passiva extra-RER il dato 2006 non essendo ancora disponibile il 2007) ha registrato un ulteriore decremento rispetto all'anno precedente, risultando il regime ordinario pari alla media regionale mentre in day hospital di 2 punti superiore per maggiori ricoveri di tipo medico. Dall'analisi complessiva dei principali indicatori di attività si evince che nell'anno 2007 sono stati mantenuti i risultati conseguiti gradualmente in questi anni sia in termini di appropriatezza d'uso che in termini di efficienza. Quindi, a fronte di un'attività numericamente costante in regime ordinario si rileva un incremento dell'attrazione da fuori regione e un lieve decremento dei ricoveri da altre province della RER, un aumento della complessità della casistica trattata (il punto medio si conferma il secondo più elevato a livello regionale) e delle giornate di lungodegenza. In regime diurno si rileva un incremento di attività prevalentemente chirurgica e oncologica per trasferimento di attività chemioterapica dal regime ambulatoriale secondo le indicazioni regionali. Nell'anno 2007 la produzione in regime ambulatoriale è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2006 (+0,61%). Anche in termini di ricavi si è riscontrata una sostanziale stabilità (-0,3%). In particolare si osserva un incremento dell'attività dovuta al riassorbimento delle indagini svolte dai punti prelievo dell'Azienda USL e una riduzione delle prestazioni ambulatoriali non di laboratorio cui ha concorso il trasferimento dell'attività dialitica al territorio come stipulato nell'Accordo di fornitura con l'Azienda USL. 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 2007 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.

il modello operativo "hub&spoke" adottato al fine di realizzare





Anno 2006 Prestazioni degenza ospedaliera 76,8% specialistica ambulatoriale Somministrazione diretta farmaci Trasporti sanitari Attività libero Prestazioni diverse e sioni di beni 0.03% Anno 2007 Prestazioni 75.0% degenza ospedaliera specialistica ambulatoriale Somministrazione diretta farmaci Trasporti sanitari ■ Attività libero professionale 14.5% 5,1% 2.9% Prestazioni diverse e sioni di beni 0,03%

Per quanto riguarda i ricavi da prestazioni rese in mobilità (ricovero, ambulatoriali e somministrazione farmaci) a favore di pazienti residenti nei territori di competenza si evidenzia:

• Azienda USL di Parma i dati riportati nello schema di bilancio tra i proventi e ricavi d'esercizio corrispondono a quanto concordato in sede di predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e indicato nell'Accordo di fornitura. Unica eccezione il corrispettivo relativo alla somministrazione farmaci che è stato concordato a fine esercizio sulla base delle risultanze emerse dalla banca dati regionale. Si riporta, a confronto, la effettiva valorizzazione sulla base delle tariffe vigenti dell'attività prodotta e il corrispettivo concordato.

Tab. 1 - Valorizzazione alle tariffe vigenti delle attività in mobilità effettivamente rese all'AUSL di Parma

Tese all Ausl ul Fallila	
Ricoveri ordinari	153.129.146,13
Ricoveri stranieri	2.149.434,31
Prestazioni ambulatoriali	26.992.683,45
Prestazioni ambulatoriali (laboratorio ex Pintor)	4.356.165,84
Somministrazione farmaci	10.147.145,06
Totale valorizzazione attività	196.774.574,79
Remunerazione in basa all'Accordo	194.647.000,00
Totale attività non remunerate	2.127.574,79

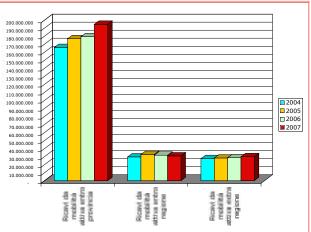
In sede di valutazione dell'attività prodotta, con l'Azienda USL di Parma si è tenuto prioritariamente conto di agire nel rispetto delle indicazioni regionali e ricercare l'equilibrio del sistema sanitario provinciale. L'unico adeguamento, come già accennato, ha riguardato il corrispettivo per la somministrazione farmaci.

 Aziende sanitarie infra-regionali si evidenziano decrementi dei ricavi per attività di ricovero, determinati prevalentemente dalla riduzione dei ricoveri di più alta complessità, e per l'attività di specialistica ambulatoriale. L'analisi dei dati in base alla mobilità attiva consente di appurare che il decremento dei ricoveri da altre province della regione è dovuto prevalentemente ai residenti di Reggio Emilia e ai pazienti provenienti da Ferrara (minore attività cardiochirurgica). Risultano invece in incremento i ricavi relativi alla somministrazione farmaci.

 Aziende extra-regionali si evidenziano modesti decrementi dei ricavi sia per l'attività di ricovero che per l'attività specialistica ambulatoriale.

Significativo incremento per i dati relativi alla somministrazione farmaci.

Grafico 3 - Ricavi da mobilità attiva - anni 2004-2007



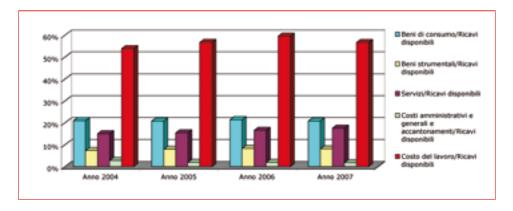
Costi della Produzione

L'assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale nell'ultimo triennio evidenzia il seguente trend:



Tab. 2 - Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

	2004	2005	2006	2007
Beni di consumo/Ricavi disponibili	21,0%	20,8%	21,4%	20,8%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	7,3%	7,9%	8,3%	8,1%
Servizi/Ricavi disponibili	15,0%	15,4%	16,5%	17,5%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	2,8%	1,9%	1,9%	1,8%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	53,8%	56,7%	59,5%	56,6%



Le risorse aziendali disponibili sono state per la maggior parte assorbite dal costo del lavoro, dall'acquisto di servizi non sanitari, 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 altri accantonamenti e le spese amministrative e generali.

L'aumento dei costi è da imputare a diversi fattori. Tra i più significativi, quelli conseguenti all'attivazione del Nuovo Ospedale che ha comportato la necessità di incrementare gli organici con conseguente incremento dei costi per il personale, per i servizi appaltati e per le utenze. I maggiori costi per acquisizioni di beni sanitari sono da attribuire principalmente all'attività di somministrazione farmaci.

Gli incrementi più rilevanti registrati nell'esercizio 2007 sono inoltre da attribuire: al consumo di sangue ed emoderivati, reagenti e diagnostici, materiale protesico e per osteosintesi e dispositivi medici (materiale per neurochirurgia e videola-

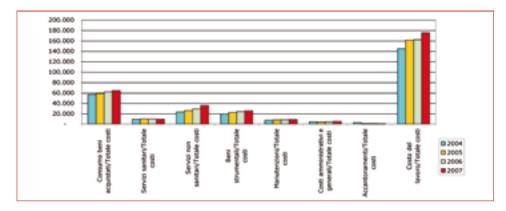
paroscopia); alle voci di costo relative all'acquisto di servizi non sanitari che hanno risentito delle conseguenze connesse all'attivazione del Global Service e dell'attivazione del Nuovo Ospedale, all'aumento dei fondi contrattuali e alla formazione. In aumento anche i costi per gli ammortamenti a seguito del ragguaglio all'intero esercizio dell'ammortamento di alcuni plessi del Nuovo Ospedale, e delle dotazioni in attrezzature e arredi, avviati a fine 2006.

In decremento risultano invece i costi per materiale radiografico (completa attivazione del sistema RIS/PACS), per prodotti per emodialisi (riduzione del numero di prestazioni che sono state progressivamente riassorbite dai CAL/CAD territoriali) e per l'acquisto di servizi sanitari (in particolare nel 2007 non è stata attivata, se non per un modesto importo, l'acquisizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da personale dipendente). Nello specifico, la composizione percentuale dei costi della produzione negli anni 2004-2007 è stata:

Tab. 3 - Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali - anni 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Totale Costi	268.664	292.023	301.060	324.944
Consumo beni acquistati/ Totale costi	21,0%	20,2%	20,5%	19,8%
Servizi sanitari/Totale costi	3,5%	3,4%	3,3%	2,9%
Servizi non sanitari/Totale costi	8,7%	8,8%	9,7%	11,0%
Beni strumentali/Totale costi	7,3%	7,7%	8,0%	7,8%
Manutenzioni/Totale costi	2,8%	2,7%	2,8%	2,7%
Costi amministrativi e generali/ Totale costi	1,7%	1,5%	1,5%	1,6%
Accantonamenti/Totale costi	1,1%	0,3%	0,3%	0,2%
Costo del lavoro/Totale costi	53,9%	55,2%	53,9%	54,0%





Per quanto riguarda il periodo 2004-2007, 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. Nel corso dell'esercizio 2007 l'Azienda si è impegnata, nel rispetto degli adempimenti sanciti con l'Intesa 23 marzo 2005 finalizzati, tra l'altro, al controllo della spesa sanitaria. L'obiettivo era particolarmente impegnativo, tenuto conto che i costi per l'acquisto di beni e servizi hanno avuto un andamento di crescita percentualmente più elevato rispetto alle risorse previste per il sistema sanitario per l'anno 2007. A livello aziendale sono state sviluppate politiche tendenti a:

- recuperare ulteriori margini di efficienza negli acquisto e gestione dei contratti di fornitura;
- sviluppare ulteriormente i processi di aggregazione della domanda in Area Vasta e ampliare la gamma dei beni e servizi acquistati in forma associata;
- dare maggiore impulso alle azioni dirette a fare di Intercent-ER lo strumento a sostegno delle strategie di acquisto del servizio sanitario regionale.

In particolare, in sede di Area Vasta nell'anno 2007 sono state messe in opera le seguenti azioni che hanno contribuito all'ulteriore miglioramento dei processi di acquisto:

- ulteriore estensione delle procedure di gara d'area per i dispositivi medici che rappresentano un settore in costante evoluzione e, quindi, di particolare criticità, anche in funzione dell'attenzione ad essi riservata dal legislatore nazionale, e sui quali esiste una minore letteratura di riferimento ed un maggiore necessità di integrazione e confronto di quella ormai consolidata in materia di farmaci;
- estensione delle procedure di gara anche ad altre tipologie di beni fino ad ora non oggetto di gare condivise (es. studi di fattibilità per forniture in service) e incremento delle gare per l'acquisizione di attrezzature sanitarie e dei relativi materiali di consumo, con sempre maggiore coinvolgimento dei professionisti dell'ingegneria clinica;
- ulteriore sviluppo del progetto per la logistica del materiale sanitario al fine di disporre all'avvio del magazzino unico AVEN, previsto a partire dal 2009, dell'analisi dei flussi organizzativi interni relativi agli acquisti e alla distribuzione ai reparti dei beni che saranno oggetto di stoccaggio centralizzato oltre alla valutazione della capienza e funzionalità dei

depositi secondari nonché l'ulteriore studio del sistema di gestione dello stesso materiale nei reparti di degenza.

La Legge Finanziaria 2007 ha inoltre confermato il principio dell'adesione obbligatoria alle convenzioni-quadro stipulate da CONSIP ovvero ai parametri di prezzo-qualità alla base delle stesse convenzioni e affermato l'obbligatorietà del ricorso alle centrali regionali di acquisto, scegliendo il modello già proprio della realtà emiliano-romagnola realizzato con Intercent-ER, l'Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici, con la legge regionale 24 maggio 2004 n. 11 "Sviluppo regionale della società dell'informazione".

La Direzione aziendale ha attivato tutte le procedure ed i controlli interni ed esterni previsti dalla legge in caso di acquisti in autonomia di beni e servizi comparabili, similari ma con caratteristiche non comparabili e di acquisti caratterizzati dall'urgenza qualora questa derivi da situazioni oggettive di imprevedibilità o indipendenti dal potere decisionale dell'azienda. Le azioni di governo economico della spesa sono state quindi orientate alla razionalizzazione ed ottimizzazione dei beni di consumo e dei servizi al fine di garantire l'equilibrio economico e finanziario mantenendo i livelli di assistenza e assicurando gli adempimenti di carattere sanitario. Tuttavia, i costi per beni e servizi risultano in costante aumento. L'incremento di alcuni costi per beni sanitari quali: presidi sanitari, materiale protesico cardiochirurgico, emoderivati, materiale laboratorio analisi e altro materiale protesico trovano il loro fondamento nella presenza di attività di alta specialità (emodinamica, elettrofisiologia, angiografia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, otoneurochirurgia, virologia, eccetera) e nell'introduzione e diffusione di prodotti "innovativi" finalizzati ad una maggiore efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate (materiale per videolaparoscopia, materiale di consumo legato all'introduzione di nuove tecnologie, maggiore utilizzo di tessuto non tessuto, eccetera) nonché al recupero di mobilità passiva, così come definito in sede di Accordo di fornitura con l'Azienda USL, e alla realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Locale 2005-2007. La riduzione di consumo di materiale radiografico è invece attribuibile alla definitiva implementazione del sistema RIS/PACS che ha determinato un drastico calo nei consumi di lastre radiografiche. Mentre, per quanto riguarda il materiale di emodialisi, il decremento è frutto del perseguimento dell'obiettivo provinciale che prevede il trasferimento dei pazienti dagli ambulatori ospedalieri ai CAL/ CAD territoriali. I service sanitari hanno avuto un incremento complessivo del 3% rispetto all'anno 2006 determinato sostanzialmente dall'aumento dell'interventistica in service con l'introduzione e la diffusione di metodiche innovative (sistemi

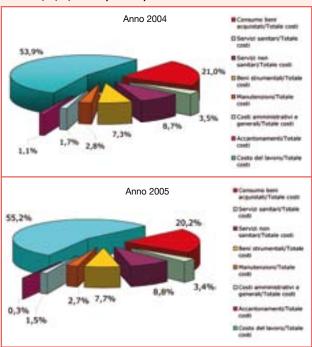


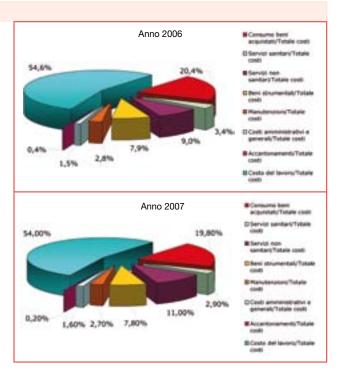
di ablazione dei tumori, sistemi di prevenzione di TVP, sistemi di riscaldamento pazienti, eccetera). La diagnostica in service si è mantenuta costante rispetto all'anno 2006 nonostante un incremento delle attività di laboratorio legata soprattutto al riassorbimento dei punti prelievo dell'Azienda USL di Parma (n. 104.500 prestazioni in più rispetto al 2006). L'impegno aziendale rivolto all'espletamento di nuove procedure di gara per i laboratori e l'introduzione di contratti di service a determinazione hanno reso possibile ottimizzare ulteriormente il processo produttivo legato a queste prestazioni. L'incremento dei costi relativi all'acquisto di servizi non sanitari il cui trend in crescita è correlato, come più volte accennato, all'attivazione del Nuovo Ospedale (servizi tecnici, utenze). Nel corso dell'anno 2007, come si evince anche dalla diminuzione dei costi per l'acquisto di beni di consumo non sanitari (generi alimentari), sono stati esternalizzati servizi prima prodotti internamente e attivate nuove funzioni per migliorare il comfort degli utenti. Sono stati resi operativi i servizi previsti nel Global

Service riguardanti: servizi di accompagnamento degenti, trasporti in ambulanza, vigilanza, ristorazione degenti, lavanolo e guardaroba, smaltimento rifiuti sanitari a rischio, trasporti non sanitari, servizi di pulizia, disinfezione e disinfestazione.

Rispetto all'anno 2006 il costo per medicinali, comprensivo dei farmaci in compensazione, è incrementato del 13% (pari a +2,95 ml.). In particolare, si evidenzia che la categoria dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori ha fatto registrare nel 2007 un aumento della spesa di circa l'11% rispetto al 2006, gli antimicrobici del 9,5% addebitabile soprattutto ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo, e il fattore VII ricombinante per la cura dell'emofilia. Parallelamente, si rilevano maggiori ricavi per farmaci in compensazione (+28%). Si tratta, in particolare, di farmaci antineoplastici ad azione immunosoppressiva che rientrano tra le molecole innovative definite nella Circolare n. 3/2007 della Regione Emilia-Romagna e quindi soggetti a rimborso al 50% se somministrati in regime di ricovero (ordinario e day hospital).

Grafici 4a, 4b, 4c, 4d - Composizione percentuale costi - anni 2004-2007





Andamento Consumo Farmaci

L'andamento, in termini di valore, del consumo interno di farmaci nel periodo 2004-2007 è stato il seguente:

	Medicinali acquistati	Variazione delle rimnenze	Somministrazione diretta farmaci File F	Consumo Interno
2004	19.126.357	- 88.152	8.634.159	10.580.350
2005	20.892.477	- 31.003	9.599.030	11.324.450
2006	23.576.042	- 2.812.906	10.846.298	15.542.650
2007	26.524.394	75.943	13.837.334	12.611.117

A fronte di acquisti di medicinali superiori del 13% rispetto all'esercizio precedente, si rilevano maggiori ricavi per i farmaci oggetto di compensazione (file F). Si tratta, nello specifico, di farmaci antineoplastici ad azione immunosoppressiva che rientrano tra le molecole innovative definite nella Circolare n. 3/2007 della Regione Emilia-Romagna per cui si prevede un rimborso del 50% del costo del farmaco se somministrato in regime di ricovero (ordinario e day hospital). Complessivamente, a parità di attività, nell'esercizio 2007 il consumo interno di farmaci (al netto dei farmaci in compensazione e della variazione delle rimanenze) evidenzia una diminuzione dei costi pari al 19% rispetto all'esercizio precedente.



Profilo aziendale

Di seguito si fornisce il dettaglio del confronto esercizio 2007 vs 2006 della percentuale sul totale del valore dei farmaci in compensazione registrato per ciascuna causale di erogazione:

Tab. 4 - Farmaci in compensazione economica "File F" - confronto 2006-2007

	Anno 2007	Anno 2006	Differenza
	Percentuale sul valore totale	Percentuale sul valore totale	
Dimissione Degenze	2,72%	3,62%	-0,91%
Dimissione DH	-	0,001%	-0,001%
Ambulatoriale	60,11%	63,01%	-2,90%
Day Hospital	9,96%	12,12%	-2,16%
Day Service	-	0,02%	-0,02%
Fattori della Coagulazione	10,74%	7,34%	3,40%
Paziente Cronico	3,21%	13,88%	-10,66%
Circ. 3/07 DH	12,24%	-	12,24%
Circ. 3/07 regime ordinario	1,02%	-	1,02%

I costi anno 2007 relativi a medicinali e altri prodotti terapeutici, classificati in base all'ATC, evidenziano la seguente composizione in termini di percentuale sul valore totale degli acquisti e di percentuali cumulate:

ATC	Descrizione	Numero unità	Valore	Percentuale sul valore totale	Percentuale cumulata
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	270.340	11.404.809	37,9%	37,9%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.612.252	8.806.962	29,2%	67,1%
В	Sangue e organi emopoietici	2.757.269	5.342.245	17,7%	84,9%
N	Sistema nervoso	1.040.127	995.902	3,3%	88,2%
V	Vari	178.823	966.917	3,2%	91,4%
Α	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.541.472	824.370	2,7%	94,1%
М	Sistema muscolo-scheletrico	408.716	671.868	2,2%	96,3%
С	Sistema cardiovascolare	1.520.282	252.022	0,8%	97,2%
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	82.814	238.372	0,8%	98,0%
R	Sistema respiratorio	303.255	189.301	0,6%	98,6%
Н	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	359.174	175.242	0,6%	99,2%
D	Dermatologici	50.908	124.387	0,4%	99,6%
S	Organi di senso	107.054	74.346	0,2%	99,8%
Р	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	24.433	47.960	0,2%	100,0%
Tot	Totale		30.114.701		

N.B.: la tabella non comprende i farmaci privi di classificazione ATC (es. alcuni farmaci galenici, farmaci esteri ecc.). I valori sono comprensivi delle rimanenze finali di esercizio

ATC	Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	270.340	271.037	-697
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.612.252	1.629.306	-17.054
В	Sangue e organi emopoietici	2.757.269	2.601.272	155.997
N	Sistema nervoso	1.040.127	951.609	88.518
٧	Vari	178.823	170.615	8.208
Α	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.541.472	1.493.794	47.678
М	Sistema muscolo-scheletrico	408.716	384.095	24.621
С	Sistema cardiovascolare	1.520.282	1.455.106	65.176
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	82.814	71.376	11.438
R	Sistema respiratorio	303.255	292.905	10.350
Н	Preparati ormonali sist., esclusi ormoni ses.	359.174	346.533	12.641
D	Dermatologici	50.908	51.151	-243
S	Organi di senso	107.054	69.840	37.214
Р	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	24.433	18.968	5.465



Le tabelle mostrano l'andamento dei consumi di farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC e nel confronto tra esercizio 2006 e 2007. Le categorie dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, dei farmaci antimicrobici e dei farmaci del sistema sangue costituiscono una spesa pari all'84,9% della spesa totale. In particolare, la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2007 un aumento della spesa relativa di circa l'11% rispetto a quella del 2006, a sua volta già in aumento del 20% rispetto a quella del 2005. Tale aumento assorbe circa il 36% dell'aumento totale della spesa per farmaci classificati come ATC. Gli antimicrobici, nonostante una consistente diminuzione delle dosi singole consumate, hanno fatto registrare un aumento della spesa del 9,5 % rispetto al 2006 addebitabile in particolare ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo. L'aumento di circa il 24% registrato nella categoria dei farmaci del sangue è sostenuto interamente dal fattore VII ricombinante (Novoseven) per la cura dell'emofilia. Recuperi di risparmio sono registrati nelle categorie dei farmaci vari, del sistema cardiovascolare, dei farmaci antiparassitari e dermatologici. Nella tabella sottostante sono riportati i dati di adesione della prescrizione ai lotti di gara AVEN posti in equivalenza terapeutica; tali dati sono dimostrativi di un ottimo livello di adesione, come del resto già dimostrato dai report AVEN che pongono la nostra Azienda al di sopra della media di adesione attesa alle gare AVEN 2007 e prima tra le aziende ospedaliere, e di una conseguente appropriatezza prescrittiva costantemente sorvegliata e monitorata.

Tab. 5 - Monitoraggio dell'aderenza prescrittiva ai lotti di farmaci aggiudicati in equivalenza terapeutica in unione d'acquisto - anno 2007

Descrizione	Equivalenza stabilita	% adesione prescrizione	Note
EBM Dalteparina U.I. Enoxaparina U.I. Reviparina U.I. Totale U.I.	70% Daltep. 30% altre	74,6% 25,4%	Il calcolo è stato fatto riducendo tutto a totale di U.I.
MACROLIDI Azitromicina 500 mg E.V. Claritromicina 500 mgE.V. Azitromicina 500 mg cp Claritromicina 500 mg cp Claritromicina 250 mg cp Azitromicina Sciroppo Claritromicina Sciroppo	80% Azitro 20% Claritro	100% 0% 93,4% 6,6%	Il calcolo è stato fatto riducendo le forme orali in grammi e calcolando le % rispettive.
ACE-INIBITORI Ramipril 2.5 mg cp Ramipril 5 mg cp Ramipril+ idroclorotiazide Enalapril 5mg cp Enalapril 20 mg cp Lisinopril Perindopril 4 mg cp Fosinopril 20 mg cp Quinapril 5 mg cp Quinapril 5 mg cp Quinapril 20 mg ci	70% Ra- mipril 30% altri	89% 11%	Le % di prescrizione sono state calcolate confrontando i totali dei dosaggi della molecola aggiudicata con la somma dei totali dei dosaggi delle altre molecole.
ERITROPOIETINE E.beta 1.000 U.I. E.beta 2.000 U.I. E.beta 4.000 U.I. E.beta 6.000 U.I. E.beta 10.000 U.I. E.beta 30.000 U.I. Darbepoetina 30 mcg	70% Epo beta 30% altre	100%	
SARTANI Valsartan 80 mg cp Valsartan 160 mg cp Candesartan 8 mg cp Candesartan 16 mg cp Losartan 50 mg cp Irbesartan 150 mg cp Irbesartan 300 mg cp	80% Valsartan 20% altri	60% 40%	Il calcolo della % di prescrizione è stato fatto paragonando i totali dei dosaggi della molecola aggiudicata con la somma dei totali dei dosaggi delle altre molecole.
CARBAPENEMI Meropenem 500 mg E.V. Meropenem 1 gr E.V. Imipenem 500 mg E.V. Imipenem 500 mg I.M.	100 % Meropenem	98,5% 1,5%	Il calcolo è stato fatto paragonando i totali dei dosaggi dei due farmaci. Utilizzo Centro Fibrosi Cistica



Descrizione	Equivalenza stabilita	% adesione prescriz	Note
PENICILLINE + INIBIT. BETA- LATTAMASI Ampicillina sulb. 1,5 gr E.V. Ampicillina sulb. 3 gr E.V. Ampicillina sulb. 1,5 gr. I.M. Amoxicillina clav. 1,2 gr E.V. Amoxicillina clav. 2,2 gr E.V.	100 % Ampicillina sulb.	100%	Il calcolo è stato fatto paragonando i totali dei dosaggi dei due farmaci.
CHINOLONICI Moxifloxacina 400 mg cp Levofloxacina 500 mg cp Levofloxacina 250 mg cp	100 % Moxifloxa- cina	100%	
PPI Lansoprazolo 30 mg cp Lansoprazolo orodis.30mg cp Omeprazolo 10 mg cp	100% Lansopra- zolo	100%	
H2-ANTAGONISTI Ranitidina 150 mg cp Ranitidina 50 mg fl Ranitidina sciroppo Altri	100% Ranitidina	100%	
CaANTAGONISTI Felodipina 5 mg cp Felodipina 10 mg cp Amlodipina 10 mg cp Nifedipina 10 mg cp	60% Felodipina 40% altri	54%	
Nifedipina 20 mg cp Nifedipina 30 mg cp Nifedipina 60 mg cp	.576 ann	4070	



Attribuibile a Sebastiano Ricci, dipinto raffigurante ritratto di Betzabea nel bagno con le damigelle, 1680-95 ca., olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)



Il dettaglio dei primi 30 farmaci in ordine decrescente di spesa nell'anno 2007 ed il loro rapporto differenziale con l'anno 2006 è illustrato nelle tabelle seguenti. Come si può notare, le 30 molecole sono ovviamente in gran parte appartenenti alle tre categorie terapeutiche (ATC) prime nella classifica della spesa. Occorre specificare che tale griglia include comunque vari prodotti soggetti a compensazione economica completa (ad esempio antiretrovirali, anticorpi monoclonali per la cura dell'artrite reumatoide, interferone, fattori per la cura

dell'emofilia eccetera). Gli elementi rilevanti di tale tabella, in riferimento alle molecole a maggior induzione di aumento dei spesa, sono dunque oltre alle molecole strettamente antiblastiche, gli anticorpi monoclonali e gli antiretrovirali. Segnale positivo viene invece dalle molecole Rituximab e Verteporfina in regressione di prescrizione e di spesa. Per la Verteporfina, la regressione della spesa è da mettere in relazione ai trattamenti per la maculopatia retinica con il farmaco Bevacizumab a vantaggioso rapporto di costo.

ATC	Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza unità	Valore 2007	Valore 2006	Differenza valore
В	Fattore VII attivato ricomb.FI1,2mg (60 kui)	1.499	397	1.102	1.293.628	342.608	951.019
L	Rituximab 500mg/50ml flac. Ev monouso	743	855	- 112	1.054.766	1.235.187	- 180.421
L	Imatinib mesilato mg 100 cp	52.440	46.200	6.240	955.137	863.137	92.000
L	Infliximab mg 100 fl ev	1.782	1.371	411	902.789	700.151	202.638
J	Emtricitabina mg 200 + tenofovir mg 450 cp	61.920	33.810	28.110	899.829	488.038	411.791
L	Trastuzumab 150 mg fl ev	1.273	845	428	801.282	554.838	246.444
В	Albumina umana fl.20% MI 50 ev	26.708	24.083	2.625	790.290	712.566	77.724
L	Etanercept mg 25 fl + sir	5.916	5.404	512	769.921	705.564	64.357
J	Immunoglobulina umana ev fl. Mg 5000	6.285	5.360	925	714.350	609.067	105.283
J	Abacavir mg 600 + lamivudina mg 300 cp	51.960	34.620	17.340	684.742	457.197	227.545
L	Adalimumab mg 40 fl - siringa ml 0,8	1.190	782	408	614.881	405.395	209.486
J	Teicoplanina fl.Mg 200 im e ev	26.109	25.376	733	542.729	531.587	11.142
J	Lopinavir mg 200 + ritonavir mg 50 cp os	161.640	198.420	- 36.780	502.550	427.577	74.974
J	Lamivudina mg 150 + zidovudina mg 300 cp	94.860	111.900	- 17.040	499.222	617.283	- 118.061
L	Interferone beta 1a 30mcg (6mil.U.I.) MI	2.488	2.240	248	474.872	444.693	- 30.180
L	Pemetrexed (disodico) 500 mg flac. Ev	328	280	48	395.075	282.410	112.665
J	Atazanavir mg 150 cp	67.200	41.160	26.040	391.455	239.912	151.543
L	Bortezomib mg 3,5 fl	345	137	208	382.140	154.920	227.220
J	Efavirenz mg 600 cp rivestita	47.760	47.460	300	357.533	357.540	- 7
J	Levofloxacina fl ev mg 500 100ml	15.473	12.699	2.774	355.506	308.410	47.095
L	Oxaliplatino 100mg fl ev	1.162	1.093	69	351.541	396.063	- 44.521
L	Gemcitabina 1g fl ev	2.718	2.482	236	341.772	315.750	26.023
J	Abacavir mg300+lamiv mg150+ zidov mg300 cp	40.560	56.160	- 15.600	340.438	494.931	- 154.493
L	Filgrastim 30mil u/0.5ml fl - siringa (300 mcg)	6.334	5.940	394	338.230	321.932	16.299
Α	Idursulfase mg2/ml fl 3ml	96	24	72	308.880	77.220	231.660
L	Rituximab 100 mg/10ml fiala ev	954	1.160	- 206	271.688	334.833	- 63.146
S	Verteporfina mg 15 fl ev	228	302	- 74	262.222	354.842	- 92.620
М	Acido zoledronico 4 mg fl ev	1.225	1.383	- 158	256.449	295.150	- 38.701
L	Docetaxel anidro 80mg + fl 6ml	453	410	43	247.830	224.167	23.663
J	Meropenem fl 1000mg ev	14.230	12.790	1.440	244.217	222.089	22.128
Tota	ale	695.879	675.143	20.736	16.345.962	13.475.054	2.870.908
N.E	3.: I valori sono comprensivi delle rimanenze finali	di esercizio					

In dettaglio, come si evince dalle tabelle riportate di seguito, l'aumento di spesa è articolato all'interno della classe dei farmaci per la cura dei tumori e, nello specifico, nell'esercizio 2007 ha riguardato in larga misura le categorie degli antineoplastici e delle sostanze ad azione immunosoppressiva. In pratica, queste due categorie, nel 2007 rispetto al 2006, pur diminuendo dal punto di vista delle quantità impiegate

di farmaco (unità posologiche) sono notevolmente aumentate dal punto di vista della spesa relativa dimostrando un ricorso sempre più massiccio alle molecole innovative di maggior costo. Le categorie dei farmaci immunostimolanti e per la terapia endocrina dei tumori sono in leggero calo. Per l'oxaliplatino le condizioni di prezzo più vantaggiose hanno comportato una diminuzione di spesa anche a fronte di un incremento di uso.



ATC	Descrizione	Numero unità 2007	Valore 2007
L01	Antineoplastici	173.787	6.516.562
L04	Sostanze ad azione immunosoppressiva	74.193	2.472.614
L03	Immunostimolanti	18.718	1.309.688
L02	Terapia endocrina	3.642	69.144

ATC	Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza
L01	Antineoplastici	173.787	174.008	-221
L04	Sostanze a azione immunosoppressiva	74.193	76.181	-1.988
L03	Immunostimolanti	18.718	18.491	227
L02	Terapia endocrina	3.642	2.357	1.285

Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza
Rituximab 500 mg/50 ml flac. Ev	743	855	-112
Imatinib mesilato mg 100 cp	52.440	46.200	6.240
Trastuzumab 150 mg fl ev	1.273	845	428
Pemetrexed 500 mg flac. Ev	328	280	48
Bortezomib mg 3,5 fl	345	137	208
Oxaliplatino 100 mg fl ev	1.162	1.093	69
Gemcitabina 1g fl ev	2.718	2.482	236
Rituximab 100 mg/10ml fiala ev	954	1.160	-206
Verteporfina mg 15 fl ev	228	302	-74
Docetaxel anidro 80mg + fl 6ml	453	410	43
Bevacizumab 400 mg/ 16 ml	155	48	107
Temozolomide 100 mg cp x os	1.845	1.695	150
Cetuximab 100 mg flac ev 50 ml	656	1.020	-364
Sunitinib malato mg 50 cp	720	0	720
Oxaliplatino 50 mg fl ev	712	490	222
Capecitabina 500 mg cp	29.760	38.280	-8.520
Erlotinib cloridrato cp 150 mg os	1.260	240	1.020
Temozolomide 250 mg cp x os	435	510	-75
Docetaxel anidro 20 mg +fl1,5ml	572	365	207
Irinotecan 100 mg fl. 5 Ml ev	1.128	1.172	-44

La categoria dei farmaci antivirali per la cura dell'HIV ha avuto un forte peso (61%) sull'aumento di tutta la classe degli antimicrobici nel 2007 rispetto al 2006. A fronte di una sostanziosa diminuzione delle dosi singole utilizzate, il forte aumento di spesa dimostra il ricorso alle molecole più innovative e recenti di alto costo. L'aumento di spesa degli antibatterici per uso sistemico è invece da mettere in relazione all'aumento dell'impiego in terapia. Per gli antimicotici sistemici è rilevabile una consistente diminuzione della spesa a fronte di un sostanziale pareggio delle dosi singole impiegate in conseguenza di sorveglianza sull'appropriatezza prescrittiva in rapporto all'economicità dei trattamenti.

ATC	Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza
J05	Antivirali per uso sist.	892.200	947.386	-55.186
J01	Antibatterici per uso sist.	664.342	614.495	49.847
J06	Sieri immuni e immunogl.	10.248	9.523	725
J02	Antimicotici per uso sist.	25.244	25.255	-11
J07	Vaccini	2.589	3.226	-637
J04	Antimicobatteri	17.629	29.421	-11.792

L'andamento della spesa dei farmaci immunosoppressori utilizzati nei trapianti d'organo nel confronto tra 2006 e 2007, è leggermente in diminuzione nel suo complesso:

Tab. 6 - Farmaci immunosoppressori usati nei trapianti d'organo

Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza unità	Valore 2007	Valore 2006	Differenza valore		
Basiliximab mg 20 fl ev	56	50	6	62.671	55.777	6.895		
Immunogl coniglio antitimociti u. 25 Mg fl	321	300	21	38.632	55.080	-16.448		
Tacrolimus mg 1 cp	17.460	17.220	240	28.266	28.227	39		
Micofenolato mofetile 500 mg cps	11.050	14.050	-3.000	27.072	35.914	-8.842		
Tacrolimus mg 5 cp	1.080	270	810	8.103	2.126	5.976		
Ac micofenolico sale sodico mg 360 cp	1.950	550	1.400	4.309	1.221	3.088		
Micofenolato mofetile 250 mg cp	3.400	2.800	600	4.191	3.572	619		
Ciclosporina sol. Mg 100/ml ml 50 os	37	29	8	3.896	3.136	760		
Tacrolimus mg 0,5 capsula	4.440	5.910	-1.470	3.353	4.527	-1.174		
Ciclosporina cp. Mg 100 os	1.350	2.520	-1.170	2.914	5.442	-2.528		
Ciclosporina cp. Mg 50 os	2.450	3.800	-1.350	2.793	4.409	-1.616		
Sirolimus mg 1 cp os	400	300	100	1.627	1.214	413		
Ciclosporina cp. Mg 25 os	1.650	1.450	200	973,5	875,6	98		
Ciclosporina fl. Mg 50/ml fl da 5ml	110	120	-10	830,5	914,1	-84		
Azatioprina cp. Mg 50 os	5.400	4.150	1.250	793,1	605	188		
Tacrolimus 5 mg 1ml e.V. Fl	20	10	10	605	312,4	293		
Everolimus mg 0,25 cp	180	0	180	360,8	0	361		
Totale	51.354	53.529	-2.175	191.389	203.352	-11.963		
N.B.: I valori sono comprensivi delle rimanenze finali di esercizio								

Si rileva invece un andamento fortemente in crescita, sia per consumo di dosi singole impiegate sia per spesa conseguente (+35%), dei farmaci biologici utilizzati nella cura dell'artrite reumatoide e nella psoriasi moderata severa secondo il progetto ministeriale PSOCARE.



Tab. 7 - Farmaci biologici anti TNF

Descrizione	Numero unità 2007	Numero unità 2006	Differenza unità	Valore 2007	Valore 2006	Differenza valore
Etanercept mg 25 fl sir	7.124	5.404	1.720	928.974	705.564	223.410
Infliximab mg 100 fl ev	1.782	1.371	411	902.789	700.151	202.638
Adalimumab mg 40 fl-sir	1.190	782	408	614.881	405.395	209.486
Totale	10.096	7.557	2.539	2.446.644	1.811.110	635.534

N.B.: I valori sono comprensivi delle rimanenze finali di esercizio

Un considerevole risparmio si è ottenuto attraverso lo shift da Verteporfina a Bevacizumab nel trattamento della maculopatia retinica (-77.461). È inoltre evidente anche la forte differenza di spesa in aumento nei casi in cui occorre utilizzare il Pegaptanib per pazienti con problemi cardiovascolari:

Anno 2006				Anno	2007		
Verteporfina		Vertep	Verteporfina		ab mg100	Pegaptanib	
Unità	Valore	Unità	Valore	Unità	Valore	Unità	Valore
302	322.584	228	238.384	12	3.252	5	3.487

1 semestre 2007							
Vertep	oorfina	Bevacizum	nab mg100	Pegaptanib			
Unità	Valore	Unità	Valore	Unità	Valore		
138	144.285	0	0	0	0		

2 semestre 2007							
Verteporfina		Bevacizumab mg100		Pegaptanib			
Unità	Valore	Unità	Valore	Unità	Valore		
90	94.099	12	3.252	5	3.487		

Sostenibilità finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità anno 2007 (fonti - impieghi)

Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica dei flussi monetari (modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie) dell'Azienda nell'anno 2007 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento di tali flussi. Dall'analisi del prospetto relativo all'esercizio 2007 emerge che il saldo negativo delle disponibilità liquide finali risulta diminuito rispetto a quello iniziale.

Per quanto riguarda la gestione corrente, il risultato negativo (-38,5 milioni) è indice di un forte assorbimento di risorse finanziarie. Per la parte dell'attivo si è registrato un aumento dei crediti di breve periodo nei confronti della Regione Emilia-Romagna, soprattutto per contributi indistinti: il trasferimento per cassa di parte di queste poste dell'attivo è avvenuto solo nei primi mesi dell'anno 2008. Oltre all'incremento dei crediti, che rappresenta un impiego di capitale, si è verificato un ulteriore impiego: la diminuzione dei debiti verso fornitori (pari a 21 milioni circa).

La gestione extracorrente, che ha prodotto un net cash di quasi 42 milioni di euro, è la fonte che ha reso possibile il miglioramento delle posizioni debitorie e nei confronti delle ditte fornitrici. Tale importo scaturisce dalle cessioni immobiliari intervenute nell'anno 2007, dall'erogazione della quota residua del mutuo pari a 27 milioni e dal trasferimento di contributi in conto capitale (in prevalenza ex art. 20 legge n. 67/88). A fronte di un ammontare di fonti pari a circa 65 milioni, sono

stati impiegati in investimenti: 18,6 milioni per immobilizzazioni e circa 5 milioni per il pagamento delle quote capitale delle rate dei mutui contratti. Il flusso di cassa della gestione extracorrente ha inoltre permesso di diminuire il ricorso all'anticipazione da parte del Tesoriere (-3,3 milioni).

Nell'esercizio 2007 si è quindi verificato un notevole squilibrio tra la parte corrente, fortemente deficitaria, e quella extracorrente che ha invece beneficiato di eventi straordinari (alienazioni patrimoniali e mutui). La gestione extracorrente ha evitato l'inasprimento del debito verso i fornitori e le prevedibili conseguenze (disservizi, aumento dei costi di fornitura e degli interessi passivi). La durata dell'esposizione verso i fornitori intesa come debiti medi per forniture in conto esercizio è oscillata, nel corso dell'esercizio 2007, tra i 180 e i 210 giorni dalla data di ricevimento della fattura. La durata di esposizione è migliorata rispetto agli anni precedenti in relazione all'utilizzo del net cash prodotto dalla gestione extracorrente che, come prima esposto, ha evitato un'impennata dei debiti verso fornitori e i derivanti disservizi ed aumenti dei costi di fornitura e degli interessi passivi.

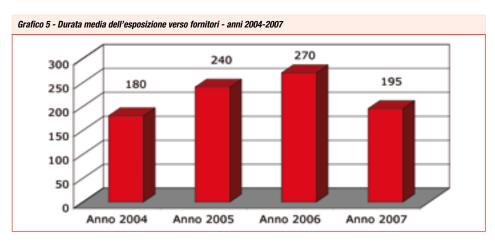
Contrariamente a quanto verificatosi nel 2006, esercizio fortemente critico per la liquidità in conseguenza dei mancati trasferimenti delle risorse statali a conguaglio delle quote del Fondo Sanitario Nazionale relative al 2005 e per la necessità di corrispondere al personale dipendente gli emolumenti derivanti dall'applicazione dei C.C.N.L. e degli arretrati relativi agli anni precedenti, il 2007 ha beneficiato di eventi straordinari che hanno consentito di sopperire al notevole squilibrio della parte corrente, fortemente deficitaria, rispetto a quella extracorrente.



Profilo aziendale

RENDICONTO DI LIQUIDITA' - FONTI-IMPIEGHI - 2007	
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	
a) Cassa	2.029
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-12.399.222
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-12.397.193
OFSTIONE CORPENTE	
GESTIONE CORRENTE	40 400 774
a) Risultato economico dell'esercizio (+utile, -perdita)	-12.163.774
b) + ammortamenti	17.637.729 -5.454.477
c) - quota utilizzo contributi in c/capitale d) + accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI" (al netto dell'utilizzo)	-5.454.477
e) + accantonamenti per rischi ed oneri (al netto degli utilizzi)	-1.971.515
f) + minusvalenze da svalutazioni contabili	0
q) - plusvalenze da rivalutazioni contabili	0
h) + altri costi non monetari	0
i) - altri ricavi non monetari	0
j) + minusvalenze da cessione	70.789
k) - plusvalenze da cessione	-9.147
l) - sopravv. attive per cessione cespiti sterilizzati	0
m) - sopravvenienze attive donazioni	0
n) -incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0
o) ± variazione scorte (+decremento; -incremento)	-202.248
p) ± variazione crediti "non finanziari" (+decremento; -incremento)	-12.530.005
q) ± variazione ratei e risconti attivi (+decremento; -incremento)	-89.937
r) ± variazione debiti "non finanziari" (-decremento; +incremento)	-24.269.410
s) ± variazione ratei e risconti passivi (-decremento; +incremento)	390.057
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	-38.591.938
GESTIONE EXTRACORRENTE	
1) FONTI per disinvestimenti	19.175.556
a) di immobilizz. immat. e materiali	19.175.556
b) di immobilizz. finanziarie e varie	0
2) FONTI per nuovi finanziamenti	46.213.628
a) da mutui	27.000.000
b) da altri finanziamenti diretti	
c) da contributi in c/capitale	19.213.628
TOTALE FONTI	65.389.184
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-18.644.833
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-18.644.833
b) in immobilizzazioni finanziarie e varie	0
	-4.897.429
2) IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti	
IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti a) da mutui	
	-2.840.914
a) da mutui	-2.840.914 -2.056.515
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922 0
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI a) Cassa	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922 0
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI a) Cassa b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI a) Cassa b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo) c) + c/c postale	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922 0 2.622 0 0 -9.144.831
a) da mutui b) da altri finanziamenti diretti TOTALE IMPIEGHI TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE CONTRIBUTI Contributi per ripiano perdite DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI a) Cassa b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo) c) + c/c postale d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-2.840.914 -2.056.515 -23.542.262 41.846.922 0 2.622 0 0





Sostenibilità patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli esercizi 2004-2007 riclassificato in chiave finanziaria è il seguente:

	STATO PATRIMONIALE DESTINATIVO FINANZIARIO					
	ATTIVITA' - INVESTIMENTI	2004	2005	2006	2007	
A)	ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)					
1	LIQUIDITA' IMMEDIATE					
01	Istituto Tesoriere parte corrente	0	520	0	0	
02	Conto corrente postale	0	0	0	0	
03	Denaro e valori in cassa	9	8	2	3	
04	Banca d'Italia conto capitale	0	0	0	0	
1	TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	9	528	2	3	
II	LIQUIDITA' DIFFERITE					
01	Crediti verso Regione	91.262	114.716	101.143	125.626	
02	Crediti verso Enti locali	0	0	0	0	
03	Crediti verso Aziende sanitarie	28.691	43.458	43.264	40.214	
04	Crediti verso Amministrazioni pubbliche diverse	1.643	1.992	1.877	2.910	
05	Crediti verso altri soggetti	7.647	13.932	14.492	14.195	
06	Partecipazioni	0	0	0	0	
07	Altri titoli	0	0	0	0	
09	Ratei e Risconti attivi	80	94	80	90	
П	TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE	129.322	174.193	160.856	183.035	
Ш	RIMANENZE					
01	Rimanenze beni sanitari	9.078	8.061	8.401	8.661	
02	Rimanenze beni non sanitari	435	509	494	437	
03	Beni in corso di lav., semilav. e finiti	0	0	0	0	
04	Attività in corso	0	0	0	0	
05	Acconti a fornitori	0	0	0	0	
Ш	TOTALE RIMANENZE	9.514	8.569	8.896	9.098	
	TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	138.845	183.291	169.753	192.135	
B)	ATTIVITA' FISSE (IV+V+VI)					
IV)	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI					
01	Costi di impianto ed ampliamento	0	0	0	0	
02	Costi di ricerca e sviluppo	0	0	0	0	
03	Software	1.178	1.178	1.213	1.088	
04	Migliorie su beni di terzi	0	0	8	8	
05	Altre immobilizzazioni immateriali	0	0	0	0	
06	Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	0	0	0	0	
IV)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.178	1.178	1.222	1.095	



	ATTIVITA' - INVESTIMENTI	2004	2005	2006	2007
V)	IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI				
01	Terreni e fabbricati	127.823	189.879	195.597	188.414
02	Impianti e macchinari	3.599	3.926	4.642	5.719
03	Attrezzature sanitarie	23.210	28.383	34.280	31.800
04	Altre immobilizzazioni materiali	7.915	9.559	9.694	8.912
05	Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	57.848	8.359	8.014	12.195
V)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	220.394	240.106	252.227	247.040
VI)	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE				
01	Partecipazioni (strumentali e/o vincolate)	0	0	0	0
02	Crediti	38	38	38	38
03	Altri titoli	31	31	5	5
VI)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	69	69	43	43
	TOTALE ATTIVITA' FISSE	221.641	241.353	253.492	248.179
C)	ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI (A+B)	360.487	424.644	423.245	440.314
	PASSIVITA' - CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE -	2004	2005	2006	2007
	FINANZIAMENTI NETTI	2004	2003	2000	2001
D)	PASSIVITA' - FINANAZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)				
VII)	FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE				
01	Mutui quota corrente	2.542	2.744	2.841	4.157
02	Debiti verso Regione	1.674	2.605	3.018	3.578
03	Debiti verso Enti locali	0	0	0	0
04	Debiti verso Aziende Sanitarie	7.720	10.323	12.444	14.900
05	Acconti da clienti	0	0	0	0
06	Debiti verso fornitori	67.343	100.110	105.241	84.226
07	Debiti verso Istituto Tesoriere	8.517	9.253	12.399	9.145
08	Debiti verso imprese partecipate	0	0	0	0
09	Debiti verso Amministrazioni pubbliche diverse	0 700	0	0	0
10	Debiti tributari	3.762	3.623	5.246	5.218
11	Debiti verso Istituti di previdenza e sicurezza	6.465	7.400	6.489	6.992
12	Debiti verso dipendenti Debiti verso altri soggetti	4.140 4.152	7.269 3.883	2.487 3.686	3.090 3.981
14	Fondi per rischi	554	1.008	964	1.524
16	Altri fondi al netto del Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	25.615	32.625	20.397	17.865
17	Ratei e Risconti passivi	2.006	2.065	2.736	3.126
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	134.491	182.907	177.949	157.802
VIII)	FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE				
01	Mutui	40.808	40.586	42.745	65.588
03	Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	0	0	0	0
04	Trattamento fine rapporto lavoro subordinato	0	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE	40.808	40.586	42.745	65.588
	TOTALE PASSIVITA'	175.298	223.493	220.694	223.390
E)	PATRIMONIO NETTO				
01	Fondo di dotazione	110.818	110.818	110.818	110.818
02	Contributi in c/capitale e conferimenti	75.287	101.253	114.153	127.533
03	Donazioni vincolate a investimenti	441	1.243	1.316	1.850
04	Riserve	0	0	0	12.624
05	Utili/Perdite portati a nuovo	-884	-1.358	-12.163	-23.737
06	Utile (perdita) dell'esercizio	-473	-10.805	-11.574	-12.164
	TOTALE PATRIMONIO NETTO	185.188	201.151	202.551	216.924
F)	TOTALE PASSIVITA' CONT C/CAP FIN NETTI (D+E)	360.487	424.644	423.245	440.314



Controllo				
Attivo	360.487	424.644	423.245	440.314
Passivo	360.487	424.644	423.245	440.314
Controllo = 0	0	0	0	0

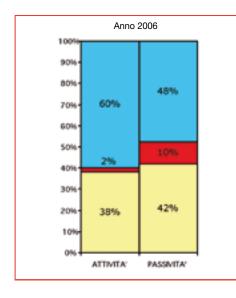
La riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi o rimborsi delle operazioni di investimento e finanziamento negli esercizi 2006 e 2007 è qui sotto rappresentata dallo stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria:

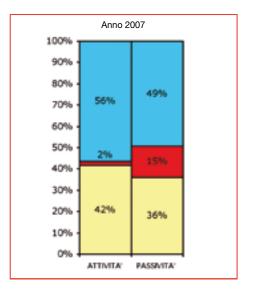
Anno 2006

ATTIVITA'		PASSIVITA'		
Liquidità immediate e differite	38%	42%	Finanziamenti a breve	
Scorte	2%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine	
Immobilizzazioni	60%	48%	Patrimonio netto	
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'	

Anno 2007

ATTIVITA'		PASSIVITA'		
Liquidità immediate e differite	42%	36%	Finanziamenti a breve	
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine	
Immobilizzazioni	56%	49%	Patrimonio netto	
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'	





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 di Parma, l'Azienda USL di Parma, le Fondazioni Cassa di Risparmio e Monte Parma per la realizzazione del Nuovo Ospedale. Si riporta in sintesi lo stato di attuazione della realizzazione del Nuovo Ospedale con riferimento all'Unità di Intervento:

- POLIBLOCCO POLO CHIRURGICO Intervento completato. Ala B in funzione dal 2003, Ala A in funzione dal 2° semestre 2005
- POLIBLOCCO MONOBLOCCO
 Interventi completati ad eccezione del 5° e 6° piano del Mo-

noblocco che sarà possibile realizzare ad ultimazione del Polo dei Laboratori. La previsione di investimento riguarda i collaudi dei lavori dell'Urologia ultimata nell'anno 2007

- POLIBLOCCO CENTRO DEL CUORE Intervento completato e attivato nell'anno 2004
- POLIBLOCCO PIASTRA IV LOTTO
 L'assegnazione del finanziamento (intervento 211 ex art. 20
 Legge n. 67/88) e la progettazione in corso hanno consentito l'avvio dell'investimento nel corso del 2007
- POLIBLOCCO POLO MEDICINE SPECIALISTICHE Intervento completato (Padiglione delle Medicine Torre 1 e realizzazione del secondo lotto della Piastra Tecnica) e attivato nel 2° semestre 2005
- OSPEDALE DEI BAMBINI
 La ricollocazione delle Unità Operative ospitate nel vecchio
 Padiglione Pediatrie consentirà l'apertura dei cantieri e l'av-



vio dei lavori per la costruzione del Nuovo Ospedale dei Bambini

OSPEDALE DELLA RIABILITAZIONE

L'avvenuta ammissione a finanziamento dell'intervento 213 ex art. 20 Legge n. 67/88 consentirà l'affidamento del completamento dei lavori di ristrutturazione del Padiglione Barbieri e l'apertura dei cantieri

- POLO DELLA PSICHIATRIA
- I lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga sono in corso e la loro conclusione è prevista per i primi mesi del 2009
- RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONI CENTRALI TECNO-LOGICHE

I lavori relativi ad entrambe le unità di intervento sono completati. All'unità di intervento di ristrutturazione padiglioni afferiscono alcuni lavori di adeguamento per far fronte ad esigenze sopravvenute e improrogabili in attesa del completamento di altri interventi (ristrutturazione Neuroradiologia, riqualificazione Sale Parto, nuovo accesso al 2° piano Monoblocco)

- ATRIO ACCOGLIENZA
- Lavori completati a fine anno 2006
 NUOVO PRONTO SOCCORSO E
- CENTRO POLIAMBULATORIALE DI 1º LIVELLO

Sono in corso i lavori per la realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso ed è stata completata la fase di progettazione del Centro Poliambulatoriale di 1° livello

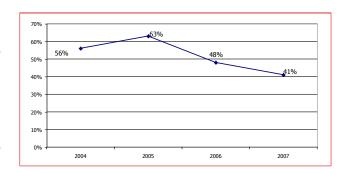
- CENTRO SENOLOGIOCO
 Il Centro è operativo da marzo 2007
- CENTRALE DI STERILIZZAZIONE

Intervento completato: la Centrale di Sterilizzazione è in funzione da novembre 2006 mentre la Centrale Antiblastici,

inserita nell'unità di intervento in un momento successivo, è stata completata a fine aprile 2008

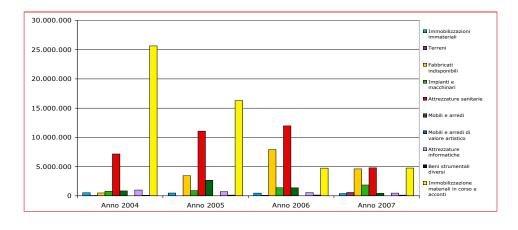
Il grado di copertura, attraverso finanziamenti provenienti da contributi pubblici, degli investimenti in immobilizzazioni materiali nette realizzati (e quindi fatturati) nel corso degli esercizi 2004-2007 e degli investimenti in corso disposti negli esercizi precedenti che risultavo all'inizio dell'esercizio successivo in corso di realizzazione o completamento (al netto degli acconti e delle fatture contabilizzati a cespiti negli esercizi precedenti), è stato percentualmente pari a:

	2004	2005	2006	2007
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	56%	63%	48%	41%



Si rileva che nel corso dell'esercizio 2007 sono diminuiti i contributi in conto capitale mentre è aumentata la fonte di finanziamento interna (autofinanziamento). I nuovi investimenti effettuati negli esercizi 2004-2007 ammontano, complessivamente per singola tipologia, a:

	2004	2005	2006	2007
TOTALE NUOVI INVESTIMENTI	36.363.973	35.487.862	28.379.611	17.749.982
Immobilizzazioni immateriali	507.862	457.099	443.408	352.172
Terreni	29.602	6.120	52.114	546.720
Fabbricati indisponibili	475.000	3.420.704	7.890.895	4.575.000
Impianti e macchinari	745.269	866.806	1.360.435	1.833.148
Attrezzature sanitarie	7.140.863	11.031.441	11.940.356	4.772.101
Mobili e arredi	821.734	2.643.797	1.348.927	416.000
Mobili e arredi di valore artistico	-	-	-	-
Attrezzature informatiche	959.879	692.534	523.506	434.841
Beni strumentali diversi	73.299	99.988	114.065	93.000
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	25.610.465	16.269.373	4.705.905	4.727.000





Nel corso dell'esercizio 2007 si è verificato un incremento rispetto al 2006 delle quote di ammortamento iscritte in bilancio (+1,4 milioni di euro) a causa dell'attivazione di nuovi plessi ospedalieri e relative dotazioni impiantistiche e di attrezzature.

Gli ammortamenti, al netto delle quote sterilizzate, assommano a complessivi 12,2 milioni di euro.

Le quote sterilizzate, che corrispondono alle quote dei contributi in conto capitale e delle donazioni utilizzate per ridurre indirettamente le quote di ammortamento relative alle acquisizioni di immobilizzazioni finanziate con tali contributi, sono state pari a 5,5 milioni di euro.

Per quanto riguarda i fabbricati indisponibili, le acquisizioni dell'esercizio sono state nettamente inferiori agli ammortamenti e alle cessioni; analogamente per le attrezzature sanitarie, i mobili e gli arredi, le acquisizioni risultano minori degli ammortamenti e dei fuori uso dell'esercizio. Solo la tipologia relativa alle immobilizzazioni materiali in corso e acconti presenta nell'esercizio 2007 un consistente valore positivo alle acquisizioni di esercizio.

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

	2004	2005	2006	2007
Immobilizzazioni immateriali	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Immobilizzazioni materiali	16,2%	14,5%	11,0%	7,4%
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi	16,4%	14,7%	11,2%	7,5%

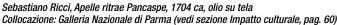


Il trend del grado di obsolescenza del patrimonio aziendale calcolato come rapporto percentuale tra il valore residuo dei beni durevoli e il totale degli investimenti lordi in beni durevoli negli esercizi 2004-2007 è stato il seguente:

Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale	2004	2005	2006	2007
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	70%	58%	67%	63%

80% 70% 67% 67% 63% 63% 63% 63% Anno 2004 Anno 2005 Anno 2006 Anno 2007







Impatto sul contesto territoriale

Definito il quadro economico dell'Azienda (nel paragrafo precedente) e prima di delineare il profilo di attività, che mette in luce il ruolo dell'Azienda nel sistema sanitario regionale con particolare riferimento alla copertura dei livelli essenziali di assistenza e alla qualità tecnologica, professionale e relazionale delle prestazioni erogate, cerchiamo di tratteggiare, nelle prossime pagine, quale sia il ruolo dell'Azienda nel contesto territoriale e attraverso quali fili si intreccia la relazione con il territorio. Le dimensioni su cui si focalizza l'analisi sono quattro. La dimensione economica evidenzia il contributo dell'Azienda all'economia del territorio sia come realtà occupazionale che attraverso i rapporti di fornitura.

Viene delineata anche una dimensione sociale del ruolo svolto nel contesto territoriale che risulta tuttavia di difficile rilevazione, se non attraverso indicatori indiretti come i lasciti e le donazioni che possono essere assunti come segnali del riconoscimento della funzione sociale che i cittadini e le realtà economiche del territorio riconoscono all'Ospedale. Oltre a questo dato meramente economico, è possibile considerare, come segnale del legame tra Azienda e tessuto sociale, tutte le varie iniziative provenienti dal contesto sociale e dal volontariato che contribuiscono a creare quella continuità tra tempi di vita e tempi di cura e di cui difficilmente riusciremo a dare compiuta rendicontazione.

Peraltro l'Azienda assolve anche una funzione culturale in virtù del patrimonio sedimentato/raccolto nella sua lunga storia, tale funzione costituisce una ulteriore importante occasione di scambio e interazione con il tessuto sociale della città. Infine occorre valutare l'impatto che l'attività dell'Azienda ha sull'ambiente, sia per quanto attiene al prelievo e all'utilizzo di risorse che in riferimento alla gestione dei rifiuti.

Impatto economico

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è la prima realtà occupazionale della provincia. Infatti, con i suoi 3.475 dipendenti a tempo indeterminato, di cui l'81,8% residenti sul territorio provinciale, e i 309 dipendenti a tempo determinato (per il 68,3% residenti in ambito provinciale) può confrontarsi con le maggiori realtà industriali del territorio. Dall'Archivio Statistico delle Imprese Attive (ASIA - in cui viene ricostruito su basi scientifiche il dato della consistenza degli addetti delle imprese) dell'Istat, che fa riferimento alla situazione media annua risalente al 2005, risulta infatti che la più grande impresa industriale avente sede legale in provincia di Parma contava 4.772 addetti (meno della metà dei quali, però, occupati in unità locali site in provincia di Parma), la più grande impresa del terziario contava 3.466 addetti (meno della metà dei quali, anche in questo caso, occupati in unità locali site in provincia di Parma) al di sotto di queste prime imprese non esiste nessuna altra impresa con un numero di addetti che si avvicina alla soglia dei 3.500 dipendenti. Stando ai dati 2005, pertanto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è, come «sede legale» di attività economica il secondo datore di lavoro della provincia, ma per l'occupazione generata da proprie unità locali operanti sul territorio è il primo datore di lavoro della provincia. I dati sui movimenti occupazionali intercorsi nel successivo biennio 2006-2007 a disposizione dell'Osservatorio sul Mercato del Lavoro della Provincia di Parma, non paiono aver alterato tali posizioni, per cui la situazione delineata dovrebbe valere alla data attuale. La provincia di Parma negli studi e nelle analisi sul mercato del lavoro si conferma tra le realtà più dinamiche del paese. Il tasso di attività (forza lavoro - insieme delle persone in cerca di occupazione e occupate - sulla popolazione) del 2007, nel contesto provinciale, calcolato sulla popolazione in età 15-64 anni, si è attestato al 74,1% collocandosi ai vertici del paese. Quello femminile, pari al 65,9% è risultato quarto in Italia, quello maschile è salito all'82,1% ponendo la provincia di Parma al primo posto. In termini di tasso di occupazione, calcolato sulla popolazione in età di 15-64 anni, la provincia di Parma è risultata il territorio a più elevata occupazione del paese con il migliore indice nazionale (72,4%). [Rapporto sull'economia della provincia di Parma 2007 - a cura della Camera di Commercio di Parma]. La popolazione complessivamente occupata presso l'Azienda al 31 dicembre 2007 è poco meno del 2% del totale degli occupati in ambito provinciale (in riferimento alla rilevazione sulle forze di lavoro Istat per la provincia di Parma del 2007) e il 4,4% del totale degli occupati in qualità di dipendenti nel solo settore di attività economica dei servizi.

Per quanto attiene alle caratteristiche della popolazione lavorativa dell'Azienda si evidenzia come la presenza femminile sia sensibilmente sovrarappresentata rispetto al contesto territoriale. Infatti il 71,3% dei dipendenti dell'Azienda è donna, a fronte di un 43% di donne fra gli occupati del territorio provinciale, mentre la presenza femminile fra i residenti con più di 15 anni è pari al 51,9%. Se l'alta partecipazione femminile al lavoro è indice di una società evoluta ed emancipata, occorre sottolineare come la presenza femminile sia particolarmente rilevante nei servizi e nelle professioni di aiuto in particolare, come il caso della nostra Azienda conferma. Infatti, come si evince dalla tabella 1, la maggior parte dei dipendenti si colloca nel ruolo sanitario, il 68% di questi sono infermieri e l'82% degli infermieri è donna (per un maggior dettaglio sulle caratteristiche della popolazione dipendente e sulle dinamiche evolutive avvenute nel triennio si veda il capitolo 4 e in particolare il paragrafo dedicato alla "carta di identità del personale").

Tab. 1 - Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale - anno 2007

Ruolo	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Contrattisti
Ruolo sanitario	2450	122	125
Ruolo professionale	8	1	3
Ruolo tecnico	823	185	5
Ruolo amministrativo	194	1	6
Totale	3475	309	139

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri del conto annuale

Sono occupati presso l'Azienda 83 lavoratori stranieri, di cui 52 provenienti da paesi dell'Unione Europea. Il numero di tali lavoratori è più che raddoppiato rispetto al 2004, mentre tra il 2006 e il 2007 sono di fatto raddoppiati i lavoratori stranieri comunitari.



Lavoratori stranieri	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Intra UE	21	26	52
Extra UE	25	33	31
Totale	46	59	83

In particolare, nel 2007 sono stati assunti 17 infermieri provenienti da paesi della comunità europea (in prevalenza Romania) e 1 extracomunitario originario della Moldavia. Nel 2007, oltre al corso di alfabetizzazione che l'Azienda propone agli infermieri stranieri che entrano in servizio, è stato organizzato un corso di miglioramento della lingua italiana, realizzato tra novembre 2007 e marzo 2008, che prevede l'introduzione di argomenti a carattere scientifico/sanitario al fine di raggiungere una maggiore appropriatezza di linguaggio da adottare nel proprio contesto operativo migliorando il rapporto comunicativo-relazionale con i colleghi infermieri, il personale medico, i pazienti e i familiari.

I lavoratori appartenenti alle categorie protette sono 64 (+3 unità rispetto al 2006).

31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
59	61	61	64

Gli universitari in convenzione con l'Ospedale sono 302, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tab. 2 - Universitari suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale – anno 2007

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	257
Ruolo tecnico	6
Ruolo amministrativo	39
Totale	302

Il dato economico relativo agli emolumenti corrisposti ai dipendenti e ai relativi oneri previdenziali e assistenziali, al netto del rimborso per personale in comando, evidenzia ulteriormente il ruolo di rilievo dell'Azienda nel mercato del lavoro. Nel 2007 il costo complessivo sostenuto dall'Azienda per il personale è pari a € 158.987,3 (valore in migliaia). Di questi 149.877,7 migliaia di € concerne il personale ospedaliero e 9.109,6 migliaia di € è il costo sostenuto dall'Azienda per tutto il personale universitario in convenzione.

L'Università degli studi, sempre nel 2007, per il proprio personale docente e ricercatore in convenzione con il S.S.R. ha erogato gli importi di seguito indicati:

Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto		
2007	10.387,3	3.872,9	14.260,2	6.292,4		
I valori sono espressi in migliaia di euro						

Frequentano l'area ospedaliera 2.905 studenti (a.a. 2007/2008) - considerando i soli corsi di laurea di area sanitaria - e circa 696 specializzandi. Nel successivo paragrafo del presente capitolo dedicato a ricerca e didattica è possibile trovare il dettaglio della distribuzione della popolazione studentesca fra i diversi corsi di laurea programmati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli studi di Parma, nonché l'articolazione delle Scuole di specialità mediche con

i relativi iscritti. Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si evidenzia che nel 2007 oltre un quarto dei beni e servizi acquistati (nelle classi di bilancio acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione) ha interessato l'ambito regionale e in prevalenza il territorio provinciale.

Tab. 3 - Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione - anno 2007

Ambito territoriale di Parma	€ 29.127,9			
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 9.350,2			
Totale Regione	€ 38.478,1			
Non sono comprese le sopravvenienze passive. I valori sono espressi in migliaia di euro				

L'importo complessivo del 2007 relativo alle classi indicate ammonta a 146.304,6 (migliaia di euro) per cui, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 26,30% del totale, quota incrementata rispetto al 2006.

Impatto sociale

Come identificare il ruolo sociale dell'Azienda, come esplicitare il legame tra Ospedale e territorio? Partiamo dal presupposto che la costruzione dell'integrazione è un processo lungo, è l'esito di tanti progetti, piccoli e grandi, alcuni sedimentati nel tempo, altri estemporanei che fanno comprendere il valore e la forza di tale legame. È questo che qualifica e concretizza l'impatto sociale, ossia la capacità del contesto di riconoscere il ruolo e la rilevanza dell'Ospedale, di superare la "separatezza" legata alla identificazione del luogo di cura con la malattia. Dei tanti progetti, donazioni, contributi di vario genere di cui l'Azienda nel suo complesso ha beneficiato e che hanno contribuito a rinsaldare il legame con il territorio non possiamo esplicitarne che alcuni. La scelta è quella di focalizzare l'attenzione sulle iniziative che intervengono a "modificare" il contesto di cura portando dentro l'ospedale la "vita che scorre fuori"; optando in particolare per il contesto pediatrico, come prospettiva privilegiata, essendo il 2007 caratterizzato in modo significativo da alcuni eventi legati all'Ospedale dei bambini, di cui si dà conto nel capitolo 7. Risulta certamente difficile rendicontare queste attività: alcune sono entrate a far parte della quotidianità della vita in ospedale, come l'insegnamento scolastico nelle strutture del Dipartimento Materno-Infantile, come le attività ludiche (il gioco, come attività che distrae e permette di elaborare l'esperienza che il bambino vive) che cercano di alleviare il peso della malattia e del percorso di cura ai piccoli pazienti e ai loro genitori; altri segnano date e ricorrenze come l'arrivo di Santa Lucia, della Befana e di Babbo Natale a ricordare le feste anche quando si è ricoverati o come il concorso dei presepi allestiti nei reparti, indetto dalla parrocchia ospedaliera San Francesco. In particolare, la scuola in ospedale nel corso dell'anno scolastico 2006/2007 ha seguito 537 alunni di scuola media di 1° e 2° grado degenti presso i reparti pediatrici; i bambini della scuola primaria sono stati 772 con degenza breve (5-7 giorni), 25 con degenza entro i 15 giorni e 22 con degenza superiore ai 15 giorni. I contatti con il bambino malato e la sua famiglia avvengono imme-



diatamente dopo il ricovero, in modo da garantire l'attivazione della scuola di appartenenza del bambino possibilmente entro le 24 ore. L'attività di docenza è integrata da progetti mirati, come i progetti musicali che, nel 2007, hanno portato alla produzione di un filmato "Fabbricanti di canzoni", in cui i ragazzi ricoverati propongono delle cover di canzoni famose con testi elaborati da loro e dedicati ad operatori e medici. Altra tipologia di intervento, in collaborazione con il volontariato e le istituzioni locali, è quella che mira a coinvolgere i bambini all'esterno dell'ospedale, per presentare l'ospedale stesso. Si tratta di due progetti analoghi ma dedicati a fasce d'età diverse. "L'ospedale lo conosco anch'io" è un'iniziativa educativa rivolta ai bambini delle scuole materne e iniziata nel 2004. È un intervento di sensibilizzazione per prevenire e ridurre gli eventuali disagi che possono insorgere durante un'esperienza di ricovero ospedaliero. L'informazione e la preparazione permettono al bambino di rappresentarsi mentalmente diverse esperienze e di mobilitare risorse per affrontare adeguatamente queste situazioni. Inoltre l'informazione serve a vivere gli spazi di un possibile ricovero con minore estraneità e a stabilire con le figure mediche un'alleanza basata sulla fiducia. Nel 2007 sono stati pubblicati gli atti del seminario di riflessione sul percorso educativo-didattico. Il progetto "Conosco il mio ospedale. Viaggio all'interno dei reparti pediatrici" ha portato alla realizzazione di una guida per aiutare i ragazzi di elementari e medie a intraprendere meglio il viaggio all'interno dell'Ospedale. La guida è l'esito di un percorso che ha portato l'Ospedale nelle scuole attraverso un video realizzato all'interno dei reparti e attraverso il contributo dei medici che sono andati nelle classi a spiegare, chiarire e rispondere a domande e curiosità.

La scuola, invece, è entrata in ospedale nel 1952 (si trattava allora della sola scuola elementare) e nel 1987 si è integrata pienamente con l'attività assistenziale del Dipartimento Materno-Infantile, prima in Oncoematologia, poi in Clinica Pediatrica e Chirurgia Pediatrica; nel 1995/1996 è arrivata anche la Scuola Media. La peculiarità dell'esperienza di Parma a livello nazionale è nel fatto che l'insegnante va a "fare scuola al letto del malato" e, nei casi più prolungati, continua l'insegnamento direttamente a casa del bambino che non può recarsi nel suo istituto (domiciliazione). In più, utilizzando internet il bambino può mantenersi in contatto con la scuola di appartenenza quando è in ospedale, e con la "Scuola in Ospedale" quando è a casa. Questa triangolazione, "scuola in ospedale - casa scuola di appartenenza", evita il distacco dai compagni e dal programma didattico svolto in classe. Tutti i reparti coinvolti hanno anche spazi dedicati alle attività educative. La "Scuola in ospedale" impegna 4 docenti di scuola primaria e 5 docenti di scuola media di primo grado dell'Istituto Comprensivo "Giacomo Ferrari". L'attività è ufficialmente riconosciuta dal Ministero della Pubblica Istruzione e permette ai bambini, specie a quelli che subiscono lunghi periodi di degenza, di non perdere anni scolastici, né il contatto con la classe di appartenenza e di esercitare a pieno il diritto costituzionale relativo all'assolvimento dell'obbligo scolastico. Le insegnanti della "Scuola in ospedale" operano, infatti, in collegamento con i docenti della classe di provenienza del bambino, evitando che egli sia danneggiato doppiamente dalla malattia: per la sofferenza che essa ha indotto e per il disagio di tornare tra compagni che, nel frattempo, hanno fatto un percorso educativo diverso. Anche il mondo dello sport è particolarmente presente nella vita dell'ospedale, perché, come detto, i bambini anche se malati non perdono l'aspirazione alla vita che scorre fuori dall'ospedale e in particolare guardano e sognano gli eventi sportivi. Sono frequenti le visite di sportivi, atleti e squadre titolate del basket, del calcio, del rugby, del baseball, eccetera. È nata una squadra l'"Atletico pediatrico" che mette insieme operatori, genitori e volontari (talvolta anche giovani pazienti). In ottobre la Coppa del Mondo di calcio, vinta dalla nostra nazionale in Germania nel 2006, ha fatto il giro dei reparti pediatrici dell'Azienda.

Si inseriscono in un percorso iniziato da tempo anche le iniziative e le collaborazioni con il Centro Antiviolenza di Parma per rendere sempre più puntuali le azioni di contrasto e sensibilizzazione contro la violenza alle donne e sempre più efficiente la rete di intervento che interessa diverse strutture dell'Azienda (Pronto Soccorso, 118, unità operative di Ostetricia e Ginecologia e quelle pediatriche) in collegamento con le realtà territoriali. Le Aziende sanitarie della provincia, insieme al Centro Antiviolenza, e con il contributo della Fondazione Cariparma hanno organizzato nel 2006 un corso di formazione dedicato a "La centralità della persona nell'assistenza nei casi di violenza e la rete degli interventi", destinato agli operatori di tutte le qualifiche sanitarie e sociali. I sei appuntamenti previsti dal programma hanno affrontato temi come: "Il dolore e la violenza", "Prassi e strategie di intervento sul fenomeno della violenza". Nel 2007 in particolare si è tenuto presso l'Azienda un seminario di studi "Azioni di contrasto e sensibilizzazione contro la violenza alle donne e ai minori", organizzato dal Centro Antiviolenza in collaborazione con l'Azienda, RIS, Procura della Repubblica e Provincia di Parma. Inoltre è stato realizzato un percorso di formazione interistituzionale congiunta di un gruppo di operatori e operatrici delle Aziende sanitarie, dei servizi sociali, delle forze dell'ordine e dell'associazionismo. Obiettivo di questo percorso è stato la predisposizione di un vademecum, attività proseguita nel 2008. Lasciti e donazioni, sia di singoli cittadini privati e sia da parte di ditte ed enti, sono certamente un ulteriore informatore del ruolo sociale dell'Azienda nel territorio, nel 2007 sono stati 69 per un totale di € 397.615,00. Inoltre, l'Azienda ha ricevuto la quota annuale (euro 2.560.000,00) dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Parma relativa al finanziamento quinquennale disposto dall'ente bancario in relazione alla partecipazione all'Accordo di Programma per il Nuovo Ospedale sottoscritto nel 2004. La stessa Fondazione ha, inoltre, assegnato all'Azienda, l'importo di euro 1.000.000,00 come prima tranche del contributo alla realizzazione dell'Ospedale dei Bambini. L'intervento segue l'accordo quadro sottoscritto nel 2005 tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Comune di Parma, Barilla G. e R. F.Ili, Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e Impresa Pizzarotti & C.. Infine, durante l'anno è stato realizzato l'asilo nido interaziendale riservato ai figli dei dipendenti delle due Aziende sanitarie della provincia. È l'esito di una serie di attività e di accordi tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Comune e Provincia di Parma avvenuti nell'ultimo biennio. L'impegno finanziario spettante all'Azienda Ospedaliero-Universitaria sarà in parte coperto da un apposito contributo stanziato dall'Amministrazione Provinciale nell'ambito delle politiche di svilup-

po dei servizi erogativi.



Impatto culturale

Il patrimonio storico-culturale dell'Azienda è la straordinaria dimostrazione di ben otto secoli di ininterrotto servizio a favore della cittadinanza, a partire dal 1201, anno della fondazione. Gli esempi più alti di questo invidiabile tesoro culturale sono conservati in musei e istituzioni locali, per confermare e ribadire il legame dell'Ospedale con il tessuto urbano e sociale e la sua profonda appartenenza al contesto cittadino.

Descrizione delle opere	Ubicazione
Ritratto di S. Bernardino da Feltre - olio su tavola legno (102 x 215)	Palazzo San Vitale
Ritratto della Madonna con il bambino in grembo - olio su tela	Chiesa San Vitale
Ritratto della Madonna in gloria - olio su tela	Università degli studi di Parma
Madonna seduta con il bambino in grembo - olio su tela (58 x 51)	Tribunale di Parma
Ritratto della Madonna sopra le nubi - olio su tela (92 x 72)	Tribunale di Parma
12 dipinti di Sebastiano Ricci - olio su tela	Galleria Nazionale
Lucio Quinto Cincinnato chiamato alla dittatura (345 x 285)	Galleria Nazionale
Scipione l'Africano che rimanda intatta la sposa (570 x 282)	Galleria Nazionale
Il ratto di Elena di Troia (462 x 282)	Galleria Nazionale
Giunio Bruto di fronte all'oracolo (345 x 285)	Galleria Nazionale
Apelle fa il ritratto a Conaspe (345 x 285)	Galleria Nazionale
Antioco in letto vestito dai medici in presenza della matrigna (205 x 173)	Galleria Nazionale
Diogene cerca l'uomo con la lanterna (185 x 173)	Galleria Nazionale
Diogene nella botte di fronte ad Alessandro Magno (185 x 173)	Galleria Nazionale
Lucrezia Romana in atto di suicidarsi (165 x 170)	Galleria Nazionale
Muzio Scevola brucia la mano destra di fronte al re Porsenna (165 x 170)	Galleria Nazionale
Betsabea nel bagno con le damigelle (173 x 100)	Galleria Nazionale
Susanna con i due vecchioni (173 x 100)	Galleria Nazionale
Stipetto e tavolo sottoposto in legno e pietre dure	Galleria Nazionale
Quadretto con ritratto in corallo e ornamenti in corallo e argento cesellato	Galleria Nazionale
Quadro in legno "Ulisse e i Proci"	Galleria Nazionale
Gruppo di maiolica figurine attorno a un albero	Galleria Nazionale
L'adorazione dei pastori - avorio in cornice di legno	Galleria Nazionale
L'adorazione dei Re Magi in avorio	Galleria Nazionale
altarino in ebano con figure in avorio - l'Immacolata - XVIII secolo	Galleria Nazionale
Cristo fra le guardie - cofanetto di avorio in cornice dorata	Galleria Nazionale
Cassa in legno scolpito detta dei quattro mestieri	Galleria Nazionale
Iscrizione con 5 stemmi di G.G. Malatesta governatore di Parma (1423)	Galleria Nazionale
Iscrizione di Bernardo ed Enrico Anselmi (anno 1386)	Galleria Nazionale
Iscrizione di Francesco Calcagni (anno 1474)	Galleria Nazionale
Iscrizione con stemma di Gabriele Longhi (anno 1603)	Galleria Nazionale
Iscrizione con stemma di Gabriele Longhi (anno 1527)	Galleria Nazionale
Iscrizione con stemma di Andrea Longhi vescovo di Civitacastellana (1607)	Galleria Nazionale
Iscrizione con stemma di Francesco De Marano (anno 1398)	Galleria Nazionale
Vergine con il putto - olio su tavola in legno (anno 1499)	Galleria Nazionale
Cristo in croce con quattro santi ai lati (83 x 115) XVI secolo	Galleria Nazionale
n. 4 affreschi trasportati su tela	Galleria Nazionale
"Dar da mangiare agli affamati" (120 x 68)	Galleria Nazionale
"Dar da bere agli assetati" (120 x 68)	Galleria Nazionale
"Visitare gli infermi" (120 x 68)	Galleria Nazionale
"Visitare i carcerati" (120 x 68)	Galleria Nazionale
"La sacra conversazione " - olio su tela XVI secolo	Galleria Nazionale



Lo sforzo dell'Ospedale di essere una struttura importante per la vita della città si traduce anche in un'attenzione alla salute come cultura antropologica oltre che scientifica, da proporre in modo continuo ai cittadini. Nelle pagine di questo volume sono presentate immagini di alcune delle opere donate nel tempo da benefattori, ora collocate presso la Galleria Nazionale di Parma all'interno del palazzo della Pilotta, e disponibili ai visitatori. Le opere arricchiscono la straordinaria collezione di origine ducale, distinguendosi – in alcuni casi – per l'eccellente fattura.

Profilo aziendale

Sporadiche, sebbene intense, sono le iniziative estemporanee con una precisa valenza culturale. Peraltro in un contesto come quello ospedaliero è difficile dipanare l'intreccio fra valenza sociale o socio-sanitaria e aspetti propriamente culturali, come le iniziative rendicontate in queste pagine dimostrano. Fra le iniziative la cui rilevanza ha trasceso l'ambito locale, nel 2005, è stato organizzato presso l'Azienda il convegno "L'uomo, la cura, l'ospedale". I temi affrontati hanno posto al centro della discussione la "persona in cura", affrontando il dibattito secondo due prospettive distinte: da una parte il contesto sociale ed economico, focalizzando anche il ruolo della scienza come attore non secondario nel processo di cura; dall'altra ponendo l'attenzione sugli aspetti relazionali e sulla rete dei servizi. Fra i relatori il giornalista Sergio Zavoli e S. E. cardinale Ersilio Tonini, Federica Gardini, Giovanni Bissoni, Luigi Cattini, Silvio Garattini, Stefano Inglese, oltre ai rappresentanti delle istituzioni locali (Comune e Provincia) e dell'Università. A fine 2006 l'Azienda ha patrocinato, insieme ad altri enti e istituzioni, la mostra "Curare e guarire. Occhio artistico e occhio clinico" che esplora la malattia e l'assistenza sanitaria attraverso immagini pittoriche degli ultimi cinque secoli a testimonianza della capacità dell'occhio artistico di svelare la realtà ritrovando, dentro la drammaticità della condizione umana, una positività ultima.

La Cappellania Ospedaliera/Parrocchia ospedaliera San Francesco d'Assisi ha organizzato, sia nel 2006 che nel 2007, l'iniziativa "I giovedì dell'ospedale". Gli incontri, aperti a tutti, sono dedicati al tema della "Bioetica in ospedale".

Impatto ambientale

In un ospedale moderno non va trascurato il tema dell'impatto ambientale, cioè delle modifiche all'ambiente derivanti, in tutto o in parte, dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'organizzazione. Allo stesso tempo, la disponibilità di energia costituisce una premessa indispensabile per assicurare gli alti livelli di qualità che si vogliono garantire all'assistenza. È, quindi, condivisibile l'ipotesi di cominciare a soddisfare i bisogni energetici utilizzando tecnologie molto efficienti e fonti rinnovabili per ridurre gli impieghi che causano un degrado delle risorse ambientali, sostituendoli con modelli sostenibili e soprattutto con strategie capaci di ridurre significativamente il fabbisogno energetico individuando preventivamente i fattori di spreco e le azioni efficaci da implementare. Una coraggiosa strategia che punti all'efficienza energetica può apportare, anche dal punto di vista economico, significativi benefici. Per questo, il nostro Ospedale punta ad attingere agli strumenti disponibili per realizzare strategie innovative, quali sovvenzioni e incentivi fiscali, dedicando particolare attenzione alle scelte progettuali per la realizzazione degli edifici e degli impianti che consumano energia.

Tra gli obiettivi concreti che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ritiene prioritario raggiungere nel corso del 2008, sono presenti iniziative già avviate nel corso del 2007. Tra queste:

 partecipazione al Gruppo di lavoro Regionale di supporto tecnico, amministrativo e legale agli Energy Manager, al fine di garantire la piena omogeneità delle azioni intraprese

- con gli indirizzi regionali e le innovazioni in materia di tutela dell'ambiente e di contenimento dell'utilizzo delle risorse;
- applicazione della normativa nazionale e regionale in materia di rendimento energetico del patrimonio immobiliare delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di minimizzare l'impatto tecnico economico e di massimizzare il risparmio energetico per gli edifici di nuova edificazione e di quelle oggetto di riqualificazione o rifunzionalizzazione;
- prosecuzione del monitoraggio mensile dei consumi di acqua potabile, verificando annualmente le possibili perdite di rete e razionalizzandone i consumi.

Si delineano invece come obiettivi per il 2008 le seguenti azioni:

- adesione alla gara Intercent-ER per la fornitura di energia elettrica che, per le caratteristiche che presenta, dovrebbe prospettare per la nostra Azienda maggiore economicità;
- attivazione della campagna di sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta a tutti gli operatori e alle ditte che svolgono servizi internamente all'Azienda, finalizzata a sensibilizzare ed orientare a corretti comportamenti in merito all'utilizzo degli impianti e attrezzature per evitare lo spreco di consumi energetici;
- esecuzione di un monitoraggio mensile dei consumi di energia elettrica e termica, necessario all'attivazione degli strumenti atti alla valutazione economica relativa alla produzione di energia da fonti rinnovabili, co-generazione o sistemi tecnologici innovativi (come pannelli fotovoltaici);
- attivazione di forme di collaborazione con Istituti Universitari per gli audit energetici sugli edifici, in modo da conoscere i consumi energetici di ciascun immobile attraverso la certificazione energetica.

Inoltre, in relazione ai nuovi interventi previsti nel triennio 2008-2010 ed in particolare, in relazione all'ampliamento del Pronto Soccorso, alla realizzazione dell'Ospedale dei Bambini e del IV lotto della Piastra tecnica, il nostro Ospedale si è impegnato a implementare i progetti al fine di ottenere la certificazione energetica dei nuovi edifici.

L'attenzione all'aspetto ambientale e alla salubrità dell'aria, coniugate con l'attenzione alla qualità della vita di utenti e dipendenti sono alla base di due importanti iniziative realizzate dall'Azienda nel corso del 2007: la realizzazione del Piano sosta, progetto previsto nel Progetto Unitario approvato dal Consiglio Comunale del Comune di Parma, e la revisione del piano spostamento casa-lavoro. A partire dalla fine di agosto 2007 sono entrate in vigore nuove regole per la sosta e la viabilità all'interno dell'area ospedaliera: l'accesso e la sosta sono consentiti solo con un apposito permesso e ad usufruirne sono, in via prioritaria, gli utenti deboli e gli operatori sanitari con orario disagiato. Introdotte in modo morbido, le nuove regole sono state adottate anche sulla base di richieste degli utenti, giunte attraverso il Comitato Consultivo Misto aziendale. Si tratta di regole in vigore per le intere 24 ore, tutti i giorni, sia feriali che festivi che prevedono 275 posti riservati agli utenti, ubicati in varie zone dell'area ospedaliera e delimitati dalle righe bianche. Gli operatori con orario disagiato possono parcheggiare invece negli stalli di colore giallo all'interno dell'area ospedaliera e nei parcheggi limitrofi (via Leporati e via Abbeveratoia). Sono di colore giallo, ma appositamente segnalati, gli stalli riservati ai disabili e alle attività di carico e



scarico. Le autovetture senza permesso o parcheggiate al di fuori degli stalli, secondo le nuove regole, vengono multate e/o rimosse. Ad oggi, dunque, sono utilizzati sei tipi di permesso, tutti gratuiti, cinque dei quali caratterizzati da un colore diverso a seconda delle categorie autorizzate a cui si aggiunge un permesso a tempo limitato, gratuito (modello "gratta e sosta") valido 2 ore e destinato all'accesso occasionale di alcune tipologie di utenza, in particolare gli accompagnatori di pazienti non deambulanti. I cittadini che non appartengono alle categorie con diritto al permesso possono utilizzare i parcheggi adiacenti l'area ospedaliera (parcheggio di via Volturno, il parcheggio multipiano di via Abbeveratoia a pagamento e gli stalli regolamentati a righe blu nelle vie adiacenti). Correlate all'avvio del piano sosta, l'Ospedale di Parma ha assunto una serie di iniziative finalizzate a incentivare l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico da parte dei dipendenti e a limitare l'accesso delle auto nell'area ospedaliera al fine di agevolare la realizzazione del piano sosta. Tra queste, il prolungamento dell'orario del bus navetta (in precedenza le corse terminavano alle ore 15), un servizio di trasporto gratuito all'interno dell'Ospedale sempre più utilizzato da utenti e dipendenti. L'estensione fino alle ore serali è stata pensata per incontrare le esigenze di coloro che rimangono in Ospedale a lungo per lavoro e necessitano di spostarsi dalle nuove strutture ai padiglioni storici o per i famigliari che fanno visita agli ammalati. Il bus navetta è dunque in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 7 alle ore 19.30 con cadenza ogni 15 minuti. Il servizio è completamente gratuito e collega tutti gli ingressi (via Gramsci, via Volturno, via Abbeveratoia, via Rasori) con i punti principali dell'Ospedale. Il servizio del bus navetta si aggiunge a servizio urbano n. 20, denominato Hospital Bus che attraversa l'area ospedaliera, collegandola con la città.

In secondo luogo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha definito una convenzione con Infomobility e Comune di Parma che riserva ai dipendenti la possibilità di abbonamenti a tariffa agevolata nei parcheggi delimitati dalle righe blu, in due zone adiacenti all'ospedale. L'iniziativa è stata introdotta durante l'anno 2007 per abbonamenti con decorrenza a partire dal 2008, assegnati ai dipendenti ad orario non disagiato, che ne hanno fatto richiesta, in base ad una graduatoria che, in osservanza alle normative e regolamentazioni sulla qualità dell'aria, sarà redatta in riferimento al criterio della distanza dalla residenza al luogo di lavoro.

Di rilievo, in riferimento al tema dell'impatto ambientale, è certamente la gestione dei rifiuti. Nel corso del 2007 si è provveduto ad adeguare la gestione aziendale dei rifiuti rispetto alle indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali "Gestione dei Rifiuti Sanitari" (D.G.R. 9 Ottobre 2006 n. 1360 - Approvazione delle Linee Guida Regionali per la Gestione dei Rifiuti prodotti nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna) e agli obiettivi esplicitati nel D.G.R. 686/2007.

D'intesa con il Gruppo Regionale Rifiuti insediato presso l'Agenzia Regionale Sociale e Sanitaria, si è provveduto a:

- avviare un sistema di gestione ambientale con la messa a regime del sistema rifiuti in tutte le sue parti;
- rendere disponibili a livello regionale i dati informativi relativi alla gestione ambientale ed in particolare agli aspetti riguardanti i rifiuti;
- verificare, per gli aspetti di competenza, i contratti di appal-

- to in vigore, con particolare riguardo a quelli relativi ai rifiuti a rischio infettivo e chimico;
- valutare i contenitori per la raccolta, il trasporto e lo smaltimento/recupero dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo, pericolosi e non, prodotti in ambito aziendale;
- valutare i contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo per la raccolta di taglienti e pungenti;
- valutare i contenitori destinati alla raccolta dei Rifiuti "Medicinali citotossici e citostatici".

Inoltre sono state riesaminate ed implementate le procedure gestionali e le relative istruzioni operative per singola tipologia di rifiuto. È stato realizzato il coordinamento delle attività correlate alla raccolta dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo, pericolosi e non.

Si è provveduto ad informare gli addetti sul percorso aziendale dei rifiuti nelle sue varie fasi e al monitoraggio delle quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti per la loro gestione. È stato effettuato il monitoraggio e la verifica delle attività legate alla corretta gestione dei rifiuti prodotti (rifiuti sanitari assimilabili agli urbani, rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, rifiuti sanitari non a rischio infettivo pericolosi e non, eccetera) anche nell'ambito dei contratti appaltati in essere a livello aziendale.

Inoltre è stata sottoposta a monitoraggio e verifica l'applicazione di corrette modalità di gestione dei rifiuti con particolare riguardo alla corretta applicazione dei comportamenti volti a contenere il rischio infettivo. Sono monitorate le aree deputate allo stoccaggio temporaneo dei rifiuti prodotti in ambito aziendale al fine di salvaguardare gli aspetti igienici e di sicurezza correlati. In tal senso vengono segnalate, ai servizi competenti, le "non conformità" o inadempienze relative alla raccolta, trasporto e smaltimento/recupero dei rifiuti.

La raccolta differenziata di alcune matrici quali plastica e carta è stata potenziata.



Sebastiano Ricci, Dipinto raffigurante Diogene nella botte di fronte ad Alessandro Magno, 1691-1695 ca., olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)



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). Il decreto è stato in parte modificato dal D.P.C.M. 5 marzo 2007. La classificazione dei livelli distingue tre macroaree "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" e "Assistenza ospedaliera".

Costo pro-capite per livello di assistenza

Le scelte di politica sanitaria hanno cambiato profondamente gli aspetti strutturali, organizzativi e programmatori dell'intero sistema perseguendo il riequilibrio nell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali. All'ospedale è stato assegnato un ruolo sempre più specifico per la cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa in strutture ad elevata concentrazione di tecnologie e competenze professionali. Allo stesso tempo, è stata potenziata, diversificata e qualificata l'assistenza sul territorio e domiciliare.

Per valutare il livello di efficienza e l'allocazione delle risorse, a livello regionale vengono effettuate elaborazioni dei costi procapite per livello di assistenza, calcolati come rapporto tra il costo per livello e sub livello e la popolazione di riferimento per la determinazione del finanziamento del livello stesso (ossia la popolazione nel contesto territoriale opportunamente pesata). L'analisi, che misura l'entità delle risorse destinate da ogni Azienda USL al soddisfacimento dei bisogni sanitari della propria popolazione, è finalizzata a produrre informazio-

ni sulle performance delle Aziende USL ed un confronto fra le aziende stesse e la media regionale.

I costi analizzati sono quelli sostenuti nel 2005 e nel 2006 dalle Aziende USL della Regione. Il valore delle prestazioni erogate dalle aziende ospedaliere viene considerato come costo dell'Azienda USL nel corrispondente livello di assistenza tenendo conto degli importi indicati nell'accordo di fornitura. Anche se l'analisi riguarda le aziende territoriali è comunque evidente che per alcuni livelli di assistenza i dati risultano molto significativi anche per le aziende ospedaliere che insistono sul territorio.

In particolare, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma fornisce a livello provinciale un apporto rilevante nell'erogazione delle prestazioni relative ai livelli di assistenza riferiti a:

- degenza ospedaliera con il 79% dei posti letto per acuti pubblici della provincia;
- assistenza distrettuale, sub livello assistenza specialistica, con l'erogazione nel 2006 del 56,33% del valore complessivo della produzione provinciale;
- assistenza distrettuale, sub livello emergenza extraospedaliera con la gestione della centrale operativa del 118.

In tutti i livelli indicati l'analisi effettuata a livello regionale, che viene descritta nelle tabelle sotto riportate, mostra risultati economici molto positivi del sistema provinciale ai quali sicuramente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fornito un contributo fondamentale.

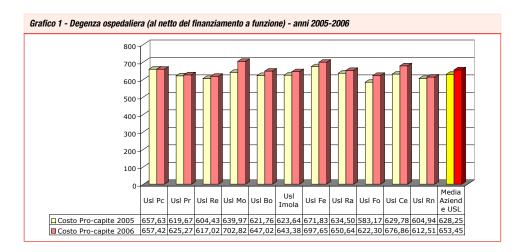
Il livello degenza ospedaliera comprende:

- ricoveri ospedalieri (ordinari e diurni) nelle varie discipline;
- assistenza diagnostica e specialistica ospedaliera erogata a ricoverati;
- Pronto soccorso e OBI seguito da ricovero;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- ricoveri in Case di cura private;
- rette per assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78.

Tab. 1 - Livello degenza ospedaliera - anni 2005-2006

Table 1 Elvent degened expeditional distriction							
		Anno 2005			Anno 2006		Variazione %
Azienda	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2005	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2006	costo pro-capite 2006/2005
USL Pc	190.376	289.490	657,63	192.229	292.399	657,42	-0,03%
USL Pr	261.576	422.121	619,67	267.026	427.057	625,27	0,90%
USL Re	279.377	462.213	604,43	289.167	468.652	617,02	2,08%
USL Mo	404.643	632.283	639,97	446.894	635.862	702,82	9,82%
USL Bo	524.415	843.437	621,76	547.580	846.316	647,02	4,06%
USL Imola	75.638	121.284	623,64	79.819	124.062	643,38	3,16%
USL Fe	253.087	376.711	671,83	265.047	379.911	697,65	3,84%
USL Ra	238.411	375.745	634,50	245.221	376.889	650,64	2,54%
USL Fo	105.056	180.147	583,17	113.454	182.313	622,30	6,71%
USL Ce	115.200	182.921	629,78	123.920	183.081	676,86	7,48%
USL Rn	160.298	264.983	604,94	165.991	271.001	612,51	1,25%
Media Aziende USL	2.608.078	4.151.335	628,25	2.736.347	4.187.544	653,45	4,01%





Tab. 2 - Livello assistenza distrettuale - sub livello assistenza specialistica - anni 2005-2006

		Anno 2005			Anno 2006		Variazione %
Azienda	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2005	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2006	costo pro-capite 2006/2005
USL Pc	75.385	278.277	270,90	80.195	280.871	285,52	5,40%
USL Pr	77.558	414.518	187,10	81.491	418.419	194,76	4,09%
USL Re	90.962	468.496	194,16	97.319	473.179	205,67	5,93%
USL Mo	126.242	642.994	196,33	139.232	647.189	215,13	9,57%
USL Bo	206.957	837.748	247,04	222.303	843.775	263,46	6,65%
USL Imola	36.363	123.917	293,45	37.089	125.043	296,61	1,08%
USL Fe	84.513	365.024	231,53	97.247	368.303	264,04	14,04%
USL Ra	106.682	372.425	286,45	118.163	377.052	313,39	9,40%
USL Fo	51.384	179.745	285,87	50.252	181.312	277,16	-3,05%
USL Ce	45.413	189.368	239,81	45.891	190.899	240,40	0,24%
USL Rn	70.964	278.822	254,51	73.862	281.501	262,38	3,09%
Media Aziende USL	972.424	4.151.335	234,24	1.043.044	4.187.544	249,08	6,33%

Il livello assistenza distrettuale e in particolare il sub livello assistenza specialistica comprende:

- assistenza specialistica territoriale e ospedaliera per esterni (radiologia, laboratorio, emodialisi, odontoiatria e stomatologia, centro trasfusionale e immunoematologico, altre discipline e poliambulatori);
- Pronto soccorso e OBI (non seguito da ricovero);
- specialistica convenzionata esterna;
- fase degli screening 2° e 3°, attività di 1° livello (effettuazione del test) e di 2° livello (approfondimento diagnostico) erogata nell'ambito dell'assistenza specialistica (nel 2006);
- prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78.

Grafico 2 - Livello assistenza distrettuale - sub livello assistenza specialistica (al netto del finanziamento a funzione) - anni 2005-2006

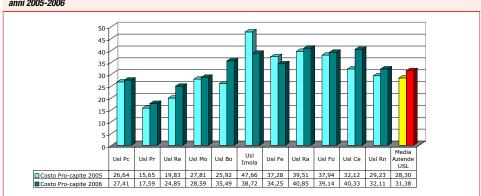
350
250
200
150
Usl Pr Usl Re Usl Mo Usl Bo Usl Usl Fe Usl Ra Usl Fo Usl Ro Us

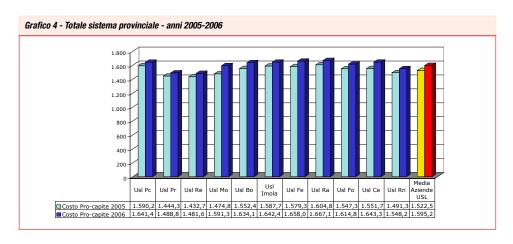


Tab. 3 - Livello assistenza distrettuale - sub livello emergenza extraospedaliera - anni 2005-2006

		Anno 2005			Anno 2006		\/ii 0/
Azienda	Costi pieni (x1000)	Popolazione target	Costo pro-capite 2005	Costi pieni (x1000)	Popolazione target	Costo pro-capite 2006	Variazione % costo pro-capite 2006/2005
USL Pc	5.511	206.893	26,64	5.711	208.388	27,41	2,90%
USL Pr	4.973	317.704	15,65	5.630	320.101	17,59	12,36%
USL Re	7.701	388.334	19,83	9.801	394.391	24,85	25,31%
USL Mo	14.555	523.343	27,81	15.054	526.608	28,59	2,78%
USL Bo	16.208	625.366	25,92	22.245	626.867	35,49	36,92%
USL Imola	4.569	95.849	47,66	3.737	96.508	38,72	-18,77%
USL Fe	9.744	261.355	37,28	8.964	261.697	34,25	-8,12%
USL Ra	10.929	276.643	39,51	11.412	279.361	40,85	3,40%
USL Fo	5.132	135.294	37,94	5.336	136.319	39,14	3,18%
USL Ce	4.945	153.977	32,12	6.250	154.980	40,33	25,56%
USL Rn	6.698	229.187	29,23	7.415	230.921	32,11	9,87%
Media Aziende USL	90.966	3.213.945	28,30	101.555	3.236.141	31,38	10,88%

Grafico 3 - Livello assistenza distrettuale - sub livello emergenza extraospedaliera (al netto del finanziamento a funzione) - anni 2005-2006





Nel 2007 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 1.361, ha effettuato più di 50.000 ricoveri, di cui 11.000 in regime diurno. L'attività di degenza del 2007 conferma il trend degli ultimi anni di graduale riduzione dei ricoveri di bassa complessità e del conseguente incremento della complessità della casistica trattata, documentato dal valore del punto medio che nel 2007 in regime ordinario risulta pari a 1,36.



Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2007 il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella ha avuto un incremento del 24,8% per le prestazioni di mammotome e del 15,7% per gli interventi chirurgici.

		2006	2007
Tumore	mammotome	125	156
della mammella	interventi chirurgici	51	59

Nel corso del 2007 il contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero ha avuto un forte incremento soprattutto per il numero di pap test eseguiti (+185%).

		2006	2007
	pap test	80	228
Tumore del collo dell'utero	colposcopie	403	489
	interventi chirurgici		129

Infine, il contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto è stato il seguente:

		2006	2007
Tumore del colon-retto	colonscopie	1100	600
	polipectomie	650	394
	interventi chirurgici	91	56

da alla produzione provinciale nell'ultimo triennio è riportato nelle tabelle 4, 5 e 6.

Il grafico 5 evidenzia che il volume complessivo della produzione 2007 si è mantenuto sostanzialmente stabile, anche se si osserva un lieve decremento per le prestazioni di diagnostica, riabilitazione e visite; il decremento più evidente si è avuto nelle prestazioni terapeutiche per effetto del trasferimento dell'attività dialitica al territorio provinciale, secondo quanto previsto dall'Accordo di fornitura con l'Azienda USL. Per le prestazioni di laboratorio vi è stato invece un trend in aumento dovuto al riassorbimento dei punti prelievo di Parma città e di quelli provinciali.

L'andamento in termini quantitativi del grafico 5 si sovrappone in modo speculare all'andamento in termini percentuali del valore della produzione provinciale. Infatti si osserva un decremento del valore percentuale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria rispetto al valore provinciale; ad un'approfondita analisi risulta però che il rapporto n° prestazioni/valore prestazioni per l'Azienda si mantiene invariato nell'arco del triennio.

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Nel 2007 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero nell'ambito dei Reparti e Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è ulteriormente consolidata ed ha mostrato un aumento nel confronto con l'anno 2006 di circa il 4% relativamente al numero di pazienti assistiti passando da 18.839 a 19.553 pazienti assistiti. Sono state erogate 1.837.262 dosi singole con un aumento di circa il 14% rispetto al 2006 per un costo ospedaliero di 333.359 € corrispondente ad un costo pari a 1.451.162 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente pari a 1.117.803 €.

Per quanto riguarda invece i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2007 pari a 14.078.917 €.

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è uno dei fornitori di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale (pubblico e privato accreditato), il contributo dell'Azien-



Sebastiano Ricci, dipinto raffigurante Muzio Scevola che brucia la mano destra di fronte al Re Porsenna, 1687-1695 ca., olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)



Tab. 4 - Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato) - anno 2005

Anno 2005		Azienda O: Universitar	spedaliero- ia di Parma	Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Pre	stazioni	lr	nporti
			Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
	D1-D.Strument.con radiaz.	114.258	4.507.690	205.846	55,51%	6.943.303	64,92%
	D2-D.Strument. no radiaz.	140.319	5.993.987	293.476	47,81%	11.114.666	53,93%
Diagnostica	D3-Biopsia	5.309	293.755	6.878	77,19%	334.644	87,78%
	D9-Altra diagnostica	15.021	322.179	25.872	58,06%	465.154	69,26%
	Totale	274.907	11.117.611	532.072	51,67%	18.857.767	58,96%
	L1-Prelievi	191.150	495.410	474.009	40,33%	1.255.910	39,45%
	L2-Chimica clinica	1.169.034	4.111.068	3.206.690	36,46%	10.450.694	39,34%
	L3-Ematologia/coagulaz.	241.139	905.608	562.220	42,89%	1.875.260	48,29%
Laboratorio	L4- Immunoemat.e trasfusion.	58.287	2.590.665	61.868	94,21%	2.618.412	98,94%
Laboratorio	L5-Microbiologia/virologia	111.603	1.184.943	271.632	41,09%	2.408.350	49,20%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	12.324	536.266	34.022	36,22%	994.879	53,90%
	L7-Genetica/citogen.	11.003	1.143.993	11.033	99,73%	1.147.058	99,73%
	Totale	1.794.540	10.967.953	4.621.474	38,83%	20.750.562	52,86%
	R1-Riab.diagnostica	4.024	49.689	10.805	37,24%	113.966	43,60%
	R2-RRF	19.475	160.584	128.651	15,14%	1.013.109	15,85%
Riabilitazione	R3-Terapia Fisica	1.695	7.428	13.874	12,22%	34.447	21,56%
	R9-Altra riabilitazione	2.263	20.610	2.964	76,35%	72.993	28,24%
	Totale	27.457	238.310	156.294	17,57%	1.234.514	19,30%
	T1-Radioterapia	23.042	1.104.194	23.042	100,00%	1.104.194	100,00%
	T2-Dialisi	13.299	2.334.711	40.059	33,20%	6.471.334	36,08%
	T3-Odontoiatria	5.469	194.326	22.848	23,94%	1.005.342	19,33%
Prestazioni Terapeutiche	T4-Trasfusioni	2.025	119.501	2.219	91,26%	124.995	95,60%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	19.972	2.772.808	27.135	73,60%	3.645.175	76,07%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	59.501	755.463	95.382	62,38%	1.679.339	44,99%
	Totale	123.308	7.281.003	210.685	58,53%	14.030.379	51,89%
	V1-Prima visita	240.375	5.465.476	476.651	50,43%	10.873.079	50,27%
Visite	V2-Visita di controllo	197.139	3.548.502	282.130	69,88%	5.078.304	69,88%
VISILE	V3-Osservaz.breve intensiva	2.777	610.940	3.603	77,07%	792.660	77,07%
	Totale	440.291	9.624.918	762.384	57,75%	16.744.043	57,48%
Totale		2.660.503	39.229.795	6.282.909	42,35%	71.617.265	54,78%

Tab. 5 - Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato) - anno 2006

		Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma		Totale provinciale			
	Anno 2006	Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
			Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
	D1-D.Strument.con radiaz.	120.478	4.660.767	207.141	58,16%	6.898.185	67,57%
	D2-D.Strument. no radiaz.	146.193	6.373.601	314.755	46,45%	12.434.363	51,26%
Diagnostica	D3-Biopsia	5.076	328.794	7.084	71,65%	387.406	84,87%
	D9-Altra diagnostica	15.178	333.516	27.587	55,02%	511.404	65,22%
	Totale	286.925	11.696.678	556.567	51,55%	20.231.359	57,81%
	L1-Prelievi	199.344	515.106	461.364	43,21%	1.201.191	42,88%
	L2-Chimica clinica	1.280.260	4.497.735	3.148.945	40,66%	10.290.537	43,71%
Laboratorio	L3-Ematologia/coagulaz.	259.720	967.859	556.477	46,67%	1.865.203	51,89%
Laboratorio	L4-Immunoemat.e trasfusion.	66.248	2.938.791	69.540	95,27%	2.964.275	99,14%
	L5-Microbiologia/virologia	127.766	1.365.801	272.738	46,85%	2.475.775	55,17%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	13.371	589.886	21.041	63,55%	823.613	71,62%



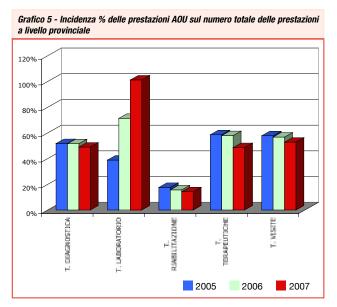
Anno 2006		Azienda Os Universitari		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
			Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
	L7-Genetica/citogen.	21.896	1.846.761	21.938	99,81%	1.850.381	99,80%
Laboratorio	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.276.066	4.215.455				
	Totale	3.244.671	16.937.394	4.552.043	71,28%	21.470.975	78,89%
	R1-Riab.diagnostica	4.106	48.893	11.044	37,18%	112.007	43,65%
	R2-RRF	16.436	133.879	124.286	13,22%	980.642	13,65%
Riabilitazione	R3-Terapia Fisica	1.410	6.130	12.130	11,62%	30.674	19,98%
	R9-Altra riabilitazione	1.621	14.801	3.375	48,03%	65.401	22,63%
	Totale	23.573	203.704	150.835	15,63%	1.188.725	17,14%
	T1-Radioterapia	22.389	1.176.066	22.389	100,00%	1.176.066	100,00%
	T2-Dialisi	11.733	2.063.224	37.531	31,26%	5.856.496	35,23%
	T3-Odontoiatria	5.847	230.824	19.646	29,76%	1.121.896	20,57%
Prestazioni Terapeutiche	T4-Trasfusioni	1.948	95.326	2.212	88,07%	102.662	92,85%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.613	2.970.137	23.885	69,55%	3.874.101	76,67%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	55.293	745.187	90.975	60,78%	1.684.360	44,24%
	Totale	113.823	7.280.764	196.638	57,88%	13.815.581	52,70%
	V1-Prima visita	242.195	5.495.439	488.179	49,61%	11.119.744	49,42%
\/:-!+-	V2-Visita di controllo	194.350	3.498.282	282.918	68,69%	5.092.470	68,70%
Visite	V3-Osservaz. breve intensiva	3.217	707.740	4.259	75,53%	936.980	75,53%
	Totale	439.762	9.701.461	775.356	56,72%	17.149.194	56,57%
Totale	Totale		45.820.001	6.231.439	65,94%	73.855.834	56,33%

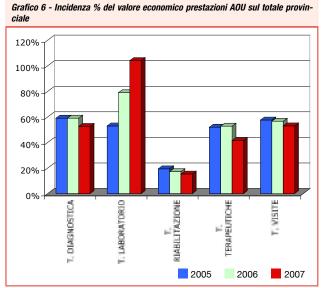
Tab. 6 - Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato) - anno 2007

		Universitaria di Parma		Totale provinciale			
	Anno 2007		Importi	Pre	stazioni	In	nporti
			Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
	D1-D.Strument.con radiaz.	121.563	4.840.244	222.357	54,67%	7.627.142	63,46%
	D2-D.Strument. no radiaz.	155.442	6.375.060	347.972	44,67%	14.094.216	45,23%
Diagnostica	D3-Biopsia	5.019	352.392	7.098	70,71%	423.192	83,27%
	D9-Altra diagnostica	15.341	357.981	29.715	51,63%	559.379	64,00%
	Totale	297.365	11.925.677	607.142	48,98%	22.703.929	52,53%
	L1-Prelievi	201.687	523.352	486.440	41,46%	1.282.187	40,82%
	L2-Chimica clinica	1.243.346	4.411.739	3.182.979	39,06%	10.570.402	41,74%
	L3-Ematologia/coagulaz.	259.928	956.096	569.781	45,62%	1.897.639	50,38%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	65.641	3.358.930	69.292	94,73%	3.387.077	99,17%
	L5-Microbiologia/virologia	103.827	1.248.134	257.630	40,30%	2.445.662	51,03%
Laboratorio	L6-Anatomia ed ist.patol.	13.829	618.960	44.651	30,97%	1.262.072	49,04%
	L7-Genetica/citogen.	19.773	1.637.466	19.796	99,88%	1.640.108	99,84%
	Totale	1.908.031	12.754.678	4.630.569	41,21%	22.485.149	56,72%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.380.460	4.854.416				
	Totale	3.288.491	17.609.094	3.250.109	101,18%	16.921.430	104,06%
	R1-Riab.diagnostica	3.110	41.196	11.373	27,35%	120.004	34,33%
	R2-RRF	14.848	116.834	120.005	12,37%	931.705	12,54%
Riabilitazione	R3-Terapia Fisica	1.087	3.605	9.537	11,40%	24.781	14,55%
	R9-Altra riabilitazione	1.788	17.111	5.876	30,43%	95.211	17,97%
	Totale	20.833	178.746	146.791	14,19%	1.171.702	15,26%



		Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma		Totale provinciale			
	Anno 2007	Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
			Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
	T1-Radioterapia	20.950	1.308.881	20.950	100,00%	1.308.881	100,00%
	T2-Dialisi	9.132	1.535.169	46.540	19,62%	7.816.229	19,64%
	T3-Odontoiatria	5.879	138.865	18.994	30,95%	926.251	14,99%
Prestazioni Terapeutiche	T4-Trasfusioni	1.902	95.037	2.348	81,01%	108.100	87,92%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.020	2.886.826	26.085	61,41%	4.227.371	68,29%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	49.868	715.895	98.820	50,46%	1.755.950	40,77%
	Totale	103.751	6.680.673	213.737	48,54%	16.142.783	41,38%
	V1-Prima visita	241.685	5.505.118	534.444	45,22%	12.057.765	45,66%
Visite	V2-Visita di controllo	196.055	3.528.676	295.772	66,29%	5.319.012	66,34%
visite	V3-Osservaz.breve intensiva	2.487	547.140	3.289	75,62%	723.580	75,62%
	Totale	440.227	9.580.934	833.505	52,82%	18.100.358	52,93%
Totale		4.150.667	45.975.124	5.051.284	82,17%	75.040.202	61,27%





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

Tab. 7 - Valore e volumi delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale

Nell'ambito della produzione aziendale rispetto alla provinciale di cui al precedente punto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2005-2007 per le prestazioni critiche, rispetto ai tempi di attesa, ha avuto un trend in incremento in termini assoluti di volume di prestazioni erogate che però non trova uguale corrispondenza nell'incremento della percentuale sul totale della produzione provinciale anno 2006 in termini economici (-2%) in relazione al diverso peso attribuito dalle tariffe alle prestazioni erogate.

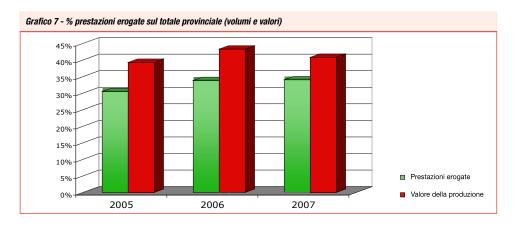
Azienda OspedalieroUniversitaria Parma

Prestazioni erogate

Valore della produzione

	Totale azieridale	produzione provinciale	Totale azieridale	produzione provinciale
2005	76.257	30%	€ 3.292.413	39%
2006	90.474	34%	€ 4.227.577	43%
2007	98.257	34%	€ 4.523.309	41%





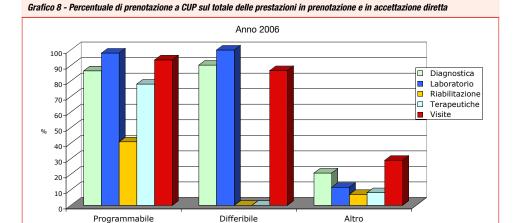
Percentuale di prestazioni ambulatoriali a CUP

Come già per l'anno 2006, nell'anno 2007 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 9) 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 si è mantenuta costante su valori superiori all'80% sia per la prenotazione normale che per le urgenze differite; inoltre nel 2007 l'Azienda ha garantito una maggiore percentuale di prenotabilità per le prestazioni programmabili di riabilitazione pari a + 28,8%.

 Tab. 8 - Prestazioni ambulatoriali in prenotazione e in accettazione diretta e % prenotazione CUP - anno 2006

 Anno 2006
 Totale prestazioni in prenotazione
 % prenotazione

Anno 2006		Totale prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta	% prenotazione CUP sul totale prestazioni
	Programmabile	87484	87
Diagnostica	Differibile	7251	90
	Altro	122965	21
	Programmabile	57709	98
Laboratorio	Differibile	1161	100
	Altro	53642	12
	Programmabile	137	41
Riabilitazione	Differibile	6	0
	Altro	23569	7
	Programmabile	8498	78
Terapeutiche	Differibile	1889	0
	Altro	79687	8
Visite	Programmabile	82561	94
	Differibile	6300	87
	Altro	177862	29





Altro

Tab. 9 - Prestazioni ambulatoriali in prenotazione e in accettazione diretta e % prenotazione CUP - anno 2007											
Anı	no 2007	Totale prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta	% prenotazione CUP sul totale prestazioni								
	Programmabile	85804	82								
Diagnostica	Differibile	6911	83								
	Altro	124740	19								
	Programmabile	117721	96								
Laboratorio	Differibile	4830	99								
	Altro	1499356	5								
	Programmabile	99	70								
Riabilitazione	Differibile	5	0								
	Altro	20908	5								
	Programmabile	5937	67								
Terapeutiche	Differibile	2330	0								
	Altro	77656	8								
	Programmabile	85913	94								
Visite	Differibile	7306	88								

Anno 2007

Anno 2007

Anno 2007

Programmabile

Altro

258435

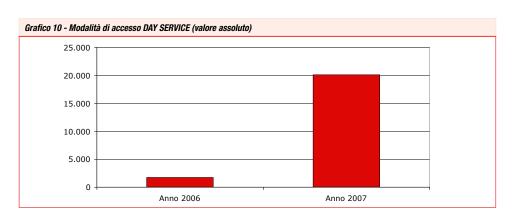
22

Percentuale valori e volumi prestazioni erogate con modalità Day Service su volumi e prestazioni

Il grafico 10 mostra i volumi e valori delle prestazioni erogate con modalità Day Service; da esso si evince l'incremento che vi è stato sia in termini di valori assoluti che percentuali nel corso del 2007 rispetto al 2006.

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore assoluto)									
AOLL DADMA	Anno 2006	Anno 2007							
AOU PARMA	1.729	20.106							

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore %)									
AOU DADAA	Anno 2006	Anno 2007							
AOU PARMA	0,06	0,73							





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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2005-2007 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 11 e 12).

- **Diagnostica:** l'indice di performance per le prestazioni erogate entro i 30 e i 60 giorni si è mantenuto costante nell'arco del triennio;
- Laboratorio: l'indice di performance nel 2007, rispetto agli anni precedenti, ha presentato un lieve decremento sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni sia per quello relativo all'erogazione delle prestazioni entro i 60 giorni.
- **Riabilitazione:** nel triennio, dopo l'aumento del 2006, l'indice per le prestazioni di riabilitazione erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione ha subito una flessione che si è registrata anche per le prestazioni erogate entro i 60 giorni.
- **Terapeutiche:** nei primi due anni del triennio 2005-2007 si è assistito ad un aumento dell'indice di performance per le prestazioni entro i 30 giorni, con una lieve flessione nel 2007, mentre vi è stato un costante aumento della percentuale di performance per le prestazioni erogate entro i 60.
- **Visite:** l'indice di performance per le visite erogate entro i 30 e i 60 giorni dalla prenotazione ha avuto un trend costante durante tutto il triennio 2005-2007.

Tab. 10 - Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS - anno 2005

,							
		AOU Par	ma				
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. 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	13,93
Laboratorio	164.063	61,38	66,87	70,81	77,03	86	13,53
Riabilitazione	1.688	15,82	55,69	75,3	83,65	92	8,06
Prestazioni Terapeutiche	13.106	83,62	90,37	92,97	94,27	96	4,05
Visite	144.940	49,61	61,81	70,14	75,99	81	19,01

Tab. 11 - Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS - anno 2006

AOU Parma												
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. 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	86	14,21					
Laboratorio	362.881	82,69	86,13	88,3	90,64	94	5,84					
Riabilitazione	2.111	51,82	74,99	85,5	88,92	91	8,95					
Prestazioni Terapeutiche	17.225	87,25	92,83	95,13	96,09	97	2,78					
Visite	152.773	51,61	62,83	70,67	76,52	81	18,83					

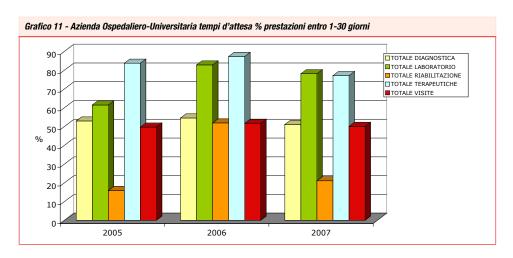
Tab. 12 - Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS - anno 2007

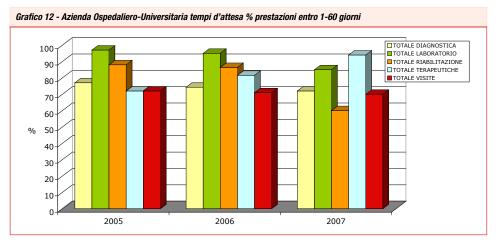
	AOU Parma												
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg						
Diagnostica	126.242	51,15	62,72	71,61	79,47	85,53	14,47						
Laboratorio	230.961	77,92	82,33	85,04	87,27	90,52	9,48						
Riabilitazione	1.488	20,9	32,46	59,74	82,12	88,64	11,36						
Prestazioni Terapeutiche	16.301	76,7	87,9	93,69	96,91	97,99	2,01						
Visite	153.492	50,06	61,87	69,66	74,63	78,73	21,27						



Tab. 13 - Tempi d'attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del S.S.N. - % prestazioni erogate da strutture pubbliche e private

	AOU Parma												
Tipologia	20	04	20	05	20	06	2007						
Tipologia prestazione	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg											
Diagnostica	46	73	53	75	54	73	51	72					
Laboratorio	68	76	61	71	83	88	78	85					
Riabilitazione	20	36	16	75	52	86	21	60					
Prestazioni Terapeutiche	70	86	84	93	87	95	77	94					
Visite	50	71	50	70	52	71	50	70					







Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2007 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state erogate 29.578 prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia che rappresentano l'1% del volume complessivo di visite specialistiche. Nel 2007 il valore percentuale dell'attività ambulatoriale resa in regime libero-professionale si è mantenuto costante rispetto al valore registrato nel 2006.

Tab. 14 - Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione - anno 2006

Tubi 14 Foldini dona produzio	no in iotituzionalo c	iii iibora protocoloi	10 411110 2000										
	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma												
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni								
Dipartimento Emergenza-Urgenza	2.107	66	1.075	34	3.182								
Dipartimento Polispecialistico 1	157.860	98	2.933	2	160.793								
Dipartimento Polispecialistico 2	231.881	99	2.970	1	234.851								
Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	32.533	98	746	2	33.279								
Dipartimento Neuroscienze	27.493	86	4.659	14	32.152								
Dipartimento Chirurgico	93.580	94	6.193	6	99.773								
Dipartimento Testa-Collo	90.084	96	3.463	4	93.547								
Dipartimento Materno-Infantile	78.948	95	4.050	5	82.998								
Dipartimento Cardio-Polmonare	34.908	90	3.776	10	38.684								
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per Immagine	114.688	100	433	0	115.121								
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.244.671	100	4.992	0	3.249.663								
Totale	4.108.754	99	35.290	1	4.144.044								

Tab. 15 - Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione - anno 2007

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma												
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni							
Dipartimento Emergenza-Urgenza	4.712	81	1.137	19	5.849							
Dipartimento Polispecialistico 1	179.882	98	2.825	2	182.707							
Dipartimento Polispecialistico 2	303.663	99	2.333	1	305.996							
Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	37.280	99	479	1	37.759							
Dipartimento Neuroscienze	30.781	91	3.149	9	33.930							
Dipartimento Chirurgico	104.623	94	6.102	6	110.725							
Dipartimento Testa-Collo	100.360	97	3.600	3	103.960							
Dipartimento Materno-Infantile	88.413	98	1.724	2	90.137							
Dipartimento Cardio-Polmonare	40.914	92	3.449	8	44.363							
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per Immagine	133.201	100	502	0	133.703							
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.033.104	100	4.278	0	3.037.382							
Totale	4.056.933	99	29.578	1	4.086.511							



Assistenza ospedaliera

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

Nella provincia di Parma le necessità di ricovero della popolazione residente sono assolte dalla presenza di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 2 presidi ospedalieri territoriali e 3 case di cura convenzionate.

La dotazione provinciale è di 1.932 posti letto per acuti, di cui 1.525 presenti in strutture pubbliche e 407 in case di cura

private. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha, in quest'ultimo triennio, mantenuto pressoché costante il numero di posti letto per acuti, corrispondente al 79,1% dei posti letto per acuti pubblici della provincia. È rimasto costante anche il numero di posti letto di lungodegenza.

Ovviamente, essendo dotata di strutture hub e di funzioni di eccellenza, una quota rilevante (circa il 25%) dei posti letto è utilizzato per il trattamento di pazienti provenienti da fuori provincia e da altre regioni.

Tab. 16 - Assistenza ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31.12.2005

		Posti letto	pubblici		Posti letto privati						Indicatori					
Aziende		Diskiii			Acuti(**)		Post-acuti (*)		T		1.0.	Diskiii				
	Acuti	Riabili- tazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabili- tazione	LD	Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabili- tazione	LD	Totale		
AUSL Parma	316	6	52	374	262	103	247	77	586							
AOU Parma	1.216	18	137	1.371	-	-	-	-	-	2,94	0,38			3,32		
Parma	1.532	24	189	1.745	262	103	247	77	586	4,34	1,3	0,66	0,64	5,64		
Tot. Regione	14.213	675	1.387	16.257	1.997	1.247	835	856	3.688	3,9	0,9	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 1/01/2005: 4.151.335

Tab. 17 - Assistenza ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 22.02.2007

		Posti letto	pubblici			Posti le	etto privati			Indicatori				
Aziende		Diabili			Acı	Acuti(**) Post-acuti (*)				10.	Riabili-			
7 = 10.1100	Acuti	Riabili- tazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabili- tazione	LD	Totale	Acuti	LD+ Riab.	tazione	LD	Totale
AUSL Parma	324	6	62	392	287	121	247	80	614					
AOU 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
Tot. 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 01/01/2006: 4.187.544 (***) La dotazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è omogenea a quella rilevata al 31.12.2006

Tab. 18 - Assistenza ospedaliera - struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31.12.2007

		Posti letto	pubblic		Posti letto privati						Indicatori					
Aziende		Diskiii			Acı	Acuti(**)		Post-acuti (*)			1.0.	Diskiii				
	Acuti	Riabili- tazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabili- tazione	LD	Totale	Acuti	LD+ Riab.	Riabili- tazione	LD	Totale		
AUSL Parma	319	6	68	393	291	116	247	80	618							
AOU Parma	1.206	18	137	1.361	-	-	-	-	-	2,87	0,37	0,04	0,3	3,24		
Parma	1.525	24	205	1.754	291	116	247	80	618	4,32	1,32	0,65	0,68	5,65		
Tot. Regione	14.018	686	1.454	16.158	2.144	1.101	846	835	3.825	3,83	0,9	0,36	0,54	4,73		

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 1.01.2007: 4.223.585

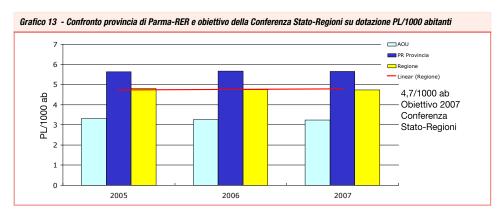
(*) Tutti i PL privati post-acuti sono accreditati

(**) 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 -

Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzazti 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 5,65. Per quanto attiene il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria alla dotazione provinciale di posti letto è importante sottolineare che è passata da un valore dell'indicatore di 3,32 nel 2005 ad un valore del 3,24 nel 2007 confermando un trend in diminuzione nonostante la sostanziale stabilità dell'indice di attrazione pari al 22%. Di conseguenza, dal momento che circa un quarto di posti letto dell'Azienda viene utilizzato per ricoveri provenienti da fuori provincia e fuori regione, si può considerare che la dotazione provinciale di posti letto di 5,6 è giustificata dalla necessità di risposta al bisogno dei cittadini residenti a Parma e in altre province/regioni. La tabella 19 illustra le percentuali di posti letto riservati alle funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; essi rappresentano l'8% della dotazione totale di posti letto ordinari.



Tab. 19 - Percentuale posti letto per funzioni hub definite a livello regionale

	Funzioni hub	Posti letto ufficiali al 31/12/2007	% Posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	2%
47	Centro Ustioni	8	1%
48	Nefrologia/Trapianti	8	1%
49	Terapia Intensiva Terapia Intensiva (1°Anestesia e Rianimazione)	14	1%
30	Neurochirurgia	31	3%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	2	0,2%
73	Neonatologia T.I.	5	0,5%
Tota	le PL per Funzioni Hub	88	8%
Tota	le posti letto ordinari al 31/12/2007 Azienda	1062	

Attività Hub

Nel 2007, dei 3.379 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione di hub, il 28% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell'Emilia-Romagna, mentre nel 17% dei casi si è trattato di cittadini residenti in altre regioni. La maggiore quota di ricoveri extra-provincia è stata trattata presso il Centro Ustioni (54%), la Cardiochirurgia (42%) e la Neurochirurgia (27%), confermando il ruolo preminente che tali reparti di alta specializzazione svolgono nell'ambito regionale.

Tab. 20 - Percentuale di ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub - regime ordinario - anno 2007

	Disciplina di ricovero Funzioni hub		di cui						
			residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER			
7	Cardiochirurgia	710	295	42%	47	7%			
47	Centro Ustioni	134	73	54%	23	17%			
48	Nefrologia/Trapianti	186	37	20%	96	52%			
49	Terapia Intensiva (*)	763	111	15%	76	10%			
30	Neurochirurgia	1.379	368	27%	329	24%			
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	23	2	9%	3	13%			
73	Neonatologia T.I.	184	44	24%	17	9%			
Tota	Totale Funzioni hub		930	28%	591	17%			

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

(*) 1° Anestesia e Rianimazione



Profilo aziendale

Per ciò che concerne i ricoveri di residenti extra-provincia ed extra-regione presso reparti che non esercitano a livello regionale funzione hub, si segnalano percentuali di ricovero del 41%, del 33% e del 29% per cittadini residenti extra-provincia, relativi, rispettivamente, alla Chirurgia Pediatrica, Maxillo-Facciale e alla Pediatria e Oncoematologia; inoltre, si rileva che queste ultime due funzioni non hub trattano, rispettivamente il 34% e il 27% di pazienti provenienti da fuori regione.

Tab. 21 - Percentuale di ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub regime ordinario - anno 2007

	Disciplina di ricovero	Discount	di cui						
	Funzioni hub	Ricoveri in AOU	residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER			
8	Cardiologia	1431	59	4%	89	6%			
9	Chirurgia Generale	3442	184	5%	330	10%			
10	Maxillo-Facciale	659	219	33%	222	34%			
11	Chirurgia Infantile	1361	558	41%	286	21%			
12	Chirurgia Plastica	844	200	24%	138	16%			
13	Chirurgia Toracica	378	37	10%	83	22%			
14	Chirurgia Vascolare	613	37	6%	57	9%			
18	Ematologia	212	4	2%	23	11%			
21	Geriatria	1948	17	1%	54	3%			
24	Malattie Infettive	807	50	6%	79	10%			
26	Medicina Generale	6461	141	2%	331	5%			
29	Nefrologia	381	16	4%	45	12%			
32	Neurologia	1029	46	4%	80	8%			
34	Oculistica	1042	168	16%	216	21%			
36	Ortopedia e Traumatologia	3323	171	5%	374	11%			
37	Ostetricia e Ginecologia	3911	180	5%	281	7%			
38	Otorinolaringoiatria	1522	226	15%	338	22%			
39	Pediatria	2543	333	13%	242	10%			
40	Psichiatria	466	15	3%	66	14%			
43	Urologia	1402	110	8%	168	12%			
49	Terapie Intensive (*)	1432	34	2%	6	0%			
50	UTIC	1305	36	3%	69	5%			
51	Astanteria Med. d'Urgenza	2219	43	2%	156	7%			
52	Dermatologia	132	16	12%	14	11%			
56	Riabilitazione	151	2	1%	2	0%			
58	Gastroenterologia	915	44	5%	79	9%			
60	Lungodegenza	2262	1	0%	3	0%			
62	Neonatologia	523	32	6%	31	6%			
64	Oncologia	698	36	5%	117	17%			
65	Pediatria e Oncoematologia	401	115	29%	107	27%			
68	Pneumologia	1284	38	3%	88	7%			
Tota	lle funzioni non hub	45097	3168	7%	4174	9%			

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

(*) Fisiopatologia respiratoria, Terapia Intensiva Post-Chirurgica e Terapia Intensiva Cardiochirurgica

Indicatori di attività dei centri hub

Per la descrizione della qualità dell'attività svolta dalle funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria relativamente all'anno 2007 ci si è avvalsi delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro ristretto del Progetto Mattoni del S.S.N., istituito dal Ministero della Salute allo scopo di individuare una serie di indicatori per la valutazione dell'attività degli ospedali. Occorre sottolineare che pur essendo stati individuati un numero maggiore di indicatori di interesse, l'analisi è stata limitata a un set minimo in quanto la maggior parte di loro non è desumibile dai dati disponibili (flussi informativi aziendali) ma prevede l'utilizzo della documentazione clinica, di software specifici di gravità o di dati raccolti attraverso indagini ad hoc.

Gli indicatori utilizzati, desunti dai dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), consentono di misurare il volume delle attività erogate, e nonostante non vi siano evidenze di una stretta correlazione tra volumi e qualità delle prestazioni, il gruppo di lavoro del proget-



to Mattoni ipotizza che tale informazione possa costituire un requisito qualificante un Centro di Eccellenza. Difatti, l'analisi è limitata a poche funzioni assistenziali e ad alcuni DRG, selezionati in quanto rilevano le capacità di trattare una casistica complessa e molto specifica. Per ogni settore di attività analizzato è stata riportata anche la mortalità intraospedaliera, indicatore proxy dell'esito delle cure, relativamente ai ricoveri attributi agli specifici DRG individuati; occorre sottolineare che tale informazione va utilizzata con cautela in quanto desunta da fonti informative amministrative e non altresì confrontabile con un dato di riferimento (standard).

Relativamente all'attività oncoematologica, il gruppo di lavoro del Ministero ha convenuto di determinare un valore soglia minimo di 50 ricoveri/anno attribuiti ai DRG 405, 473, 481 per ciascuna struttura. La nostra Azienda, come si evince dalla tabella seguente, attraverso la funzione hub Centro trapianti Midollo Osseo - CTMO, con i suoi complessivi 202 casi, dimostra un'elevata capacita di trattamento di questa casistica particolarmente complessa e ad alta severità.

Tab. 22 - Attività Oncoematologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

DRG	Dimessi	
405 M-leucemia acuta senza interventi chirurg. maggiori, età <18	61	Valore
473 M-leucemie acute no interventi maggiori, età >17	120	soglia minimo
481 C-trapianto di midollo osseo	21	
Totale complessivo	202	50
Mortalita intraospedaliera per i medesimi DRG	16%	

L'indicatore relativo al volume minimo di attività da erogare presso una Terapia Intensiva Neonatale rileva l'elevata capacità della AOU di Parma di trattare casistica complessa, individuata mediante il set di DRG indicato dal gruppo Ministeriale ed elencato nella tabella successiva. La soglia minima di riferimento per l'indicatore è stata definita in modo statistico ed è fissata a 506 ricoveri (il valore corrisponde al terzo quartile della distribuzione del numero dei ricoveri osservati nell'insieme degli Istituti che, nel corso del 2003, hanno trattato contemporaneamente i 6 DRG oggetto d'analisi).

Tab. 23 - Attività di Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

DRG	Dimessi	
385 - Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale	37	
386 - Neonato gravemente immaturo/sindr. da distress respiratorio	29	Valore soglia
387 - Prematurità con affezioni maggiori	71	minimo
388 - Prematurità senza affezioni maggiori	109	
389 - Neonatia termine con affezioni maggiori	138	
390 - Neonati con altri affezioni significative	1876	
Totale complessivo	2260	506
Mortalita intraospedaliera per i medesimi DRG	1%	

In merito al Trauma Center, la casistica è identificata nei tre DRG indicati in tabella e il valore soglia minimo è stato stabilito in 25 ricoveri/anno per struttura. L'Azienda OspedalieroUniversitaria ha trattato nel 2007 un numero doppio di casi rispetto a quello indicato dal gruppo di lavoro Ministeriale.

Tab. 24 - Attività Trauma Center dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

DRG	Dimessi	
484 C-craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	3	Valore
485 C-reimpianto di arti,interv.su anca e femore per traumat.mult.	23	soglia minimo
486 C-altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilev.	23	
Totale complessivo	49	25
Mortalita intraospedaliera per i medesimi DRG	4%	

L'indicatore per la valutazione dell'attività dei Centri Grandi Ustioni considera il numero di ricoveri effettuati in un anno, attribuiti ai DRG indicati nella tabella 25 (evidenziati con sfondo più scuro); secondo il gruppo di lavoro Ministeriale è sufficiente anche un numero esiguo di casi trattati per ritenere qualificato il Centro Ustioni a trattare casi complessi. La casistica che confluisce nei restanti DRG elencati pur non essendo oggetto di valutazione specifica da parte dell'indicatore evidenzia l'elevato numero di pazienti trattati per ustioni estese.

Tab. 25 - Attività Grandi ustioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

DRG	Dimessi
504 C-ustioni estese di terzo grado con innesto di cute	8
505 M-ustioni estese di terzo grado senza innesto di cute	3
506 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz.si cc/trauma	7
507 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz. no cc/trauma	78
508 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.cc/trauma	4
509 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.no cc/trauma	9
Totale complessivo	109
Mortalita intraospedaliera per i medesimi DRG	4%
Mortalita intraospedaliera per i DRG 504 e 505	27%

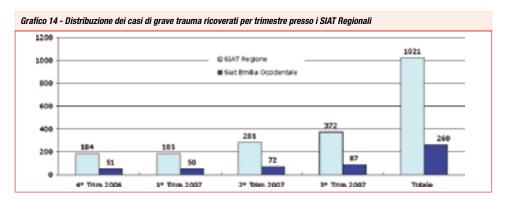
Oltre agli indicatori sopra citati, desunti dal documento del Progetto Mattoni, vengono di seguito presentati alcuni dati relativi alle attività erogate da due funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, il Trauma Center e la Fibrosi Cistica. L'attività relativa al Trauma Center della nostra Azienda si inserisce nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT) dell'Emilia Occidentale, e copre un bacino d'utenza pari a 1.199.951 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza a gennaio 2007). Dalla tabella che segue risulta evidente la funzione hub esercitata dalla nostra Azienda che tratta complessivamente il 31% dei casi di traumi dell'area dell'Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (79%) e alla traumatologia dei nervi e del midollo (53%). Relativamente alla casistica dei traumi intracranici, va specificato che i casi trattati presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sono frutto di un accordo, stipulato tra le due Aziende Ospedaliere di Parma e Reggio, in base al quale i neurochirurghi di Parma si spostano a Reggio per assicurare gli interventi necessari ai pazienti traumatizzati.



Tab. 26 - Dati epidemiologici sulle patologie traumatiche nel SIAT Emilia occidentale - Tipologie di trauma che hanno determinato il ricovero presso le strutture pubbliche e private nel territorio del SIAT Occidentale della Regione ER - anno 2007

Tipologia	Aziend Piace		-	enda Parma	Azieno Reggio		AOU F (hu		AOSP gio E		Totale
di trauma	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	
Fratture	1722	26%	592	9%	1363	21%	1853	28%	1070	16%	6600
Traumi intracranici	199	15%	75	5%	196	14%	486	36%	408	30%	1364
Traumi toracici	40	19%	18	9%	22	11%	47	22%	82	39%	209
Traumi addominali	35	20%	13	7%	21	12%	54	31%	52	30%	175
Ferite	34	15%	7	3%	47	20%	57	25%	87	38%	232
Ferite arti superiori	72	23%	39	12%	72	23%	121	38%	13	4%	317
Ferite arti inferiori	32	28%	10	9%	5	4%	57	50%	11	10%	115
Traumi vasi sanguigni	6	17%	3	9%	5	14%	18	51%	3	9%	35
Traumi superficiali	6	10%	6	10%	14	23%	19	32%	15	25%	60
Traumi da schiacciamento	14	32%	2	5%	9	20%	15	34%	4	9%	44
Ustioni	16	8%	2	1%	6	3%	154	79%	17	9%	195
Traumi nervi e midollo	8	14%	3	5%	6	10%	31	53%	10	17%	58
Totali	2184	23%	770	8%	1766	19%	2912	31%	1772	19%	9404

Nel grafico di seguito riportato sono rappresentati i dati del Registro Regionale Traumi Gravi per il periodo compreso tra l'ultimo trimestre 2006 e il terzo trimestre 2007. Gli eventi traumatici inclusi nel grafico sono reperibili nel sito trauma link della RER. La registrazione informatizzata per i Centri di Piacenza e Reggio è iniziata nel 2° trimestre 2007 i dati risentono probabilmente di un flusso non omogeneo.



Per quanto riguarda la funzione hub relativa alla Fibrosi cistica, la Regione attraverso delibera 395/2006, stabilisce quale Centro hub per la rete dell'area emiliana, la struttura di Fibrosi Cistica della Clinica Pediatrica della nostra azienda, con copertura dei bacini territoriali di Reggio, Piacenza e Bologna. Presso questi ultimi centri si collocano le funzioni spoke.

Le tabelle di seguito riportate mostrano come il Centro hub, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, svolga un ruolo di riferimento importante per i pazienti affetti da Fibrosi cistica. Nel corso del triennio 2005-2007 si nota infatti una sostanziale stabilità del numero di ricoveri (75 nel 2007), che rappresentano il 74% dei ricoveri dell'area emiliana su cui insiste il Centro hub. Si evidenzia un incremento, nel corso del triennio, di pazienti provenienti da Reggio e Bologna e un'attrazione di pazienti residenti fuori regione pari al 31%.

Tab. 27 - Ricoveri per fibrosi cistica per presido dell'area emiliana

Presidio di ricovero	20	05	20	06	2007		
Presidio di ricovero	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	
Piacenza	0	0%	1	1%	0	0%	
Parma	71	80%	74	77%	75	74%	
Reggio Emilia	7	8%	11	11%	14	14%	
Modena	7	8%	3	3%	6	6%	
Bologna	4	4%	7	7%	7	7%	
Totale	89	100%	96	100%	102	100%	



Tab. 28 - Ricoveri per fibrosi cistica Azienda Ospedaliero-Universitaria

Desidenza	20	05	20	06	2007		
Residenza	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	
Piacenza	11	15%	6	8%	5	7%	
Parma	19	27%	20	27%	18	24%	
Reggio Emilia	8	11%	10	14%	13	17%	
Modena	7	10%	3	4%	4	5%	
Bologna	7	10%	8	11%	12	16%	
Fuori Regione	19	27%	27	36%	23	31%	
Totale	71	100%	74	100%	75	100%	

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 consistente flessione negli ultimi anni, raggiungendo nel 2007, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 137,5 per 1.000 abitanti, perfettamente in linea con la media regionale, pari a 137,48 per 1000 abitanti.

Per i ricoveri in regime di day hospital, si evidenzia una sostanziale stabilità del tasso di ospedalizzazione standardizzato della provincia nell'anno 2007 rispetto agli anni precedenti, con un decremento di quello relativo ai DH medici (vedi tabella 30), probabilmente riconducibile allo sforzo comune delle due aziende sanitarie della provincia di Parma, 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. Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 58,5% nel 2007, 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.

Tab. 29 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP - anno 2007

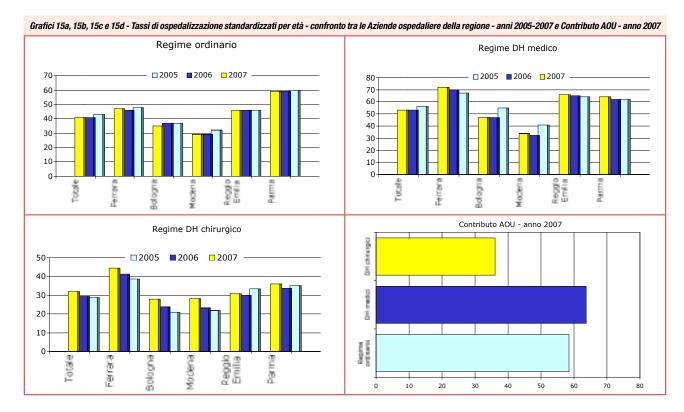
Azienda di residenza	Regime Ordinario		DH	medici	DH chirurgici	
Azierida di residenza	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	137,5	58,5	23,1	63,7	24,92	36,1
Reggio Emilia	130,63	46,1	22,95	65,9	35,48	30,7
Modena	134,49	28,8	20,52	33,5	25,52	28,3
Bologna	141,18	35,3	17,24	46,6	20,65	27,8
Ferrara	144,81	46,5	20,67	71,7	29,74	44,4
Totale	137,48	40,5	20,98	53,3	24,77	32,1

Tab. 30 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

Azienda di residenza - Parma	Regim	e Ordinario	DH	medici	DH chirurgici	
Azieriua ur resideriza - Farma	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2005	139,94	59,9	22,56	61,9	25,5	35,3
2006	137,94	59,0	23,64	61,9	23,95	33,7
2007	137,5	58,5	23,1	63,7	24,92	36,1

Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. È inclusa la mobilità passiva extraregionale 2006. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2007. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2005.





Ricoveri in regime ordinario e in day hospital

Il ricovero ospedaliero si può realizzare mediante il regime ordinario, in cui il paziente permane alcuni giorni in ospedale, con finalità diagnostico-terapeutiche, che prevede il pernottamento nella struttura; il ricovero ordinario negli ultimi anni è stato sempre più affiancato da un regime alternativo, diurno, o day hospital, medico e chirurgico (day surgery), che rappresenta un modello assistenziale e organizzativo caratterizzato da un numero di accessi ospedalieri programmati, limitati alle sole ore diurne. Nel 2007 si conferma il numero totale di ricoveri, ordinari e in regime diurno, dell'anno precedente, il quale, rispetto al 2005, aveva subito una significativa contrazione; si riscontra invece un lieve ma costante incremento dei ricoveri in regime diurno, rispetto ai ricoveri ordinari.

Tab. 31 - Numero di dimessi in regime ordinario e day-hospital. Tutte le Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna - anno 2007

iau. 31 - Nullicio ul ulli	tab. 31 - Numero di dimessi in regime ordinano e day-nospital. Tutte le Aziende ospedanere den Emilia-nomagna - anno 2007												
Aniondo	Regime	ordinario	Day h	ospital	Tot	ale							
Azienda di ricovero	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP				
AOU Parma	42.611	335	11.162	37	53.773	372	79,24	20,76	0,69				
AOSP Reggio Emilia	32.801	99	15.022	100	47.823	199	68,59	31,41	0,42				
AOU Modena	34.209	402	12.561	129	46.770	531	73,14	26,86	1,14				
AOU Bologna	58.086	1093	14.201	11	72.287	1104	80,35	19,65	1,53				
AOU Ferrara	28.739	27	12.631	4	41.370	31	69,47	30,53	0,07				
II.OO.R.	15.022	1159	4.228	0	19.250	1159	78,04	21,96	6,02				
Totale	211.468	3.115	69.805	281	281.273	3.396	75,18	24,82	1,21				

Tab. 32 - Riepilogo Azienda Ospedaliera di Parma - anni 2005-2007

	Regime	ordinario	Day h	ospital	Tot	ale		%		
AOU Parma	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	LP	
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	
2007	42.611	335	11.162	37	53.773	372	79,24	20,76	0,69	



Tab. 33 - Riepilogo Regione Emilia-Romagna - anni 2005-2007

Totale Aziende	Regime	ordinario	Day h	ospital	Tot	ale		%			
ospedaliere RER	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	% DO		% DH	LP				
2005	216.956	3.014	71.481	236	288.437	3.250	75,22	24,78	1,13		
2006	213.019	3.070	67.169	250	280.188	3.320	76,03	23,97	1,18		
2007	211.468	3.115	69.805	281	281.273	3.396	75,18	24,82	1,21		
Fonte : Banca dati SDO; Nota: l'estrazione è stata effettuata prima del 5° invio dei dati											

Per quanto riguarda i ricoveri in area chirurgica, essi rappresentano nel 2007 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.

Tab. 34 - Numero casi chirurgici sul totale dei ricoveri Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna - anno 2007

	Tutti i	DRG	DRG ch	nirurgici		% casi
Azienda di ricovero	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	% casi chirurgici sul totale ricoveri	chirurgici sul totale ricoveri in libera professione
AOU Parma	53.773	372	22.039	336	41,00%	90,30%
AOSP Reggio E.	47.823	199	17.929	98	37,50%	49,20%
AOU Modena	46.770	531	22.146	504	47,40%	94,90%
AOU Bologna	72.287	1.104	27.706	945	38,30%	85,60%
AOU Ferrara	41.370	31	16.972	31	41,00%	100,00%
II.00.R.	19.250	1.159	12.455	1.122	64,70%	96,80%
Totale	281.273	3.396	119.247	3.036	42,40%	89,40%

Tab. 35 - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale

		Tutti i	DRG	DRG ch	nirurgici		% casi
	Azienda i ricovero	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	% casi chirurgici sul totale ricoveri	chirurgici sul totale ricoveri in libera professione
	AOU Parma	54.049	351	21.535	328	39,80%	93,40%
2005	Totale Aziende Ospedaliere RER	288.437	3.250	116.278	2.957	40,30%	91,00%
	AOU Parma	53.383	340	21.832	311	40,90%	91,50%
2006	Totale Aziende Ospedaliere RER	280.188	3.320	117.172	2.971	41,80%	89,50%
	AOU Parma	53.773	372	22.039	336	41,00%	90,30%
2007	Totale Aziende Ospedaliere RER	281.273	3.396	119.247	3.036	42,40%	89,40%
Fonto	· Panca dati SD	10					

Fonte: Banca dati SDO

Nota: l'estrazione è stata effettuata prima del 5° invio dei dati

In riferimento all'attività di ricovero svolta in libera professione, si evidenzia come le quote rispetto al totale dei ricoveri siano 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 regionale di riferimento.

Dall'analisi dei pesi medi di ricovero delle diverse discipline dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si evidenzia una tendenza all'incremento del punto DRG medio per quasi tutte le discipline, 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 37 si osserva che, dal 2005 al 2007, i valori percentuali di questa tipologia di ricoveri, si mantengono costanti oltre il 9% e sempre al di sopra delle medie delle Aziende ospedaliere della regione Emilia-Romagna.

Tab. 36 - Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario

	20	05	20	06	2007		
Disciplina	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	
008-CARDIOLOGIA	1,88	1,14	1,83	1,08	2,09	1,21	
009-CHIRURGIA GENERALE	1,42	1,05	1,51	1,1	1,52	1,11	
026-MEDICINA GENERALE	1,1	1,07	1,13	1,09	1,14	1,1	
036-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,23	0,97	1,26	0,99	1,24	0,96	
049-TERAPIA INTENSIVA	6,32	1,04	6,12	0,97	6,45	1,06	
050-UNITA' CORONARICA	2,32	1,18	2,45	1,17	2,46	1,19	
051-ASTANTERIA	0,73	0,82	0,77	0,87	0,73	0,8	
021-GERIATRIA	1,05	1,02	1,07	1,03	1,09	1,04	
024-MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,77	1,22	1,91	1,31	1,93	1,33	
029-NEFROLOGIA	1,47	1,02	1,42	0,98	1,44	1	
032-NEUROLOGIA	1,04	0,98	1,1	1,02	1,07	1	
034-OCULISTICA	0,63	0,94	0,64	0,95	0,63	0,95	
037-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,63	1,02	0,63	1,03	0,64	1,04	
038-OTORINOLARINGOIATRIA	0,96	0,99	0,94	0,96	0,95	0,98	
039-PEDIATRIA	0,66	0,89	0,64	0,9	0,68	0,91	
043-UROLOGIA	1,05	1,02	1,05	1	1,09	1,03	
058-GASTROENTEROLOGIA	1,06	0,88	1,13	0,95	1,09	0,95	
062-NEONATOLOGIA	1,96	0,88	2,07	0,99	2,02	1	
068-PNEUMOLOGIA	1,52	0,94	1,41	0,88	1,48	0,9	
031-NIDO	1,34	1,15	0,76	0,6	1,35	0,94	
014-CHIRURGIA VASCOLARE	1,93	1,01	1,95	1,03	1,97	1,06	
011-CHIRURGIA PEDIATRICA	0,84	0,99	0,83	0,98	0,79	0,97	
013-CHIRURGIA TORACICA	2,3	1,05	2,45	1,12	2,36	1,07	
073-TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	2,17	1,03	1,63	0,8	2,12	1,02	
010-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1,84	1,24	1,85	1,28	1,81	1,22	
012-CHIRURGIA PLASTICA	1,6	1,15	1,47	1,07	1,43	1,03	
030-NEUROCHIRURGIA	2,34	1,22	2,29	1,19	2,21	1,13	
064-ONCOLOGIA	1,22	0,92	1,23	0,95	1,2	0,93	
018-EMATOLOGIA	2,66	0,79	2,44	0,74	2,83	0,9	
052-DERMATOLOGIA	0,83	0,81	0,9	0,86	0,85	0,78	
047-GRANDI USTIONATI	2,67	0,67	2,89	0,77	3,39	0,77	
007-CARDIOCHIRURGIA	4,85	1,03	5,07	1,04	5,14	1,04	
048-NEFROLOGIA TRAPIANTI	2,09	1,25	1,87	1,18	1,86	1,22	
065-PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	1,33	0,72	1,62	0,74	1,39	0,66	



Tab. 37 - Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5 sul totale dei casi ordinari

	Azienda di ricovero	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2005	AOU Parma	43.261	4.089	9,5%
2005	Totale Aziende Ospedaliere RER	216.956	17.483	8,1%
2006	AOU Parma	42.596	4.264	10,0%
2006	Totale Aziende Ospedaliere RER	213.076	18.060	8,5%
2007	AOU Parma	42.611	4.157	9,8%
2007	Totale Aziende Ospedaliere RER	211.468	18.253	8,6%

Tab. 38 - Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da DRG 1872/2004 su totale dimessi

	Azienda di ricovero	Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzial- mente inappropriati sul totale ricoveri
2005	AOU Parma	1.712	52.257	3,3%
2005	Totale Aziende Ospedaliere RER	9.075	279.172	3,3%
2006	AOU Parma	1.575	51.340	3,1%
2000	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.333	271.057	3,1%
2007	AOU Parma	1.513	51.758	2,9%
2007	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.252	272.499	3,0%

(*) 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. Nota: l'estrazione è stata effettuata prima del 5° invio

Ricoveri potenzialmente inappropriati

La Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 1872 del 2004 contiene un elenco di DRG ad elevato rischio di inappropriatezza 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 (vedi tabella 38).

Tempi di attesa

L'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006, poi ripresa dalla Delibera regionale numero 1532 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. È 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'intervento,

- interventi chirurgici per tumori colon-retto: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento,
- 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'intervento;

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 gg,

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 2007.



19,9

39,9

30,1

Tab. 39 - Piano regionale s	Tab. 39 - Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Parma e provincia - anno 2007											
_		Totale	Totale	Attesa			Tempi di a	attesa (valo	ri percentual	li)*		
Parma	l	ricoveri	ricoveri con attesa > 0gg	mediana (gg)	0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
Area oncologica												
	Az.USL+Privato	683	631	4	7,6	96,2	97,9	98,3	98,6	98,6	1,4	
Chemioterapia (dh)	Az.Ospedaliera	629	20	9	97	85	85	95	95	95	5	
	Totale	1.312	651	4	50	95,9	97,5	98,2	98,5	98,5	1,5	
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	39	37	20	5,1	83,8	97,3	100	100	100	0	
tumore utero	Az.Ospedaliera	26	26	25,5	0	65,4	84,6	100	100	100	0	
(regime ordinario)	Totale	65	63	21	3,1	76,2	92,1	100	100	100	0	
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	73	67	16	8,2	82,1	92,5	94	98,5	98,5	1,5	
tumore colon-retto	Az.Ospedaliera	214	203	19	5,1	89,7	97,5	98	99,5	100	0	
(regime ordinario)	Totale	287	270	18	5,9	87,8	96,3	97	99,3	99,6	0,4	
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	52	50	9	3,8	94	98	100	100	100	0	
tumore mammella - mastectomia	Az.Ospedaliera	42	38	11,5	9,5	89,5	97,4	97,4	97,4	97,4	2,6	
(regime ordinario)**	Totale	94	88	10,5	6,4	92	97,7	98,9	98,9	98,9	1,1	
Area cardiovascolare												
Coronarografia (dh)	Az.Ospedaliera	1	0		100							
Coronarograna (un)	Totale	1	0		100							
Endoarteriectomia	Az.USL+Privato	23	23	39	0	39,1	78,3	87	87	91,3	8,7	
carotidea	Az.Ospedaliera	141	137	49	2,8	30,7	65,7	92	94,9	97,8	2,2	
(regime ordinario)	Totale	164	160	47,5	2,4	31,9	67,5	91,3	93,8	96,9	3,1	
Angioplastica (ptca)	Az.Ospedaliera	167	153	39	8,4	39,9	73,9	83	89,5	98	2	
(regime ordinario)	Totale	167	153	39	8,4	39,9	73,9	83	89,5	98	2	
By-pass aortocorona-	Az.Ospedaliera	182	124	7	32	91,1	98,4	98,4	99,2	99,2	0,8	
rico (regime ordinario)	Totale	182	124	7	32	91,1	98,4	98,4	99,2	99,2	0,8	
Area geriatrica												
	Az.USL+Privato	117	116	27	0,9	63,8	96,6	99,1	99,1	99,1	0,9	
Cataratta (dh)	Az.Ospedaliera	18	15	21	17	60	80	93,3	100	100	0	
	Totale	135	131	27	3	63,4	94,7	98,5	99,2	99,2	0,8	

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

Az.USL+Privato

Az.Ospedaliera

Intervento protesi

d'anca (regime

ordinario)

224

217

441

206

213

419

87,5

133

114

8

5

1,8

10,7

1,9

6,2

28,6

11,7

20

51,9

29,6

40,6

59,2

46,5

52,7

80,1

60,1

69,9

Tab. 40 - Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Regione Emilia-Romagna - anno 2007

		Totale	Totale	Attesa			Tempi di a	attesa (valo	ri percentua	i)*	
Regione Emilia	-Romagna	ricoveri	ricoveri con attesa > 0gg	mediana (gg)	0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
Area oncologica											
	Az.USL+Privato	9.289	5.435	6	42	95,5	98,2	98,9	99,2	99,5	0,5
Chemioterapia (dh)	Az.Ospedaliera	4.949	2.703	5	45	97,1	98,9	99,1	99,2	99,3	0,7
	Totale	14.238	8.138	6	43	96	98,4	98,9	99,2	99,4	0,6
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	365	353	20	3,3	82,7	96,3	98,6	99,2	99,4	0,6
tumore utero	Az.Ospedaliera	178	175	23	1,7	70,3	93,1	97,7	99,4	100	0
(regime ordinario)	Totale	543	528	21	2,8	78,6	95,3	98,3	99,2	99,6	0,4
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	1.921	1.826	15	4,9	84,8	96,9	97,4	98,1	99,2	0,8
tumore colon-retto	Az.Ospedaliera	969	899	17	7,2	83,4	94,1	96,3	98	99,8	0,2
(regime ordinario)	Totale	2.890	2.725	15	5,7	84,3	96	97,1	98,1	99,4	0,6
Intervento chirurgico	Az.USL+Privato	897	887	16	1,1	89,7	98,4	99,4	99,8	99,8	0,2
tumore mammella - mastectomia	Az.Ospedaliera	331	319	18	3,6	84,6	95,3	97,2	98,4	98,7	1,3
(regime ordinario)	Totale	1.228	1.206	17	1,8	88,4	97,6	98,8	99,4	99,5	0,5



^{*} 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.

^{**} Si consideri che l'80% degli interventi vengono effettuati in regime di day surgery o one-day surgery i cui tempi di attesa sono inferiori.

	_	Totale	Totale	Attesa			Tempi di a	attesa (valo	ri percentual	i)*	
Regione Emilia-	Romagna	ricoveri	ricoveri con attesa > 0gg	mediana (gg)	0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
Area cardiovascolare											
	Az.USL+Privato	482	445	14	7,7	88,8	96,2	98,2	98,9	98,9	1,1
Coronarografia (dh)	Az.Ospedaliera	171	162	17	5,3	71	82,1	89,5	93,8	98,1	1,9
	Totale	653	607	14	7	84	92,4	95,9	97,5	98,7	1,3
Endoarteriectomia	Az.USL+Privato	696	643	27	7,6	53,8	71,9	82,9	89,4	96,3	3,7
carotidea	Az.Ospedaliera	717	681	31	5	49,8	75,2	90,5	94,1	97,4	2,6
(regime ordinario)	Totale	1.413	1.324	29	6,3	51,7	73,6	86,8	91,8	96,8	3,2
	Az.USL+Privato	3.091	2.749	11	11	87,2	97,1	98,7	99,1	99,4	0,6
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	1.445	1.172	14	19	75,5	90	94,6	96,8	98,9	1,1
(rogo oraa.ro)	Totale	4.536	3.921	12	14	83,7	95	97,4	98,4	99,3	0,7
	Az.USL+Privato	1.080	1.029	10	4,7	91,4	97,7	98,8	99,1	99,3	0,7
By-pass aortocorona- rico (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	424	341	15	20	69,2	88,6	97,7	98,8	99,1	0,9
noo (rogimo oramano)	Totale	1.504	1.370	11	8,9	85,8	95,4	98,5	99,1	99,3	0,7
Area geriatrica											
	Az.USL+Privato	6.879	6.494	43	5,6	42,3	62,1	80	88,9	96,2	3,8
Cataratta (dh)	Az.Ospedaliera	257	236	25,5	8,2	58,9	80,1	89,4	94,5	97,5	2,5
	Totale	7.136	6.730	43	5,7	42,9	62,7	80,3	89	96,2	3,8
Intervento protesi	Az.USL+Privato	4.477	4.329	62	3,3	29,1	49,2	60,6	69	82,8	17,2
d'anca (regime	Az.Ospedaliera	2.219	2.182	180	1,7	7,8	16,9	26,6	34,3	50,7	49,3
ordinario)	Totale	6.696	6.511	92	2,8	21,9	38,4	49,2	57,4	72	28

^{*} calcolati sul totale dei ricoveri con tempi di attesa superiori a 0 giorni.

Per gli interventi monitorati dell'area oncologica, nel 2007 non sono stati raggiunti gli obiettivi regionali dell'esecuzione delle prestazioni entro i 30 giorni; per quanto riguarda le chirurgie oncologiche, il mancato conseguimento dell'obiettivo regionale va attribuito per la maggior parte ai trattamenti pre-operatori (radio-chemioterapia adiuvante), cui i pazienti vengono sottoposti prima dell'intervento chirurgico e che inevitabilmente allungano i tempi di attesa per l'intervento.

Per il tumore del colon-retto, la difficoltà è attribuibile alla attivazione dello screening, che ha determinato un incremento degli interventi chirurgici che ne confermano l'efficacia, ma parallelamente richiedono un adeguamento dell'offerta. Il 90% dei casi sono stati comunque trattati entro i 30 giorni ponendo l'Azienda al di sopra della media regionale (83%). Per il tumore della prostata, non è stato ancora definito l'obiettivo dalla Regione. Nel corso del 2007 è stato attivato nell'AOU di Parma il Centro Senologico, con un percorso per la diagnosi e il trattamento del tumore della mammella; l'intento di questa nuova organizzazione è quello di ottenere una riduzione dei tempi di attesa per la terapia, oltre ad un miglioramento della diagnostica, effetti che potranno essere valutati nel corso del 2008. I tempi d'attesa per gli interventi di mastectomia sono comunque in linea con quelli medi della regione.

Per l'area geriatrica, in cui la Regione pone come obiettivo il raggiungimento del 50% degli interventi entro 90 giorni e il 90% entro 180 giorni, ottima è la risposta relativamente agli interventi di cataratta nel 2007, che a 90 giorni, sono effettuati nella misura del 93% 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 inte-

ressa 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 51% (l'AOU di Parma a 180 giorni tratta una percentuale superiore di pazienti, pari al 60%). Questo è dovuto ad un cospicuo incremento della domanda, al quale non sempre l'offerta, che pure è aumentata, è stata in grado di rispondere pienamente. Rispetto all'area cardiovascolare, ottimi sono i risultati per le procedure di by-pass aortocoronarico (98% a 60 giorni vs il 90% dell'obiettivo regionale) e endoarteriectomia carotidea (92% a 90 giorni vs il 90 % dell'obiettivo regionale). Per ciò che riguarda invece l'intervento di angioplastica (PTCA), non è stato raggiunto l'obiettivo regionale del 90% degli interventi entro i 60 giorni, anche se rispetto al 2006, si è ottenuto comunque una riduzione dei tempi di attesa (74% degli interventi a 60 gg vs 65%). Non è stato possibile il monitoraggio delle coronarografia in DH, in quanto nell'AOU di Parma tali prestazioni vengono eseguite in regime di ricovero ordinario.

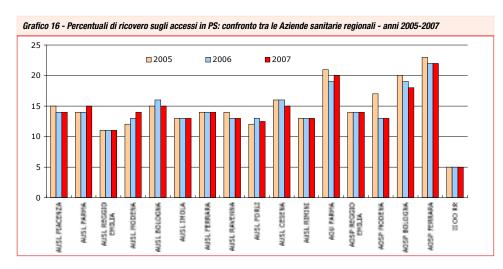
Accessi in Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Nell'anno 2007 gli accessi in PS sono cresciuti del 2,32% rispetto al 2006, ciò a conferma del trend in aumento registrato negli ultimi anni. È 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 più del 67% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che si è mantenuta stabile negli ultimi 3 anni.

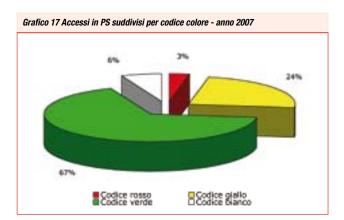


Tab. 41 - Accessi e ricoveri da PS nella provincia di Parma e confronto regionale - anni 2005-2007

		2005			2006			2007	
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	77.557	16.066	20,7	79.723	15.401	19,3	79.129	15.703	19,8%
AUSL Parma	36.529	5.009	13,7	36.712	5.063	13,8	38.260	5.859	15,3%
Totale	114.086	21.075	18,5	116.435	20.464	17,6	117.389	21.562	18,4%
Regione ER	1.730.219	258.876	15	1.774.416	256.280	14,4	1.774.416	255.381	14,4%
% accessi AOU Parma	67,98				68,47			67,41	



Dall'analisi dei dati del 2007, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso, si evince come il 67% della casistica sia rappresentato dai codici verdi, seguiti dai codici gialli (24%), dai codici bianchi (6%) e infine dai codici rossi (3%). Tra gli accessi in PS, i codici verdi, nonostante la lieve flessione percentuale registrata nel corso del 2007 a fronte di una maggiore quota di codici gialli, restano ancora in numero elevato, indicando il ricorso al PS per problematiche spesso trattabili dalla medicina del territorio.



Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva che nel 2007 il 17,5% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri, con una suddivisione della casistica per codice colore perfettamente sovrapponibile a quella degli accessi totali (italiani e stranieri). Per quanto riguarda i reparti di ricovero, il 17% è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, il 10% in Chirurgia d'Urgenza e l'8% nelle Ortopedie.

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 standard regionali; infatti il numero di pazienti che sono stati inseriti nell'OBI nel 2007 è di 2.637, ovvero il 3% 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 93%, 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 16,4 ore.

Tab. 42 - Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

	Anno 2007	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	2637	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	3%	3-8%
Tempi medi di osservazione	16,4 h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	93%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	67%	



Piano sangue

Il "Piano Sangue Plasma Regionale per il triennio 2005–2007" è 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.

- a. Donatori: incremento numerico dei donatori effettivi nella provincia di Parma e del numero delle donazioni, nella misura del 2,5%;
- b. Raccolta: obiettivo raggiunto con aumento del numero delle unità sangue raccolte (+ 1,2%) e aumento delle unità in esubero inviate al CRCC di Bologna (+2%). In occasione dell'emergenza Chicungunya, da luglio a novembre 2007 è stata attivata una raccolta straordinaria per le zone endemiche della Romagna, con invio nelle stesse di 700 unità di sangue.
- c. Plasma: è stato raggiunto l'obiettivo di piano per il quantitativo di plasma inviato all'industria (convenzione regionale) per la produzione e recupero economico di plasmaderivati (albumina, fattori della coagulazione, immunoglobuline), con un aumento del 2%. Inoltre è aumentata del 5% la conversione in donazioni di plasma e/o piastrine di gruppi ABO meno utilizzabili come sangue intero, come esito positivo della campagna promozionale.

Strategie alternative all'utilizzo di sangue omologo Obiettivo raggiunto attraverso:

 ottimizzazione del rapporto unità di sangue autologo predepositate per interventi chirurgici vs unità effettivamente utilizzate (1.756 di cui utilizzate 1.450, 17,43%).

Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali Obiettivo raggiunto attraverso:

- delibera dell'accorpamento per un unico Comitato per il Buon Uso del Sangue con partecipazione delle due Aziende di Parma, AOU e AUSL, nomina dei componenti e programmazione del piano di revisione delle Linee Guida per l'utilizzo degli emocomponenti e albumina.
- In via di attuazione il programma per l'incremento dei test di Type & Screen (con gestione nuove emoteche) per gli Ospedali di Vaio e Borgo Val di Taro (lo slittamento dell'attuazione del programma è stato determinato dall'emergenza Chycungunia del 2007).

Introduzione della biologia molecolare Obiettivo raggiunto attraverso:

 completamento di tutte le gare in "service" da rinnovare entro i termini previsti (Immunoematologia, Sierologia, Biologia Molecolare - NAT).

Sicurezza trasfusionale

 Obiettivo sicurezza Riceventi: Partecipazione al Programma Regionale per "l'Identificazione del ricevente"; avviato uno studio in collaborazione con l'istituto di Fisica dell'Università sulla sicurezza del ricevente che verrà presentato nel convegno "La convergenza Università-Impresa sui sistemi RFId, dalla ricerca alla applicazione" presso l'Università C. Cattaneo - LIUC di Castellana.

Valorizzazione delle Associazioni Donatori

In accordo con le Associazioni Donatori, è stato avviato lo studio prospettico "Cardio Risk" in una popolazione di donatori, studiati e classificati secondo l'indice di rischio (4.400 donatori nell'anno 2007).

Sistema di informatizzazione

È stata completata l'informatizzazione di tutte le sedi di raccolta sangue: Ospedaliera, Centro Fisso di Fidenza e Periferiche.

Attività di terzo livello

- Raccolta Sangue da Cordone Ombelicale: obiettivo raggiunto, come da indicazione regionale, nelle tre sedi indicate dal Piano Regionale, AOU, Ospedali di Vaio e Borgo Taro (100% dell'indicato nel piano).
- Incremento dell'utilizzo e gestione degli emocomponenti per uso topico (Gel Piastrinico) sia in AOU che nella AUSL (180 trattamenti per 78 pazienti, +9 % nel 2007).
- Raccolta di Cellule Staminali finalizzate al Trapianto di Midollo Osseo: raggiunto l'obiettivo di aumento della raccolta (+ 15 % rispetto al 2006).

Nel 2007 si è provveduto all'acquisto di apparecchiature per l'Immunoematologia e Trasfusionale, utilizzando i fondi regionali destinati al Piano Sangue Provinciale per acquisto di apparecchiature (previsto un rimborso sulla base delle unità di sangue raccolto di circa 75.000 euro). Inoltre nel corso del 2007 è stata completata l'attivazione del PdA per l'accesso diretto alla Struttura Semplice di Medicina Trasfusionale, con circa 2.200 accessi nel 2007. Tale Struttura Semplice ha incrementato in varie percentuali tutte le attività istituzionali (8.984 prestazioni totali, con un aumento dell' 11% rispetto al 2006).

Tab. 43 - Confronto attività di raccolta sangue 2007-2006									
Programma speciale sangue	mma speciale sangue Raccolta Racc		Differenze % 2007-2006						
Piacenza	14.682	14.961	-1,9						
Parma	28.564	28.218	1,2						
Reggio Emilia	23.241	23.690	-1,9						
Modena	35.337	36.045	-2,0						
Bologna (*)	63.140	63.885	-1,2						
Ferrara	22.109	21.547	2,6						
Ravenna	27.602	29.404	-6,1						
Forlì	7.393	7.527	-1,8						
Cesena	9.691	10.434	-7,1						
Rimini	13.414	13.633	-1,6						
Totale	245.173	249.344	-1,7						

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola



Tab. 44 - Confronto consumi di Unità "rosse" 2007-2006

Programma speciale sangue	Consumi 2007	Consumi 2006	Differenze % 2007-2006
Piacenza	13.770	15.334	-10,2
Parma	25.896	24.010	7,9
Reggio Emilia	17.892	17.815	0,4
Modena	31.666	31.389	0,9
Bologna (**)	72.707	72.470	0,3
Ferrara	22.685	22.832	-0,6
Ravenna	25.502	23.679	7,7
Forlì	7.264	6.509	11,6
Cesena	9.189	8.553	7,4
Rimini	12.617	12.038	4,8
Totale	239.188	234.629	1,9

(**) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, II.OO.R. Fonte: CRCC (Centro regionale di coordinamento e compensazione per i servizi trasfusionali)

Nelle tabelle 43 e 44 si può vedere come nel 2007 nella provincia di Parma sia stato raccolto più sangue rispetto al 2006 (1,2%), e nonostante il maggiore consumo registrato (+7,9%), ciò ha consentito un aumento pari al 2% delle unità di sangue inviate al Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC).

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 rianimazioni, 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.

Nell'anno 2007 nell'ambito delle attività di procurement aziendale sono stato valutati 59 casi di potenziali donatori multitessuto, 135 sono risultati non idonei, 6 dei quali sono stati effettivi donatori. Per quanto riguarda le cornee, nel 2007 ne sono state prelevate 201 (+67 casi rispetto al 2006).

Tab. 45 - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Attività di prelievo di tessuti

Anno	Cornee	Cute	Osseo	Cartilagini	Vasi	Valvole
2002	154	0	4	0	5	0
2003	170	0	0	0	0	0
2004	162	0	6	2	18	0
2005	111	4	8	1	7	1
2006	134	7	5	0	2	3
2007	201	7	10	0	3	1

In merito alle attività di prelievo di organi, nel corso del 2007 sono stati segnalati 29 pazienti, le opposizioni al prelievo sono state 8 pari al 27,6% (37,5% nel 2006), 3 pazienti sono stati ritenuti non idonei. I donatori di organi effettivi sono stati 18 di cui 15 multiorgano.

Tab. 46 - Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - anno 2007

Tipologie	2005	2006	2007
Segnalati	61	40	29
Opposizioni	23	15	8
Opposizioni procura	-	-	-
Non idoneo	13	3	3
Effettivi	27	21	18
Utilizzati	24	20	17
Multiorgano	18	16	15

Nel corso dell'anno 2007 l'attività trapiantologica di rene e rene pancreas combinato è stata caratterizzata da un incremento dei trapianti effettuati (47 rispetto ai 39 del 2006). Tale aumento è sostanzialmente legato ad un lieve incremento dei trapianti da vivente e ad un notevole sviluppo del programma di trapianto di rene-pancreas simultaneo (vedi tabella 47).

Anche per l'anno 2007 i risultati dell'attività di trapianto renale sono stati sovrapponibili a quelli dei migliori Centri nazionali ed internazionali, nonostante l'elevata complessità clinica della casistica trattata. I risultati complessivi del trapianto di rene-pancreas simultaneo (28 trapianti) possono essere considerati soddisfacenti (sopravvivenza nel paziente 85,2%, sopravvivenza dell'organo 84,3% ad un follow-up medio di 72,4 mesi).

L'attività di trapianto di rene-pancreas si è notevolmente sviluppata durante l'anno 2007 nonostante il mantenimento di criteri selettivi d'idoneità del donatore. L'incremento numerico dei trapianti di rene-pancreas ha determinato una notevole riduzione della lista d'attesa che attualmente consta di 7 pazienti di cui 6 in sospeso per motivi clinici.

Nel 2007, dopo la definizione dei protocolli clinici ed organizzativi per l'inizio del programma di trapianto di pancreas isolato, è iniziata la selezione dei potenziali candidati a tale tipologia di trapianto.

Anche quest'anno il tempo d'attesa tra richiesta della visita pre-trapianto e la sua effettuazione è stata generalmente inferiore ai 30 giorni sia per i candidati residenti in Regione che per i pazienti extraregionali.

Per quanto concerne l'attività di follow-up, sono circa 750 i pazienti trapiantati seguiti direttamente dal Centro Trapianti di Parma secondo protocolli definiti ed informatizzati.

Tab. 47 - Attività trapiantologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2005	2006	2007
Cornea	41	57	47
Midollo	20 autologi	19 autologi	21 autologi
	0 allogenici	1 allogenico	
	53 di cui	39 di cui	(*) 40 di cui
Rene	3 da vivente;	3 da vivente	4 da vivente;
	9 doppi trapianti		1 doppio trapianto
Rene-pancreas	3	3	7

Fonte: Banca Dati SDO (*) Fonte Banca Dati CRT della RER



Monitoraggio dell'Accordo di fornitura

(per i contenuti dell'Accordo di fornitura si veda il paragrafo "Accordo di Fornitura" del capitolo 1 del presente volume)

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

- a) il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa;
- b) il recupero ricoveri in mobilità passiva;
- c) la riduzione degli importi 2006 relativi ai ricoveri allocati nelle Case di Cura della provincia;
- d) il rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali;
- e) la riduzione parti cesarei;
- f) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- g) la somministrazione di farmaci.
- Si riportano di seguito le tabelle riepilogative delle diverse attività dell'Accordo di fornitura.

a) Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa

Tab. 48 - Ricoveri ordinari e in day hospital relativi ai DRG oggetto di monitoraggio - anni 2006-2007

DRG	2006	2007	Var. %	Var. (+/-)
088 M- Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva	329	304	-8%	-25
294 M-Diabete, Eta'>35	137	109	-20%	-28

b) Recupero ricoveri in mobilità passiva

Tab. 49 - Ricoveri ordinari e in day hospital relativi al set di DRG indicati dall'AUSL - anni 2006-2007

DRG	2006	2007	Incremento annuo atteso	Var. (+/-)	Var. %
001 Craniotomia età >17 anni eccetto per traumatismo	149	101	10	-48	-32%
007, 008 Interventi sui nervi cranici e periferici	56	68	10	12	21%
104, 105, 514, 515 Interventi valvole cardiache con e senza cateterismo	160	164	45	4	3%
517, 518 Interventi sul sistema cardio-vascolare per via percutanea no IMA	600	468	50	-132	-22%
124, 125 Malattie cardiovascolari eccetto IMA	226	255	50	29	13%
Protesi d'anca (Cod. ICD9-CM: 8151-8152-8153, ricoveri programmati)	236	188	25	-48	-20%
223, 224, 225 Interventi maggiori spalla, gomito e piede	271	230	30	-41	-15%
372, 373, 374, 375 Parto vaginale	1.489	1.460	150	-29	-2%
403, 404, 407 Oncoematologia	403	411	20	8	2%
409, 410 Chemioterapia e Radioterapia	1.309	1.258	110	-51	-4%
481 Trapianto midollo	16	17	10	1	6%
148, 149, Interventi maggiori su intestino		1.159	30	83	8%
159, 160, 161, 162 Interventi di ernia	1076	1.139	30	00	0 70
257, 258, 259, 260 Interventi tumore mammella	317	355	50	38	12%

c) Riduzione degli importi 2006 relativi ai ricoveri allocati nelle Case di Cura della provincia

Tab. 50 - Ricoveri ordinari disposti dal PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presso le CdC: numero dimessi - anno 2007

2007	2006	Atteso 2007	Atteso 2006	Variazione rispetto all'atteso 2007	Variazione rispetto all'atteso 2006
581	936	746	804	-165	132
132	91	41	42	91	49
76	162	113	111	-37	51
789	1189	900	957	-111	232
	581 132 76	581 936 132 91 76 162	2007 2006 2007 581 936 746 132 91 41 76 162 113	2007 2006 2007 2006 581 936 746 804 132 91 41 42 76 162 113 111	2007 2006 2007 2006 all'atteso 2007 581 936 746 804 -165 132 91 41 42 91 76 162 113 111 -37



d) Rispetto tempi di attesa secondo gli standard regionali

Tab. 51 - Tempi di attesa, rispetto dello standard regionale

Intervento	Standard	2007	2006	Obiettivo 2007
Chemioterapia		97%	100%	mantenimento
Interventi per tumore utero	1000/ 1 00	65%	77%	1000/
Interventi per tumore colon-retto	100% entro 30 gg	90%	88%	100% entro 30 gg
Interventi per tumore mammella		90%	100%	mantenimento
Endoarteriectomia	90% entro 90 gg	92%	87%	90% entro 90 gg
Angioplastica	000/ ontro 60 cc	74%	66%	90% entro 60 gg
By-pass aorto-coronarico	90% entro 60 gg	98%	95%	mantenimento
Duetosi enec	50% entro 90gg	30%	26%	50% entro 90gg
Protesi anca	90% entro 180 gg	60%	57%	90% entro 180 gg

e) Riduzione parti cesarei

Tab. 52 - Trend parti cesarei sul totale parti - anni 2003-2007											
		2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
	Parti cesari	753	36%	815	37%	733	33%	742	33%	874	37%
	Parti Totali	2097	100%	2178	100%	2233	100%	2229	100%	2334	100%

f) Assistenza specialistica ambulatoriale

Tab. 53 - Tetti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale residenti di Parma

Aggregazioni di 1° livello	Importo 2007 atteso	Importo 2007 osservato	Var.
Diagnostica	€ 10.200.000	€ 10.448.256	€ 248.256
Laboratorio	€ 8.880.000	€ 7.584.441	-€ 1.295.559
Riabilitazione	€ 100.000	€ 151.815	€ 51.815
Prestazioni Terapeutiche	€ 6.000.000	€ 5.685.796	-€ 314.204
Visite	€ 7.320.000	€ 8.324.460	€ 1.004.460
Totale	€ 32.500.000	€ 32.194.768	-€ 305.232

Tab. 54 - Prestazioni erogate ai residenti di Parma - anni 2006-2007

PRESTAZIONI	2006	2007	Var.	Var. %
D1-D.Strument.con radiaz.	108.706	108.488	-218	-0,20%
D2-D.Strument. no radiaz.	127.885	135.630	7.745	6,06%
D3-Biopsia	4.367	4.380	13	0,30%
D9-Altra diagnostica	12.169	12.327	158	1,30%
DIAGNOSTICA	253.127	260.825	7.698	3,04%
L1-Prelievi	183.118	185.555	2.437	1,33%
L2-Chimica clinica	1.127.714	1.087.150	-40.564	-3,60%
L3-Ematologia/coagulaz.	237.104	236.616	-488	-0,21%
L4-Immunoemat.e trasfusion.	4.421	5.239	818	18,50%
L5-Microbiologia/virologia	113.894	92.005	-21.889	-19,22%
L6-Anatomia ed ist.patol.	11.551	11.769	218	1,89%
L7-Genetica/citogen.	8.414	7.477	-937	-11,14%
LABORATORIO	1.686.216	1.625.811	-60.405	-3,58%
R1-Riab.diagnostica	2.208	1.931	-277	-12,55%
R2-RRF	15.200	13.673	-1.527	-10,05%
R3-Terapia Fisica	1.354	1.051	-303	-22,38%
R9-Altra riabilitazione	1.328	1.663	335	25,23%
RIABILITAZIONE	20.090	18.318	-1.772	-8,82%
T1-Radioterapia	19.826	18.096	-1.730	-8,73%
T2-Dialisi	11.380	8.731	-2.649	-23,28%



PRESTAZIONI	2006	2007	Var.	Var. %
T3-Odontoiatria	4.302	4.509	207	4,81%
T4-Trasfusioni	1.774	1.655	-119	-6,71%
T5-Chirurgia ambulatoriale	14.254	13.739	-515	-3,61%
T9-Altre prestaz. terapeutiche	48.161	43.343	-4.818	-10,00%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	99.697	90.073	-9.624	-9,65%
V1-Prima visita	209.368	208.099	-1.269	-0,61%
V2-Visita di controllo	171.246	173.008	1.762	1,03%
V3-Osservaz.breve intensiva	2.843	2.231	-612	-21,53%
VISITE	383.457	383.338	-119	-0,03%
Totale	2.422.497	2.378.365	-44.132	-1,82%
5 · 5 · · · · · · · · · · · · · · · · ·				

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

Tab. 55 - Monitoraggio volumi delle prestazioni critiche residenti di Parma

5.845 2.395 8.240 11.513 16.537 28.050 4.359 1.611 5.970 14.408 8.886	5.763 2.051 7.814 12.809 15.321 28.130 6.989 842 7.831 14.800	-82 -344 -426 1.296 -1.216 80 2.630 -769 1.861	-1,40% -14,40% -5,20% 11,30% -7,40% 0,30% 60,30% -47,70% 31,20% 2,70%
8.240 11.513 16.537 28.050 4.359 1.611 5.970 14.408	7.814 12.809 15.321 28.130 6.989 842 7.831	-426 1.296 -1.216 80 2.630 -769 1.861	-5,20% 11,30% -7,40% 0,30% 60,30% -47,70% 31,20%
11.513 16.537 28.050 4.359 1.611 5.970 14.408	12.809 15.321 28.130 6.989 842 7.831	1.296 -1.216 80 2.630 -769 1.861	11,30% -7,40% 0,30% 60,30% -47,70% 31,20%
16.537 28.050 4.359 1.611 5.970 14.408	15.321 28.130 6.989 842 7.831	-1.216 80 2.630 -769 1.861	-7,40% 0,30% 60,30% -47,70% 31,20%
28.050 4.359 1.611 5.970 14.408	28.130 6.989 842 7.831	80 2.630 -769 1.861	0,30% 60,30% -47,70% 31,20%
4.359 1.611 5.970 14.408	6.989 842 7.831	2.630 -769 1.861	60,30% -47,70% 31,20%
1.611 5.970 14.408	842 7.831	-769 1.861	-47,70% 31,20%
5.970 14.408	7.831	1.861	31,20%
14.408			· ·
	14.800	392	2,70%
8.886			
	8.652	-234	-2,60%
23.294	23.452	158	0,70%
7.842	7.946	104	1,30%
1.815	1.802	-13	-0,70%
9.657	9.748	91	0,90%
9.329	9.386	57	0,60%
4.115	3.796	-319	-7,80%
13.444	13.182	-262	-1,90%
38.395	46.661	8.266	21,50%
127.050	136.818	9.768	7,70%
	1.815 9.657 9.329 4.115 13.444 38.395	1.815 1.802 9.657 9.748 9.329 9.386 4.115 3.796 13.444 13.182 38.395 46.661	1.815 1.802 -13 9.657 9.748 91 9.329 9.386 57 4.115 3.796 -319 13.444 13.182 -262 38.395 46.661 8.266

Nota:Sono esclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2007 Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

g) Somministrazione farmaci

Tab. 56 -	Erogazione	diretta	farmaci

Tab. 00 Liogazione anetta farmati			
	2005	2006	2007
Numero dei pazienti dimessi con farmaci	16.501	18.839	19.553
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fiale, compresse, cerotti)	1.336.177	1.625.868	1.837.262
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	€ 360.565	€ 365.976	€ 333.359

La tabella mostra l'andamento dell'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione relativamente agli adempimenti della Legge 405/2001 nel confronto 2006 / 2007.

Nel 2007 l'attività è ulteriormente cresciuta di circa il 4% relativamente al numero di pazienti assistiti e di circa il 14% per dosi singole erogate attraverso cui si stima la realizzazione di un risparmio di circa € 1.117.803 a favore delle AUSL di appartenenza dei pazienti dimessi.



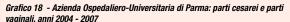
Qualità dell'assistenza

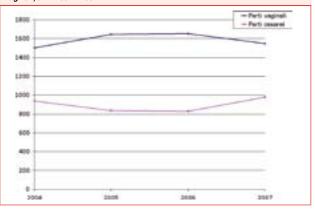
Parti con taglio cesareo

Nel 2007 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è assistito ad un incremento dei parti cesarei sul totale dei parti effettuati (39%), che ha riportato l'Azienda ai valori percentuali del 2004 con un'involuzione rispetto alla tendenza dei precedenti anni (nel 2006 l'Azienda si era assestata intorno al 33%, manifestando nel 2005 e 2006 un trend in decremento). Nel corso del 2007 è stata costituita una nuova Struttura Semplice, il "Percorso/Centro nascita", che si inserisce all'interno della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, con l'obiettivo di potenziare il processo di presa in carico della donna secondo un modello organizzativo fondato sull'integrazione interna ed esterna con tutte le strutture interessate, al fine di garantire la continuità degli interventi di cura e sviluppare e promuovere gli interventi socio-sanitari rivolti alla salute riproduttiva e sessuale della donna, del neonato, della coppia e della famiglia. Il percorso si pone due obiettivi:

- la gravidanza a basso rischio, dalla fase di assistenza alla gravidanza, al parto, al post partum e al puerperio, prevedendo la stretta integrazione e sinergia con le strutture interne ed esterne all'Azienda;
- la gravidanza patologica, mediante la definizione di specifici programmi, protocolli, procedure e istruzioni operative.

Tab. 57 - Parti con taglio cesareo su totale parti 2005 Parma Parti 1501 62% 1645 66% 1651 67% 1547 61% vaginali Parti 39% 938 38% 835 34% 828 33% 978 Totale 2439 100% 2480 100% 2479 100% 2525 100%





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

Per quel che riguarda un altro indicatore della qualità dell'assistenza ospedaliera, ovvero la mortalità intraospedaliera per interventi chirurgici a basso rischio, si evidenzia dalla tabella 58 che nel corso degli ultimi anni sono stati pochi i casi; 1 caso si è verificato nel 2005, 3 casi nel 2006 e 4 casi nel 2007, di cui 3 avvenuti in seguito a intervento di colecistectomia e 1 dopo intervento di isterectomia. Pur essendo considerati 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.

Tab. 58 - Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio - anni 2005-2007

		200	05	2006		2007	
		AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER
	Numeratore	1	46	3	48	4	44
Mortalità intraospedaliera	Denominatore	1.093	22.327	1.097	23.099	1.121	24.140
	Indicatore	0,091	0,206	0,273	0,208	0,357	0,182
	Numeratore		5		3	1	5
Isterectomia	Denominatore	187	3.603	173	3.823	135	3.691
	Indicatore		0,139		0,078	0,741	0,135
	Numeratore				1	-	
Laminectomia	Denominatore	188	3.714	185	3.541	241	3.284
	Indicatore				0.028		
Colecistectomia	Numeratore	1	26	3	35	3	32
	Denominatore	1.397	5.842	423	5.714	487	6.135
	Indicatore	0,252	0,445	0,709	0,613	0,616	0,522
	Numeratore						
Prostatectomia	Denominatore						
	Indicatore						
	Numeratore		7		4		2
Sostituzione anca	Denominatore	250	4.946	243	5.216	189	5.414
	Indicatore		0,14		0,077		0,037
	Numeratore		8		5		5
Sostituzione ginocchio	Denominatore	71	4.229	73	4.812	69	5.626
	Indicatore		0,189		0,104		0,089



Mortalità per infarto miocardico acuto

Tab. 59 - Mortalità per infarto miocardico acuto

Forlì'-Cesena

Rimini

Totale

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 tendenza alla riduzione del tasso di mortalità per IMA che, dal 15,7% del 2005, è passato al 15% del 2007; questa tendenza alla flessione probabilmente è da far risalire alla diminuzione dei tempi di intervento intra ed extra-ospedaliero a seguito della elaborazione e del monitoraggio del PDT del dolore toracico. Ci si attende una ulteriore diminuzione nel 2008 a fronte dell'attuazione a pieno regime della rete cardiologica, messa in atto negli ultimi anni in collaborazione con la AUSL, per la risposta all'infarto miocardico acuto.

nazi co mortana por marto inicoarato acato					
Provincia di ricovero	2005	2006	2007		
Piacenza	20,6	19	15,3		
Parma	15,7	15,5	15		
Reggio Emilia	18,2	14,7	14,7		
Modena	12,7	13,5	13,8		
Bologna	16,7	16,7	15,3		
Ferrara	19,8	17,9	19,2		
Ravenna	18,6	16,7	12,7		

17,4

13,8

16,6

12,5

15

15,6

11,1

11,8

14,4

Grafico 19 - Mortalità per IMA in Emilia-Romagna - anni 2005-2007					
25			2005 2006	■ 2007	
20		H	<u> </u>		
15					
5 —	HHE				
O TAXONOTAL	REGGEO DRILLA MODERA	BOLOGRA	RAVENNA FORLI ¹ . CESSIVA	RIMINE	

Ricerca e didattica

Di seguito sono illustrati gli aspetti più rilevanti fra le attività concernenti la ricerca e la didattica; le peculiarità che caratterizzano il ruolo del S.S.R. in queste due specifiche funzioni rappresentano, infatti, l'elemento centrale da monitorare al fine di comprendere se e quanto Servizio Sanitario Regionale e Università si stanno integrando in modo virtuoso.

Ricerca

L'istituzione della struttura Ricerca e Innovazione, avvenuta con l'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, rappresenta un passo fondamentale verso l'introduzione di innovazioni ad elevato impatto organizzativo-gestionale. La presenza di questa struttura, affiancata all'unificazione dei Comitati Etici dell'Ospedale, dell'Università, e dell'Azienda USL ha permesso, nel corso del 2007, di avviare un processo volto a rilevare e rendicontare l'attività di ricerca svolta, in modo sistematico ed esaustivo. Relativamente al 2007, i dati disponibili consentono di delineare un quadro solo parziale, ma rappresentativo, della intensa 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.

La nostra Azienda ha realizzato una prima ricognizione sui progetti di ricerca in atto, finanziati nel 2007 e/o per i quali il Comitato Etico Unico della provincia di Parma ha espresso parere favorevole. La rilevazione è stata effettuata in maniera retrospettiva utilizzando le fonti informative disponibili, prevalentemente delibere regionali e archivio cartaceo del Comitato Etico e potrebbe risultare, pertanto, sottostimata. Per il 2008, è previsto l'utilizzo di una modalità di rilevazione prospettica, nell'ambito di un progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna - bando di Modernizzazione 2007- volto alla creazione di un'anagrafe comune della ricerca, che vede coinvolte 6 Aziende sanitarie (AOU Parma, AUSL Rimini, AUSL Modena, AOU Modena, AUSL Reggio Emilia, AUSL Bologna).

Tab. 1 - Numero progetti avviati nel 2007	
Numero totale progetti	102
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	28

Tab. 2 - Progetti avviati nel 2007 con unità operative con funzione di coordinamento				
Sede di svolgimento come unità di coordinamento	Numero progetti			
Oncologia medica	3			
Nefrologia	3			
Direzione generale	3			
2° Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	3			
Maxillo-Facciale	2			
Malattie Infettive ed Epatologia	2			
Radiologia	1			
Neuroscienze	1			



Profilo aziendale

Sede di svolgimento come unità di coordinamento	Numero progetti
Neonatologia	1
Medicina del Lavoro	1
Malattie del Ricambio e Diabetologia	1
Lungodegenza critica	1
Gestroenterologia e Endoscopia Digestiva	1
Ematologia e CTMO	1
Diagnostica Emato-chimica	1
Clinica e Terapia medica	1
Cardiochirurgia	1
1° Anestesia e Rianimazione	1
Totale	28

Tab. 3 - Progetti avviati nel 2007 con unità operative con funzione di unità partecipante

Sede di svolgimento come unità partecipante	Numero progetti
Oncologia medica	21
Malattie Infettive ed Epatologia	8
Cardiologia	6
Oculistica	4
Clinica e Terapia medica	4
Ematologia e CTMO	4
Clinica pediatrica	3
Direzione generale	3
1° Anestesia e Rianimazione	2
2° Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	2
Nefrologia	2
Pneumologia ed Endoscopia toracica	2
Semeiotica medica	2
Anatomia e Istologia Patologica	2
Cardiochirurgia	1
Chirurgica Plastica e Centro Ustioni	1
Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo	1
Clinica ortopedica	1
Lungodegenza critica	1
Geriatria	1
Medicina del lavoro e Tossicologia industriale	1
Medicina Interna a indirizzo angiologico e coagulativo	1
Medicina Interna, malattie metaboliche e vascolari	1
Medicina riabilitativa	1
Neurochirurgia	1
Pediatria e Oncoematologia	1
Neurologia	1
Odontostomatologia	1
Ostetricia e Ginecologia	1
Pediatria e Oncoematologia	1
Reumatologia	1
Clinica e Immunologia medica	1
Diagnostica ematochimica	1
Genetica medica	1
Totale	85

Finanziamenti

Tab. 4 - Progetti avviati nel 2007 per tipologia di finanziamento							
Regione Emilia-Romagna	33						
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (studi spontanei)	27						
Fondazioni, Istituti di ricerca, Società scientifiche, Università	9						
Ministero della Salute	8						
Unione Europea	3						
Totale progetti a sponsor no profit	80						
Sponsor profit	22						

Lavori scientifici pubblicati nel 2007

L'attività scientifica rappresenta una priorità per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in quanto gran parte della ricerca promossa e realizzata nel nostro Ospedale è parte integrante della cura. Numerose sono le pubblicazioni realizzate negli ultimi anni dai professionisti dell'Azienda e i lavori scientifici realizzati e in corso di pubblicazione nel 2008.

Tab. 5 - Numero pubblicazioni realizzate - anni 2006 e 2007

Anno	N. pubblicazioni	Impact Factor grezzo	Impact Factor grezzo medio	Impact Factor normalizzato	
2006	385	1328	3,45	1703	
2007	404	1575	3.90	1881	

Nota: L'IF è un indicatore che valuta numericamente, in base alle citazioni che gli articoli di un giornale ricevono e al numero di lavori pubblicati nello stesso periodo, la posizione di una rivista rispetto ad altre della stessa categoria o disciplina: si stabilisce così una graduatoria delle riviste basata su tale punteggio. Tanto maggiore è l'IF assegnato alla rivista, e quindi agli articoli in essa pubblicati, tanto maggiore è il peso della pubblicazione. Dal momento che esistono diversi ambiti disciplinari, alcuni di più ampia portata, diventa problematica la valutazione di singoli lavori e la loro confrontabilità. Questa problematica è venuta alla luce in maniera netta quando si è trattato di valutare, da parte del Ministero della Salute, la produttività scientifica degli IRCCS (a partire dal 1997), su cui basare la ripartizione del finanziamento della ricerca corrente. Per ridurre, almeno in parte, la disparità di valutazione tra diversi settori di ricerca, si effettua una "normalizzazione" dell'Impact Factor (Impact Factor normalizzato - IFn). Per ogni disciplina o categoria si identificano le riviste ad essa riferibili e si calcola l'intervallo dei valori che l'IF assume, isolandovi dei centili, a cui sono stati fatti corrispondere altrettanti punteggi. Questo processo ha consentito di superare l'ostacolo dell'eterogeneità disciplinare e rendere così più omogeneo il confronto della produzione scientifica.

Nella tabella 5, è riportato il numero totale delle pubblicazioni effettuate, relative agli anni 2006 e 2007, e estratte interrogando la banca dati *Science Citation Index*® (SCI) della Thomson ISI di Philadelphia.

Non sono stati considerati gli articoli pubblicati su riviste non censite da Medline. Per ciascun anno, inoltre, sono stati indicati il numero totale di Impact Factor (IF) grezzo, di Impact Factor medio e di Impact Factor normalizzato.

Relativamente ai due anni analizzati, si evidenzia, nel 2007, un trend in incremento sia del numero di pubblicazioni che dell'Impact Factor con un risultato di particolare rilievo se rapportato al numero di professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria: 191 professori universitari convenzionati, 463 dirigenti sanitari e medici e 152 tra contrattisti e borsisti.

Nella tabella seguente (tabella 6) sono riportate le 12 aree di ricerca con il maggior numero di pubblicazioni realizzate nel 2007, selezionate utilizzando le subject categories della banca dati ISI Web of Knowledge.



Area	N. pubblicazioni	% sul totale
Oncologia medica	39	8,9
Gastroenterologia ed epatologia	38	8,7
Cardiologia e apparato cardiovascolare	36	8,2
Neurologia clinica	35	8,0
Neuroscienze	31	7,1
Chirurgia	29	6,6
Ematologia	25	5,7
Endocrinologia e metabolismo	21	4,8
Apparato respiratorio	21	4,8
Immunologia	17	3,9
Radiologia, medicina nucleare e per immagini	15	3,4
Medicina Generale e Interna	14	3,2

Didattica

La qualificazione della funzione di didattica rappresenta un elemento centrale da monitorare per comprendere se la missione originaria di un'azienda ospedaliero-universitaria si sta realizzando; pertanto l'attività didattica organizzata e svolta dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, cui peraltro l'Azienda collabora in modo attivo, è rappresentativa del profilo assunto. Il dettaglio dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia 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, 2006-2007 e 2007-2008.

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	389	276	216	0	0	0	20	101	1.002
Lauree specialistiche	25	0	0	0	0	0	0	0	25
Lauree a ciclo unico	244	210	205	112	90	202	200	252	1.515
Totale	658	486	421	112	90	202	220	353	2.542
Nota: I dati si riferiscono ai corsi di laurea di area sanitaria									

Tab. 8 - Iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. a.a. 2006-2007

1ab. 0 - Isolizioni ana racolta di medicina e cini di yia, a.a. 2000-2007										
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	357	270	309	0	0	0	29	150	1.115	
Lauree specialistiche	18	33	0	0	0	0	0	0	51	
Lauree a ciclo unico	235	212	172	157	115	71	255	303	1.520	
Totale	610	515	481	157	115	71	284	453	2.686	
Nota: I dati si riferiscono ai corsi di laurea di area sanitaria										

Tab. 9 - Iscrizioni alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, a.a. 2007-2008

Tab. 9 - Iscrizioni ana Pacona un medicina e Gini digita, a.a. 2007-2006										
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 2007/2008	
Lauree triennali	380	282	268	0	0	0	20	103	1.053	
Lauree specialistiche	36	37	0	0	0	0	0	0	73	
Lauree a ciclo unico	236	219	238	159	163	120	199	218	1.552	
Totale	652	538	506	159	163	120	219	321	2.678	
Nota: I dati si riferiscono ai corsi di laurea di area sanitaria										

Segue il dettaglio delle iscrizioni a Medicina e Chirurgia e a Odontoiatria e protesi dentaria, per gli anni accademici 2005-2006, 2006-2007 e 2007-2008.



Tab.10 - Iscritti 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

Tab. 11 - Iscritti 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

Tab. 12 - Iscrizioni a Medicina e Chirurgia (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2007-2008

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
1462	223	208	219	140	144	120	192	216

Tab. 13 - 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

Tab. 14 - 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

Tab. 15 - Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2007-2008

Iscritti	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti (3° anno)	Iscritti (4° anno)	Iscritti (5° anno)	Iscritti (6° anno)	Iscritti FC	Ripetenti
90	13	11	19	19	19	0	7	2

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

Tab. 16 - Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree triennali), a.a. 2007-2008

Corsi di Studio Laurea triennale (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)	40	30	34	0	0	0	0	10	114
Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di infermiere)	206	155	133	0	0	0	13	71	580
Logopedia (abilitante alla professione sanitaria di logopedista)	8	8	10	0	0	0	1	0	27
Ortottica ed ass. Oftal. (ab. prof. san. di ortott. ed assist. di oftal.)	10	11	10	0	0	0	1	2	34
Ostetricia (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica/o)	29	23	24	0	0	0	0	4	80
Tec. di radiologia med. per immagini e Radioterapia	22	20	27	0	0	0	1	7	77
Tec. prev. amb. e luoghi lav. (abil. prof. san. tecn. prev. amb. e luoghi lav.)	28	19	16	0	0	0	4	5	72
Tecniche audiometriche (abilitante alla prof. sanit. di audiometrista)	6	5	5	0	0	0	0	0	16
Tecniche audioprotesiche (abilitante prof. sanit. di audioprotesista)	9	1	1	0	0	0	0	1	12
Tecniche di labor. Biomedico (abilitante prof. san.tecn. lab. Biomedico)	22	10	8	0	0	0	0	3	43
Totale iscritti per anno di iscrizione	380	282	268	0	0	0	20	103	1.053

Tab. 17 - Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree specialistiche), a.a. 2006-2007

Corsi di Studio Tipo L2	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti per corso
Scienze infermieristiche e ostetriche	18	33	0	0	51

Tab. 18 - Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree specialistiche), a.a. 2007-2008

Corsi di Studio Tipo L2	Iscritti (1° anno)	Iscritti (2° anno)	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti per corso
Scienze infermieristiche e ostetriche	36	37	0	0	73



La Facoltà di Medicina e Chirurgia ha attivato anche altri 3 corsi di laurea, di cui 1 triennale -Scienze delle attività motorie - e 2 specialistici - Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche e Scienze e tecniche delle attività motorie, preventive e adattive - (come evidenziato nel capitolo 1). Di questi corsi non si presentano i dati descrittivi relativi agli studenti iscritti perché appartengono all'area scientifica della Facoltà e non a quella sanitaria.

Hanno sede, all'interno dell'Azienda, 39 scuole di specialità con un totale di 506 iscritti. L'Azienda, peraltro, è convenzio-

nata 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 capitolo 1. L'Università del Studi di Parma, per le sue 39 scuole di specialità, ha attivato 150 convenzioni con sedi extra aziendali, di cui 30 tacitamente rinnovate, 21 in corso di perfezionamento e le restanti regolarmente attive. 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 Specialità	2005-2006	2006-2007	2007-2008
1	ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	4	4	4
2	ANATOMIA PATOLOGICA	8	8	6
2	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	59	58	38
4	BIOCHIMICA CLINICA	21	22	26
5	CARDIOCHIRURGIA	10	9	6
6	CARDIOLOGIA	35	36	22
7	CHIRURGIA GENERALE	34	33	28
8	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	16	14	12
9	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	14	12	8
10	CHIRURGIA TORACICA	6	5	4
11	CHIRURGIA VASCOLARE	9	8	5
12	DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	10	7	6
13	EMATOLOGIA	8	5	5
14	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	8	7	5
15	GASTROENTEROLOGIA	15	14	11
16	GERIATRIA	15	15	10
17	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	23	22	17
18	IDROLOGIA MEDICA	26	26	27
19	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	10	9	5
20	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	13	10	7
21	MALATTIE INFETTIVE	7	5	3
22	MEDICINA DEL LAVORO	19	21	15
23	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	16	17	9
24	MEDICINA INTERNA	46	44	31
25	MEDICINA LEGALE	9	7	6
26	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	6	4	7
27	NEFROLOGIA	14	13	10
28	NEUROLOGIA	20	19	17
29	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	12	14	10
30	OFTALMOLOGIA	11	9	7
31	ONCOLOGIA	22	22	17
32	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	13	10
33	OTORINOLARINGOIATRIA	10	10	8
34	PEDIATRIA	51	48	38
35	PSICHIATRIA	21	22	14
36	RADIODIAGNOSTICA	47	49	33
37	RADIOTERAPIA	5	6	2
38	SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE	4	7	11
39	UROLOGIA	10	10	6

^{*} I dati totali riferiti al 2007 non comprendono gli iscritti al secondo anno in quanto in seguito all'avvenuta contrattualizzazione i dati saranno disponibili a metà 2008.

Strutture collegate e complementari per far fronte a specifiche esigenze sono quella di Chirurgia generale presso il Polo Sanitario di Fidenza e 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.

Tab. 20 - Master attivati di primo e secondo livello nell' a.a. 2005-2006						
Titolo	Liv.	Numero iscritti				
MEDICINA TERMALE	- 1	3				
STRATEGIE PER LA PROMOZIONE E LA TUTELA DELLA SICUREZZA E DELLA QUA- LITA' DELL'ALIMENTAZIONE IN ETA' EVO- LUTIVA - master interateneo con Modena	II	17				
IMPLANTOLOGIA	II	5				
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II	2				
BRONCOLOGIA E IMMUNOPLANTOLOGIA POLMONARE	Ш	1				

Tab. 21 - Master attivati di primo e secondo livello	Tab. 21 - Master attivati di primo e secondo livello nell' a.a. 2006-2007						
Titolo	Liv.	Numero iscritti					
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO	ı	30					
INFERMIERISTICA PEDIATRICA IN AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE	1	20					
MEDICINA TERMALE	- 1	7					
MANAGEMENT DEL DIABETE E DELLE TURBE METABOLICHE CORRELATE IN ETA' EVOLUTIVA - master interateneo	II	14					
IMPLANTOLOGIA	II	3					
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II	1					

Tab. 22 - Master attivati di primo e secondo livello nell'a.a. 2007-2008					
Titolo	Liv.	Numero iscritti			
MEDICINA TERMALE	- 1	3			
STRATEGIE PER LA PROMOZIONE E LA TUTELA DELLA SICUREZZA E DELLA QUA- LITA' DELL'ALIMENTAZIONE IN ETA' EVO- LUTIVA - master interateneo con Modena	11	In fase di attivazione			
IMPLANTOLOGIA	II	5			
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II	3			
INFERMIERISTICA IN GERIATRIA: CASE MANAGEMENT IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO	1	16			
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI CO- ORDINAMENTO NELL'AREA DELLE PRO- FESSIONI SANITARIE	1	31			
FISIOPATOLOGIA E TERAPIA RIABILITA- TIVA DELLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1	4			
SALUTE INTERNAZIONALE E MEDICINA PER LA COOPERAZIONE CON PAESI IN VIA DI SVILUPPO	II	In fase di attivazione			
INFERMIERISTICA PEDIATRICA IN AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE	I	In fase di attivazione			

Nota: per i master in fase di attivazione non è disponibile il dato degli iscritti

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 area medica attivi nell'anno 2005	Tab. 23 - Dottorati attivi area medica - anno 2005						
SCIENZE DELLA PREVENZIONE SAME STATEST SAME S	Dottorati area medica attivi nell'anno 2005		Cio	clo		Totalo	
CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGENEERING NELLE VALVOLE CARDIACHE 0 0 0 3 3 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 11 NEUROSCIENZE 2 2 5 3 12 NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA 0 0 0 9 9 SCIENZE DELLA PREVENZIONE 0 0 0 9 9	con numero dottorandi al 01.01.2005	XVII	XVIII	XIX	XX	Totale	
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 11 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	BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	2	3	5	1	11	
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 11 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	CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGENEERING NELLE VALVOLE CARDIACHE	0	0	0	3	3	
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 11 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	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATE CON TECNICHE TRIDIMENSIONALI	0	3	4	3	10	
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 11 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	FISIOPATOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE	1	2	1	0	4	
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE 4 7 3 5 19 GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA 0 4 0 3 7 MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA 5 1 2 3 11 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	FISIOPATOLOGIA E GEN. DELLE MALATTIE OSTEOMET.	0	2	0	1	3	
GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA 0 4 0 3 7 MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA 5 1 2 3 11 NEUROSCIENZE 2 2 2 5 3 12 NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA 0 3 0 0 3 SCIENZE DELLA PREVENZIONE 0 0 0 9 9	FISIOPATOLOGIA EPATO-DIGESTIVA	1	0	0	3	4	
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA 5 1 2 3 11 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	FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE	4	7	3	5	19	
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	GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	0	4	0	3	7	
NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA 0 3 0 0 3 SCIENZE DELLA PREVENZIONE 0 0 0 9 9	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	5	1	2	3	11	
SCIENZE DELLA PREVENZIONE 0 0 9 9	NEUROSCIENZE	2	2	5	3	12	
	NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA	0	3	0	0	3	
SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE 3 3 9	SCIENZE DELLA PREVENZIONE	0	0	0	9	9	
	SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	3	3	0	3	9	
TOTALE 18 30 20 37 105	TOTALE	18	30	20	37	105	

^{*} Dipartimento proponente: Medicina sperimentale



Tab. 24 - Dottorati attivi area medica - anno 2006

Dottorati area medica attivi nell'anno 2006		Cio	clo		Totale
con numero dottorandi al 01.01.2006	XVIII	XIX	XX	XXI	Totale
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	3	5	1	3	12
CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGENEERING 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	11	19	36	32	98
* Dipartimento proponente: Medicina sperimentale					

Tab. 25 - Dottorati attivi area medica - anno 2007

Dottorati area medica attivi nell'anno 2007			Ciclo			
con numero dottorandi al 01.01.2007	XVIII	XIX	XX	XXI	XXII	Totale
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE*	0	5	1	3	3	12
CARDIOCHIRURGIA - TISSUE ENGENEERING NELLE VALVOLE CARDIACHE	0	0	3	0	0	3
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATE CON TECNICHE TRIDIMENSIONALI	0	0	3	0	0	3
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AVANZATA TORACICA (CARDIOPOLMONARE)	0	0	0	0	4	4
FISIOPATOLOGIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE	0	1	0	3	3	7
FISIOPATOLOGIA E GEN.DELLE MALATTIE OSTEOMET.	0	0	1	1	3	5
FISIOPATOLOGIA EPATO-DIGESTIVA	0	0	3	3	3	9
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SPERIMENTALE	0	0	5	3	5	13
GASTRO-ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		0	3	4	3	10
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	2	2	1	1	7
NEUROSCIENZE	0	5	3	4	4	16
NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE IN CHIRURGIA EPATO-BIOLIOPANCREATICA AVANZATA	0	0	0	2	0	2
NUOVE TECNICHE E TECNOLOGIE (OPEN VIDEO ASSISTITE, ROBOTICHE)	0	0	0	0	3	3
SCIENZE DELLA PREVENZIONE	0	0	8	5	5	18
SCIENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE	0	0	3	3	3	9
TOTALE	1	13	35	32	40	121

^{*} Dipartimento proponente: Medicina sperimentale

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.

Criteri 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;



Profilo aziendale

- 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 garanti-



- sce 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 secondo 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.

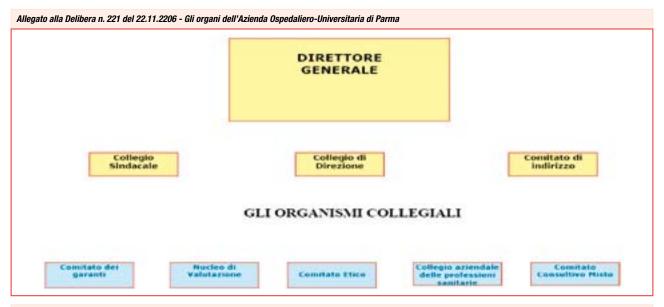
Il Responsabile Assistenziale di Dipartimento risponde al Direttore del Servizio Assistenziale, collabora con la Direzione del Dipartimento, partecipa di diritto alla Giunta ed al Consiglio del/i Dipartimento/i di riferimento garantendo principalmente l'integrazione interprofessionale e fornendo il supporto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

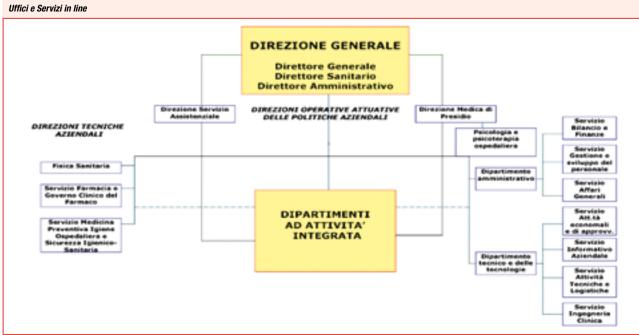


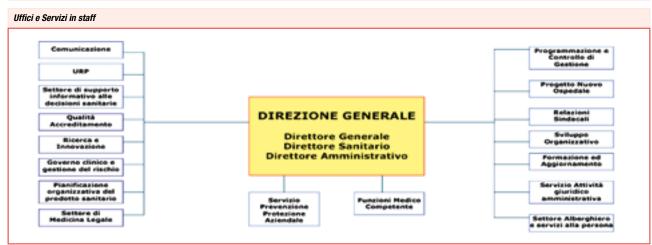
Profilo aziendale

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.









Assetto organizzativo



L'assetto aziendale al 31 dicembre 2007 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale (delibera n. 221 del 22.11.2006) ed è dettagliato come segue. Si consideri che ai fini della definzione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2007, come unità in servizio a tale data. Per l'indicazione della disciplina ministeriale si è optato per il codice di riferimento dell'attitività di ricovero, ove disponibile, o per quello che identifica l'attività prevalente.

DIPARTIMENTO CARDIO-POLMONARE

-																			
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della	Posti Letto DH Posti Letto Ordinari	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	SSR Tabella 1 conto annuale Dirigenti medici SSR	Dirigenti medici universitari Dirigenti sanitari non medici	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	Borsisti	
rdiochirurgia	200	Unità operativa	Universitario	59		10	0	10	0	3	0	28	ဇ	0	16	က	2		
rdiologia	800	Unità operativa	Dirigente del SSR	36 3		19	0	19	0	_	0	63	-	0	18	7	0	_	
nica Pneumologica	890	Unità operativa	Universitario	28		0	0	2	0	3	0	17	-	-	4	0	-		
iopatologia Respiratoria	049	Unità operativa		o	24	4	0	4	0	1	0	59	-	0	15	က	0	2	
eumologia e Endoscopia Toracica	890	Unità operativa	Dirigente del SSR	28		7	0	7	0	1	0	16	-	0	2	က	0		
meiotica Medica	970	Unità operativa	Universitario	21		0	0	0	0	9 9	0	12	-	0	0	0	-	2	
idicina Interna a Indirizzo Cardiologico B	026	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	23		4	0	4	0	0 0	0	0	0	0	0	0	0		
idicina Interna a Indirizzo Cardiologico A	026	Struttura semplice dipartimentale		22		8	0	7	0	_	0	23	ო	0	18	-	0	_	
nzionalità Polmonare	890	Struttura semplice dipartimentale	Universitario			0	0	0	0	_	0	0	0	0	0	0	0		
y Hospital Pneumologico	005	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	4		-	0	1	0	0	0	ო	0	0	-	0	0		
ordinamento Attività Specialistiche Ibulatoriali Cardiologiche	800	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR			-	0	1	0	0	0	21	0	0	9	0	0	_	

Profilo aziendale

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Direzione Dipartimento		Universitario																	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della	Posti Letto Ordinari	Posti Letto LD Posti Letto DH	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	universitari Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale Dirigenti sanitari non medici	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato Personale infermieristico,	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
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	121	Unità operativa	Universitario	ω		36	0	36	0	-	1	0	32 0	0	0	0	0		
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	012	Unità operativa	Dirigente del SSR	15		∞	0	00	0	2	2	0	41 1	0	7	က	-	-	
Chirurgia Toracica	013	Unità operativa	Universitario	∞		-	0	1	0	က	က	0	0 01	0	0	_	0	-	
Chirurgia Vascolare	014	Unità operativa	Universitario	4		0	0	0	0	4	4	0	0 6	0	0	_	2	-	
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	600	Unità operativa	Universitario	24		က	0	က	0	9	9	0	16 3	-	-	_	2	-	
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	600	Unità operativa	Universitario	24		က	0	က	0	9	6	0	15 3	0	0	2	2	-	_
Clinica Ortopedica	920	Unità operativa	Universitario	21	-	7	0	2	0	က	က	0	15 4	0	4	9	0		
Ortopedia	920	Unità operativa	Universitario	48	2	6	0	6	0	-	1	0	19 2	0	2	7	0		
Urologia	043	Unità operativa	Dirigente del SSR	56	2	12	0	12	0	0	0	0	34 2	0	-	80	0		
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico		Unità operativa	Direttore del Dipartimento			0	0	0	0	0	0	0	47 2	0	7	80	0		
Attività Comuni Ortopedie		Unità operativa	Direttore del Dipartimento			0	0	0	0	0	0	0	50 0	0	10	9	0		
Day Surgery	860	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		7	-	0	1	0	0	0	0	0 91	0	6	0	0		
Patologia dell'Apparato Locomotore	980	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	21	-	4	0	4	0	2	0	0	0 0	0	0	0	0		

۲	l
	l
<u></u>	l
75	ŀ
URGEN	l
5	l
4	ŀ
Ñ	l
MERGENZA-L	l
щ	l
ဗ္ဗ	ŀ
\tau	l
₹	l
ш	ŀ
0	l
ဥ	ŀ
Z	l
₩.	l
≥	ŀ
E	ı
5	
DIPA	ı
☴	
-	ı





Assetto organizzativo

DIPARTIMENTO GERIATRICO-RIABILITATIVO

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della	Posti Letto Ordinari	Posti Letto LD Posti Letto DH	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	rapporto esclusivo Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici universitari Dirigenti 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	Contrattisti Personale amministrativo e tecnico universitario	Borsisti	
Jinica Geriatrica	021	Unità operativa	Universitario	34		4	0	4	0	က	3 0	21	0	-	10	က	-		
aeriatria	021	Unità operativa		31		7	0	7	0	0	0	15	7	0	7	2	0	_	
ungodegenza Critica	090	Unità operativa	Universitario		44	1 2	0	2	0	4	4 2	26	-	0	16	7	-	2	
Aedicina Riabilitativa	950	Unità operativa	Dirigente del SSR	12	6 12	6	0	6	0	-	1 0	63	0	0	တ	2	0	_	
ttività Comuni Dipartimento Geriatrico- ilabilitativo		Unità operativa	Direttore del Dipartimento		ω	0	0	0	0	0	0 0	7	0	0	-	0	0		
ungodegenza Post Acuzie	090	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		32	ю С	0	8	0	0	0	13	က	0	=	4	0		

щ
ť
Z
1
f
9
ř
Ë
⋛
o
둗
띹
É
۳
≊
۵

Borsisti		7							
Contrattisti	7	-		က		-	7		-
Personale amministrativo e tecnico universitario	0	-	-	0	-	0	-	0	0
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	0	0	5	0	က	4	0	-	0
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	4	-	9	0	23	7	-	80	0
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	0	က	0	0	Ξ	0	0	0	0
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	0	0	0	0	4	8	0	7	0
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	36	2	61	0	92	45	22	20	0
Dirigenti sanitari non medici universitari	0	2	0	0	_	0	0	0	0
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	0	11	က	2	10	0	0	0	1
Dirigenti medici universitari	0	Ξ	က	2	41	0	0	0	_
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	0	-	0	0	0	0	0	0	0
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	9	4	9	0	0	00	0	7	0
Dirigenti medici SSR tempo determinato	0	0	-	0	0	0	0	0	0
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	9	4	9	0	0	∞	0	N	0
Posti Letto LD									
Posti Letto DH					∞	4	∞		
Posti Letto Ordinari	12	18	21		43	15		9	
Attribuzione della Direzione della Struttura:	Dirigente del SSR	Universitario	Universitario	Universitario	Universitario	Dirigente del SSR	Direttore del Dipartimento	Dirigente del SSR	Universitario
Tipo struttura	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Struttura semplice dipartimentale	Struttura semplice dipartimentale
Disciplina Ministeriale	011	620	062	620	037	039 e 065		039	039
Strutture afferenti al Dipartimento	nirurgia Pediatrica	inica Pediatrica	eonatologia	europsichiatria Infantile	stetricia e Ginecologia	ediatria e Oncoematologia	tività Comuni Dipartimento Materno-Infantile	stanteria Pediatrica	ardiologia Pediatrica

Profilo aziendale

				ŀ														
Direzione Dipartimento		Universitario																
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttua	Attribuzione della Direzione della	Posti Letto Ordinari	Posti Letto LD Posti Letto DH	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	SSR Tabella 1 conto annuale Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo 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	Borsisti
Clinica e Immunologia Medica	970	Unità operativa	Universitario	27	2	-	0	1	0	7	7 1	41	က	2	14	4	0	က
Clinica e Terapia Medica	970	Unità operativa	Universitario	38	2	0	0	0	0	10	1	18	က	4	7	9	2	2
Dermatologia	052	Unità operativa	Universitario	4	2	0	0	0	0	4	3 0	9	0	0	7	0	-	4
Ematologia e C.T.M.O.	018	Unità operativa	Universitario	15	2	7	0	7	0	9	0 9	24	0	7	0	0	0	က
Endocrinologia	970	Unità operativa				0	0	0	0	5	4 0	0	0	-	0	0	0	-
Genetica Medica	105	Unità operativa	Universitario			2	0	2	0	2	2 0	S	-	0	-	0	0	က
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	025	Unità operativa	Universitario			0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	
Nefrologia	029 e 048	029 e 048 Unità operativa	Universitario	23	က	4	0	4	0	4	1	38	0	7	19	-	က	က
Oncologia Medica	064	Unità operativa	Dirigente del SSR	17	20	13	0	13	4	0	0 0	33	-	0	4	2	0	0 2
Radioterapia	020	Unità operativa	Dirigente del SSR			2	0	5	0	0	0 0	20	0	0	7	0	0	

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO 1

Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR															
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Tabella 1 conto annuale Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR tempo determinato Dirigenti medici SSR	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	universitari Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale Dirigenti sanitari non medici	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato Personale infermieristico,	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
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	058	Unità operativa	Dirigente del SSR	20			7 0	7	0	2	2	0	28 0	0	15	က	0
Malattie Infettive ed Epatología	024	Unità operativa	Dirigente del SSR	31	6		13 1	12	က	0	0	0	32 3	0	25	-	0
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo	026	Unità operativa	Dirigente del SSR	21			10 0	01 (0	0	0	0	20 2	0	7	က	0
Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari	970	Unità operativa	Dirigente del SSR	43			7 0	7	0	0	0	0	22 2	0	16	4	0
Day Hospital Dipartimentale	005	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		6		1 0	1	0	0	0	0	0 2	0	0	-	0
Malattie del ricambio e diabetologia	019	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR				2 0	0 2	0	-	1	0	11 0	0	-	-	0
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	026	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	38	7		7 (7	0	-	1	0	23 0	0	Ξ	0	0

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO 2

က 9

Personale amministrativo O O O O O

2

0

Contrattisti



Assetto organizzativo

		tecnico, della riabilitazione universitario	
		Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	-
		Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	40
		Dirigenti sanitari non medici universitari	0
		Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	0
		Dirigenti medici universitari	0
		Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	0
ш		Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	00
CIENZ		Dirigenti medici SSR tempo determinato	0
PARTIMENTO NEUROSCIE		Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	ω
N O		Posti Letto LD	
EN		Posti Letto DH	-
RTIN		Posti Letto Ordinari	19
DIPA		Attribuzione della Direzione della	Dirigente del SSR
	Dirigente del SSR	Tipo struttura	Unità operativa
		Disciplina Ministeriale	030
		i Dipartimento	

2 2

9 0 -

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Universitario

104

Veurochirurgia

032

28 27 16

0 0 0

0 8

0 0 4

8 0

ω

14 2

0 0 0

7

30

0 8

Contrattisti

e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale Personale infermieristico,

Personale amministrativo e tecnico universitario

Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato Personale amministrativo

			DIPA	RTIM	ENTO	DIPARTIMENTO TESTA-COLLO	COLLO											
Direzione Dipartimento		Universitario																
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Posti Letto Ordinari	Posti Letto LD Posti Letto DH	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	SSR Tabella 1 conto annuale Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici	rapporto esclusivo Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici universitari Dirigenti 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	Borsisti
Maxillo-Facciale	010	Unità operativa	Universitario	14	-	က	0	က	0	က	3 0	16	-	0	2	0	-	
Oculistica	034	Unità operativa	Universitario	4	9	2	0	က	0	7	0 9	40	-	4	2	7	က	2
Odontostomatologia	035	Unità operativa	Universitario			-	0	0	0	7	4 0	Ξ	0	0	4	0	2	3 1
Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Universitario	Ξ		-	0	0	0	2	5 0	16	0	4	4	7	-	2
Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità operativa	Direttore del Dipartimento			0	0	0	0	0	0 0	19	0	0	2	0	0	
Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Direttore del Dipartimento			0	0	0	0	0	0 0	4	0	0	0	0	0	
Otorinolaringoiatria	038	Struttura semplice	Universitario	Ξ	-	-	0	1	0	က	3	0	0	-	0	0	2	-

Profilo aziendale

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIC	Direzione Dipartimento Universitario	Dirigenti medici SSR tempo determinato Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale Posti Letto DH Posti Letto Ordinari Posti Letto Ordinari Discopilua Ministeriale Tipo struttura Tipo struttura	Anatomia e Istologia Patologica 003 Unità operativa Universitario 4 1	Diagnostica Ematochimica 100 Unità operativa Dirigente del SSR 6 0	Immunoematología e Trasfusionale 102 Unità operativa 7 0	Microbiología 101 Unità operativa Universitario 2 0	Virologia Unità operativa Unità operativa 101 Unità operativa	Tecniche Speciali in Anatomia Patologica 003 Struttura semplice Universitario
LABORAT		SSR Tabella 1 conto annuale Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	4	9	7	7	1	
ORIO		Dirigenti medici universitari Dirigenti sanitari non medici	9 0	7 0	3 0	5 2	-	_
		Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	9	0	0	0	1	1
		Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale Dirigenti sanitari non medici universitari	4 14	09 0	0 26	3 22	3 0	
		universitario Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	က	Ξ	9	10	0	
		Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione	2	0	0	-	-	
		e tecnico SSR tempo determinato Personale amministrativo e tecnico SSR	0	59	=	13	0	
		Personale amministrativo e tecnico universitario Personale amministrativo	-	က	0	0	0	
		Contrattisti	2 5	1	3	0	3	
		Borsisti		-				

	Personale amministrativo e tecnico universitario Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato Personale amministrativo e tecnico SSR	0 0 0	24 1 0	10 1 1	5 1 0	0 0 0
	Tabella 1 conto annuale Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	0	0	0	0	0
	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	-	7	0	က	0
	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	13	52	17	24	ო
	Dirigenti sanitari non medici universitari	0	0	0	0	0
	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	0	0	2	0	0
	Dirigenti medici universitari	0	0	က	0	0
	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	-	0	0	0	0
	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	2	25	2	1	က
	Dirigenti medici SSR tempo determinato	2	0	0	0	0
	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	2	25	2	-	က
	Posti Letto LD					
	Posti Letto DH					
	Posti Letto Ordinari					
	Attribuzione della Direzione della		Dirigente del SSR	Universitario		Dirigente del SSR
Dirigente del SSR	Tipo struttura	Unità operativa	Unità operativa	Unità operativa	Struttura semplice dipartimentale	Struttura semplice dipartimentale
	Disciplina Ministeriale	061	690	690	690	690
ne Dipartimento	Strutture afferenti al Dipartimento	a Nucleare	jia	Radiologiche	jia di Emergenza e Urgenza	yia Pediatrica

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

		0	0
ionanti	6701	34	
odegenza Comune Aziendale*	6005		
li letto di lungodegenza assegnati a diverse unità operative	tà operative		









Il presente capitolo costituisce il cuore del documento, in esso vengono esplicitati i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda interpreta i suoi doveri istituzionali e concorre al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. I contenuti informativi di questa parte del documento sono coerenti e coordinati con quanto previsto dagli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale e consentono di cogliere decisioni e percorsi, assetti organizzativi e modalità di funzionamento, attraverso i quali l'Azienda corrisponde ai propri obblighi.

In questa sede, le informazioni sono organizzate in sei ambiti, che configurano il modo di essere e di operare di tutte le Aziende sanitarie della regione, tuttavia la sesta area è tesa a cogliere le tappe del processo di integrazione tra attività assistenziali e attività istituzionali proprie del sistema universitario.

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



Centralità del cittadino

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

Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti

L'ordinamento regionale riconosce in capo al cittadino un ruolo attivo di partecipazione alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione. L'attivazione del Comitato Consultivo Misto aziendale risponde propriamente all'esigenza di partecipazione da parte del volontariato come espressione e rappresentanza dei cittadini. Ai sensi della legge 19/94 della Regione Emilia-Romagna e successive modificazioni, anche nella nostra Azienda è stato istituito il Comitato Consultivo Misto aziendale, composto da

Gli strumenti a disposizione del Comitato sono:

rappresentanti dell'Azienda stessa.

• metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;

membri eletti dalle Associazioni di tutela e volontariato e da

- 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.

Nel 2007, il Comitato Consultivo Misto ha affrontato con i responsabili aziendali tematiche di particolare rilievo e di interesse per l'utenza. Nello specifico, ha attivamente partecipato al miglioramento del percorso per la consegna della documentazione clinica ai pazienti e ha sottoposto ad analisi e valutazione temi socio-sanitari nel corso di specifici incontri con i Direttori di unità operativa. Per l'applicazione del regolamento della viabilità interna all'area ospedaliera, il CCM ha tenuto diversi incontri con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche. Inoltre, ha fornito un attivo e importante contributo e collaborazione ad indagini condotte in ambito ospedaliero e, in particolare, all'indagine relativa al progetto regionale "Ospedale senza dolore" svolta presso i reparti medici e chirurgici in occasione della giornata del sollievo, e all'indagine di valutazione della qualità del servizio di ristorazione in ospedale. Il Comitato Consultivo Misto, infine, ha valutato la reportistica aziendale annuale relativa a reclami ed elogi.

Collaborazione 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 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".

La cucina dell'Ospedale

Nel corso del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha completato l'introduzione del nuovo servizio di ristorazione per i pazienti. L'intervento era finalizzato alla personalizzazione del servizio, a partire dalla prenotazione tramite intervista al letto del degente con PC palmare sino alla consegna di un vassoio individuale preparato e confezionato interamente nel centro pasti interno. Per eseguire il nuovo servizio, il centro pasti è stato completamente ristrutturato e dotato di attrezzature all'avanguardia.

Tra le novità, la possibilità di scegliere tra più opzioni è stata estesa anche ai pazienti che, per lo stato di salute o la terapia in corso, devono seguire un particolare regime alimentare. Grazie alla collaborazione tra i servizi dietetici dell'Ospedale e dell'appaltatore del servizio, è stato elaborato un manuale che include e dettaglia circa 50 menù e diete. L'obiettivo principale è accompagnare il paziente nel suo percorso terapeutico, ma anche accogliere il degente proponendo piatti in linea con le sue convinzioni etico-religiose. Il manuale contiene anche menù tradotti in altre lingue ed è a scaricabile dalla intranet aziendale. Il sistema informativo alla base del nuovo servizio permette variazioni dell'ultima ora legate a cambiamenti di dieta dei pazienti, nuovi ricoveri, dimissioni e trasferimenti di reparto. In un'ottica di sostenibilità ambientale, nonché di maggior comfort alberghiero, le stoviglie monouso utilizzate in precedenza sono state sostituite con piatti in ceramica e posate in acciaio, riducendo così la mole di rifiuti prodotti quotidianamente. I circa 2.000 pasti prodotti ogni giorno nella cucina dell'Ospedale sono quotidianamente oggetto di controlli da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per verificare la qualità e il rispetto del capitolato di gara.

Nella fase di introduzione del servizio è stata effettuata una prima rilevazione sulla qualità percepita dai degenti, realizzata in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto, con un grado di soddisfazione che si attesta intorno all'85% per qualità, possibilità di scelta e orari dei pasti e supera il 90% per quanto riguarda la quantità del cibo fornito.

È in programma per il 2008 una nuova indagine per verificare la risoluzione delle criticità riscontrate e monitorare il grado di soddisfazione dei pazienti.

Il servizio ristorazione è inserito nell'appalto "Global service

economale" relativo alla gestione integrata di servizi di tipo alberghiero, tra cui anche i servizi di pulizie, lavanolo, logistica e vigilanza, aggiudicato nel 2006 ad una associazione temporanea di imprese con capogruppo Servizi Italia s.p.a.. La ristorazione, per i degenti e per i dipendenti, è affidata alla ditta Camst s.c.a r.l. L'appalto prevedeva che ristrutturazione e allestimento della cucina fossero interamente finanziati dall'aggiudicatario per un investimento pari a circa 3 milioni di euro.

Il rinnovamento del servizio ristorazione è stato organizzato in due fasi. Nei primi 4 mesi sono stati interamente ristrutturati i locali del centro pasti ospedaliero e sono state installate le nuove attrezzature necessarie per la preparazione, il confezionamento e la consegna dei pasti. Terminata la ristrutturazione, rispettando perfettamente i tempi previsti in capitolato, a partire da aprile 2007 il nuovo servizio è stato introdotto gradualmente in tutte le unità operative dell'Ospedale.

La riorganizzazione dell'attività di libera professione

Un ulteriore obiettivo peculiare della mission aziendale di garanzia di facilità di accesso e di utilizzo razionale delle risorse, oltre che di qualità delle prestazioni è stato raggiunto grazie a una nuova riorganizzazione dell'attività libero-professionale. L'Azienda, infatti, ha realizzato uno sportello unico dove è concentrata l'offerta in libera-professione dei medici che hanno scelto di praticarla. La sede individuata si trova nel centro storico della città di Parma, in borgo delle Colonne al civico 2. All'interno del nuovo poliambulatorio, aperto al pubblico dal 1 febbraio del 2008, è in funzione un numero telefonico per le prenotazioni, nonché un servizio di riscossione degli onorari. Le discipline ambulatoriali che è possibile prenotare nel nuovo poliambulatorio sono: 01 Anestesia; 02 Cardiologia; 03 Chirurgia Generale; 04 Chirurgia Plastica; 05 Chirurgia Vascolare - Angiologia; 06 Dermosifilopatia; 08 Diagnostica per immagini (ecografia, ecocolordoppler); 09 Endocrinologia; 10 Gastroenterologia; 12 Med. fisica e riabilitativa; 13 Nefrologia; 14 Neurochirurgia; 15 Neurologia; 16 Oculistica; 18 Oncologia; 19 Ortopedia e Traumatologia; 20 Ostetricia e Ginecologia; 21 Otorinolaringoiatria; 22 Pneumologia; 23 Psichiatria; 25 Urologia; 26 Altro (Pediatria, Allergologia, Medicina Interna e Reumatologia, Geriatria, Diabetologia, Medicina del Lavoro). Con questa operazione, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nelle more della predisposizione di locali in ambito aziendale, ha adempiuto alle indicazioni nazionali che prevedono lo svolgimento dell'attività libero-professionale degli specialisti sanitari all'interno di strutture dell'azienda stessa.

La scelta di concentrare fin da subito l'offerta di prestazioni ambulatoriali di libera professione per l'utenza in un unico centro dotato delle caratteristiche di un poliambulatorio di facile accesso ha risposto all'esigenza di superare in modo tempestivo la frammentazione dell'offerta, proposta fino al 2007, in 10 diversi poliambulatori medici privati di Parma, oltre che in 12 diversi studi medici privati per altrettanti professionisti e per un totale di 50 professionisti nella sola provincia di Parma. È stato, inoltre, predisposto il piano aziendale attuativo delle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria di cui alla legge 3.8.2007 n. 120.

Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Il Piano Attuativo Locale è uno strumento fortemente innovativo che cambia il modo di pensare, organizzare e fare sanità, disegna lo scenario complessivo e specifico degli indirizzi e delle scelte da realizzare per il miglioramento dei livelli assistenziali e del benessere collettivo nel medio periodo e nel lungo. Il Piano rappresenta il documento programmatico fondamentale e di riferimento per la sanità e i servizi sociali e 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.

In ragione delle diverse funzioni e dei diversi 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 e Comitati di distretto), l'Università, i professionisti delle Aziende sanitarie, le Organizzazioni sindacali e i Comitati Consultivi Misti. E questo è uno dei grandi cambiamenti portati dal Piano Attuativo Locale: mettere al centro della riflessione e del cambiamento del sistema sanità le necessità che giungono dal territorio, le esigenze espresse dai cittadini.

La comunicazione del Piano

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria nel corso del 2007 ha ideato e distribuito un opuscolo informativo che illustra le azioni e i principali progetti del PAL. Nella premessa all'opuscolo, il Presidente della Conferenza pone l'attenzione sui cambiamenti e, tra questi, anche sul metodo utilizzato: "(...) il metodo della programmazione partecipata e negoziata: per mesi, tutti i soggetti coinvolti hanno lavorato assieme, apportando ciascuno il proprio contributo, esponendo il proprio punto di vista. Così 27 gruppi di lavoro, formati da 150 professionisti, si sono concentrati su altrettante aree di approfondimento, dapprima mettendo a fuoco le problematiche, le inadeguatezze, le domande e i bisogni del nostro territorio, per poi elaborare dei progetti orientati a portare benefici concreti ai cittadini e al sistema sanitario stesso. Progetti che, infine, sono stati discussi ed esaminati insieme ai rappresentanti degli utenti, delle parti sociali, delle associazioni di volontariato e degli operatori del settore".

L'opuscolo, centrato sulla descrizione dei principali obiettivi del PAL, è costruito con un linguaggio chiaro volto a stabilire una comunicazione diretta con il cittadino e, per questo, il documento esplicita, nel paragrafo di chiusura, anche l'intento di riportare in modo trasparente i risultati del monitoraggio, realizzato tramite verifiche periodiche che consentono di rendere conto di quanto resta da fare per mantenere gli impegni presi.

Le direttrici del Piano

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:

- Reti integrate;
- Qualità, equità, appropriatezza;
- Integrazione socio-sanitaria;
- Prevenzione e promozione della salute;



- Alte criticità;
- Consolidamento e sviluppo dell'offerta.

In uno scenario così complesso e in perenne evoluzione, diventa fondamentale l'apporto dell'Università. Didattica, ricerca e assistenza sono i tre perni su cui muove la modernizzazione dell'Ospedale e la coerenza delle sue attività di pianificazione disegnata nel Piano Attuativo Locale. Le reti cliniche integrate, ad esempio, sono obiettivi che necessitano del contributo fondamentale dell'Università, con un ruolo centrale e trainante che si è affermato in questi anni in modo determinante per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione.

Le strategie del Piano

Le strategie di fondo seguite nella formulazione del documento della Conferenza territoriale sulla programmazione sociosanitaria 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 tali strumenti 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.

I contenuti del Piano

Alcuni degli obiettivi proposti dal Piano sono di pertinenza più prettamente territoriale, per cui la loro realizzazione prevede interventi volti alla **integrazione dei servizi ospedale-territorio.**

• Nel corso dell'anno 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL alla definizione del Piano Attuativo provinciale per il contenimento dei tempi di attesa. Attraverso questo strumento viene definito dall'Azienda territoriale il fabbisogno ulteriore, per alcune delle prestazioni oggetto di monitoraggio i cui tempi di attesa sono risultati critici alle rilevazioni, di volumi prestazionali erogabili da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i quali sono stati attuati specifici potenziamenti di risorse professionali. Gli effetti di tali azioni sui tempi di attesa sono stati monitorati, analizzati e condivisi. È stato, inoltre, attivato un modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complesso, il Day Service, la cui finalità è quella di migliorare l'appropriatezza d'uso del Day Hospital. I percorsi imple-

mentati garantiscono all'utente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando visite specialistiche, esami strumentali o prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi. Sia il Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa, che il Day Service sono oggetto di approfondimento nel paragrafo del presente capitolo dedicato all'Universalità ed equità di accesso. Infine, è stata avviata la costruzione di una rete informatica e telematica integrata tra MMG, ospedale e territorio: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha completato il proprio contribuito al progetto SOLE attivando la trasmissione dei referti di laboratorio e degli eventi di ricovero (accettazione e dimissione) - si veda maggiore dettaglio sul progetto SOLE nel prosieguo. Grazie ai progetti del PAL è stato, quindi, possibile ridurre i tempi di attesa, riequilibrare l'offerta sanitaria tra città e provincia e definire criteri di accesso alle cure più rispettosi delle esigenze di ciascuno.

- Proseguono nel 2007 i tre programmi regionali di screening per la prevenzione dei tumori al colon-retto e per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella. Tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione dal tumore al seno sono state riunificate in un percorso diagnostico-terapeutico attivo presso il nuovo Centro Senologico, un centro ad alta specializzazione con strutture e tecnologie di ultima generazione (si veda al riguardo il capitolo 7). Per il carcinoma del colon-retto, invece, 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 giorni le colonscopie prenotate al centro screening. Per quanto concerne i progetti che hanno riflesso sulla struttura ospedaliera, il PAL prevede l'introduzione di strutture e percorsi più adeguati alle esigenze dei pazienti in modo che la centralità della persona come soggetto del percorso assistenziale non sia solo un modello a cui tendere, ma un obiettivo da realizzare.
- Il progetto di collaborazione fra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL per la gestione integrata del paziente in terapia anticoagulante orale, che si inserisce nei percorsi di gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti affetti da patologie croniche, ha come obiettivo il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale in questa attività terapeutica garantendo il supporto culturale, di formazione e di attrezzature necessario. La riqualificazione del ruolo dei MMG (anche attraverso il collegamento continuo fra MMG, coordinatore del progetto e centri di sorveglianza - consulenza on line) prevede azioni volte a migliorare la qualità della vita dei pazienti in termini di rafforzamento del rapporto fiduciario con il proprio MMG e di soluzione delle problematiche di tipo logistico (trasferimenti) e legate ai tempi di attesa, non modificando la qualità del trattamento erogato. Ulteriore esito che tale progetto si propone è quello di decongestionare i centri di sorveglianza TAO. Nel 2007 è stata istituita una commissione interaziendale con il compito di effettuare il monitoraggio complessivo e assicurare l'omogeneità di applicazione del protocollo in ambito provinciale. Il progetto TAO viene ripreso nella sezione dedicata a Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale nel presente capitolo.
- Il sistema dell'emergenza-urgenza è compreso nelle azioni previste dal Piano Attuativo Locale e fa perno su una rete



vasta e capillare e su un forte legame con le associazioni di volontariato; sull'intero sistema gioca un ruolo strategico l'integrazione tra le due Aziende sanitarie (si veda il riferimento alla sezione Promozione dell'eccellenza di questo stesso capitolo).

- Il progetto regionale SOLE (Sanità On LinE) prevede la costruzione di una rete informatica e telematica integrata tra i medici di medicina generale, l'ospedale e il territorio. I medici coinvolti potranno avere in tempo reale i referti clinici dei propri pazienti, controllare la disponibilità di visite, esami e posti presso le varie strutture sanitarie, chiedere informazioni sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni. Per quanto concerne la nostra Azienda, nel corso del 2006, è stata completata la verifica, intrapresa nel 2005, del catalogo aziendale delle prestazioni ambulatoriali. L'attività di revisione del nomenclatore tariffario aziendale è proseguita nel 2007 con la formazione di gruppi di lavoro dei professionisti delle Unità Operative di Ortopedia, di Clinica Ortopedica e della Struttura Semplice Dipartimentale Patologia dell'Apparato Locomotore. La connessione, tramite la rete regionale Lepida, tra Azienda Ospedaliera e AUSL di Parma è stata completata già nel 2006, consentendo la completa fruibilità delle funzionalità del progetto SOLE. Nel corso del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha completato il proprio contribuito al progetto SOLE, attivando la trasmissione dei referti di laboratorio e degli eventi di ricovero (accettazione e dimissione) ed ha proposto nuove e più flessibili modalità di integrazione, modalità che sono state validate da parte di un apposito tavolo tecnico regionale.
- Nel Piano Attuativo è inserito anche il progetto per la realizzazione del futuro Ospedale dei Bambini come polo ospedaliero a misura di bambino, che diventerà punto di riferimento per tutti i servizi all'infanzia e centro di eccellenza regionale per diverse specialità (con un progetto illustrato nel dettaglio nel capitolo 7).
- L'attivazione della rete cardiologia provinciale è un obiettivo PAL che porta a un significativo miglioramento nella prevenzione, nella diagnosi precoce, nella terapia e nella riabilitazione delle malattie del cuore, assicurando un accesso capillare e omogeneo grazie all'impiego di nuove tecnologie (come illustrato nella sezione Promozione dell'eccellenza di questo capitolo).
- L'Ospedale di Parma con il PAL si conferma polo di riferimento del sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati per le province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza (si veda la sezione Promozione dell'eccellenza del presente capitolo).
- Il progetto delle dimissioni protette, così come quello sulle demenze sono illustrati nelle sezioni successive del presente capitolo.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la programmazione prevede diversi progetti; di seguito vengono riportati i più significativi.

- 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 parti- colare 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.
- Per mantenere l'elevato livello di eccellenza che l'Ospedale di Parma ha raggiunto relativamente alla attività di donazione di organi e all'attività trapiantologia (di rene, renepancreas e pancreas e cornea), nel PAL sono previste campagne sulla donazione di organi rivolte alla popolazione, un'assistenza psicologica mirata per le famiglie dei donatori, un maggiore coordinamento tra le risorse assegnate e altre sale operatorie autorizzate per il trapianto e il prelievo di organi e tessuti (per il dettaglio si faccia riferimento al capitolo 2 del presente volume).
- Per gli interventi di chirurgia ambulatoriale e le operazioni che non richiedono un ricovero prolungato si ricorrerà sempre di più al servizio di day surgery che permette al paziente di tornare a casa in giornata (in riferimento a questa tipologia di accesso si veda anche la sezione dedicata alla Qualità dell'assistenza nel prosieguo).
- Un ulteriore progetto indicato nel PAL che coinvolge direttamente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è quello teso a favorire una maggiore integrazione sociale e culturale delle famiglie straniere in difficoltà attraverso gruppi di sostegno e programmi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile e della dispersione scolastica. In Ospedale in particolare è stato attivato un servizio di mediazione culturale che aiuta i cittadini stranieri nel momento del bisogno di comunicazione con gli operatori sanitari e la struttura e i professionisti stessi nel dovere della comunicazione all'utenza (si veda al riguardo anche la sezione Universalità ed equità di accesso del presente capitolo).
- La politica del farmaco, infine, vede l'integrazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL nella distribuzione diretta dei farmaci e nel rinnovo e armonizzazione dei Prontuari terapeutici. Il Prontuario terapeutico aziendale, già interamente revisionato, è stato interfacciato ed incrociato con quello dell'AUSL di Parma divenendo Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) e, recependo i vincoli posti con delibera della Giunta regionale, è stato interfacciato ed incrociato con il Prontuario Terapeutico Regionale.

Nel PAL sono presenti obiettivi che hanno un carattere di continuità che travalica il periodo di riferimento del PAL stesso; essi costituiscono obiettivi tesi al costante miglioramento della qualità dei servizi. Peraltro, molti dei progetti presentati in questo volume sono individuati come obiettivi nel PAL, che li qualifica anche per l'attenzione ai principi, alla centralità della persona come soggetto del percorso assistenziale, e per il richiamo alla qualità delle prestazioni, all'equità degli accessi e all'appropriatezza delle cure.

Il monitoraggio del Piano

Un monitoraggio del Piano Attuativo locale è stato realizzato e concluso nel corso del 2006, come primo riscontro delle azioni aziendali sviluppate sulla base delle indicazioni programmatiche approvate dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. L'articolazione del report finale è stata strutturata come di seguito delineato:



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

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 riscontri 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.

Universalità ed equità di accesso

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

Nel corso dell'anno 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL alla definizione del Piano Attuativo provinciale per il contenimento dei tempi di attesa così come previsto dalla D.G.R. 1532/2006. In tale Piano l'Azienda territoriale, per alcune delle prestazioni oggetto di monitoraggio i cui tempi di attesa sono risultati critici alle rilevazioni, ha definito il fabbisogno di volumi prestazionali ulteriori erogabili da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per i quali sono stati attivati specifici potenziamenti di risorse professionali. Gli effetti di tali azioni sui tempi di attesa sono stati monitorati, analizzati e condivisi.

Inoltre è stato effettuato il monitoraggio dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla delibera succitata, utilizzando i criteri di priorità di accesso ed i tempi massimi di attesa (30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale).

È stato inoltre profuso notevole impegno nel 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. Al fine di ottemperare alle indicazioni della succitata delibera, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha provveduto ad articolare l'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale distinguendo le prime visite dai controlli, realizzando la separazione tra le diverse tipologie di lista (programmato, urgente e controlli) e potenziando l'intervento di presa in carico della gestione delle prestazioni di controllo da parte dei professionisti. È attivo un percorso di integrazione con il territorio che vede coinvolti i Medici di medicina generale e gli Specialisti ospedalieri per l'attuazione congiunta di protocolli diagnostico-terapeutici nonché specifiche iniziative formative. Per quanto attiene nello specifico i tempi di attesa connessi con l'attività di ricovero, in ambito aziendale sono state definite le modalità per il corretto inserimento in lista di attesa dei pazienti con il coinvolgimento dei Direttori di alcune unità operative. Particolare attenzione è stata posta alla data di prenotazione soprattutto per quanto riguarda il paziente oncologico; quest'ultimo, infatti, deve aver completato l'eventuale trattamento chemioterapico e/o radioterapico pre-intervento e le indagini diagnostiche necessarie per porre l'indicazione definitiva all'intervento stesso. In quest'ottica l'Azienda ha introdotto in alcune unità operative il Day Service.

Nell'ambito del progetto SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa), si è resa necessaria una revisione del Regolamento aziendale per la gestione delle liste di attesa per il ricovero programmato e dei relativi codici di gravità sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione. Pertanto, per l'elaborazione del nuovo documento aziendale sono stati individuati referenti per ciascuna unità operativa interessata.

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nell'ottica della continuità assistenziale ha proseguito il percorso di attivazione della refertazione informatica della prestazione erogata e della prenotazione da parte dello specialista ospedaliero delle prestazioni diagnostico-terapeutiche successive alla prima visita specialistica.

L'utilizzo della modulistica interaziendale e delle procedure di prenotazione "dedicate" sono elementi che conferiscono qualità al servizio di specialistica ambulatoriale offerto alla cittadinanza.

Day Service

Nel rispetto delle indicazioni della Regione Emilia-Romagna contenute nella Circolare 8 del 30.04.2004, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha già attivato un modello organizzativo (DSA) di assistenza ambulatoriale complesso che si propone di migliorare l'appropriatezza d'uso del Day Hospital. I percorsi implementati garantiscono all'utente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando visite specialistiche,



esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi; al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale per formulare in breve tempo diagnosi, o effettuare terapie, che richiedono interventi multidisciplinari.

In tale ottica, nel corso del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha definito ulteriori percorsi ambulatoriali complessi (DSA) al fine di proseguire nell'impegno di migliorare l'appropriatezza d'uso del Day Hospital e contestualmente garantire ai pazienti e agli specialisti iter dedicati in particolare alla valutazione di neoplasie maligne agevolando l'inserimento dei pazienti positivi in lista d'attesa per l'effettuazione dell'intervento nei limiti di tempo stabiliti a livello regionale (30 giorni).

Il percorso per le Dimissioni Difficili/Protette

Nel corso dell'anno si è implementato il percorso delle Dimissioni Difficili/Protette, attivato nel 2001 e volto ad assicurare l'ottimale continuità assistenziale nei casi di "anziani e adulti con patologie assimilabili, che non hanno più bisogno di rimanere in Ospedale, per i quali tuttavia persiste un bisogno assistenziale e/o sanitario che non può essere tempestivamente e adeguatamente accolto e soddisfatto dal paziente e/o dalla sua rete familiare".

Tale percorso ha portato alla costruzione di una rete di attori dei servizi territoriali e ospedalieri che lavora integrando competenze professionali e risorse per la valutazione e la presa in carico dei bisogni di salute delle persone ricoverate. In tale contesto si è consolidato il concetto di dimissione come condizione che rappresenta, dal punto di vista clinico, la conclusione delle fase acuta della malattia e il conseguente passaggio della gestione della salute del cittadino ai servizi territoriali. In molti casi il rientro a domicilio non coincide con la completa ripresa dello stato di salute ed è, pertanto, necessario assicurare continuità nel trattamento e il coinvolgimento tempestivo dei diversi attori: la famiglia, il MMG, i servizi sociali del Comune e dell'AUSL e le associazioni di volontariato.

Il percorso per le Dimissioni Protette ha l'obiettivo di garantire che la continuità delle cure sia innanzitutto considerata in quanto parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale. Soprattutto nel caso di pazienti 'fragili', la dimissione è stata connotata da un'attenta valutazione clinico-assistenziale e dalla pianificazione dei passaggi necessari per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori: i reparti ospedalieri devono quindi essere in grado di individuare tempestivamente i bisogni dei pazienti con 'difficile dimissibilità'. I bisogni di tipo esclusivamente sanitario hanno comportato l'attivazione e il coordinamento con i Medici di Medicina Generale e l'Assistenza Infermieristica Domiciliare. I percorsi per la riabilitazione, sono stati attivati direttamente dai reparti attraverso la consulenza specifica fisiatrica.

I motivi che rendono 'difficile' la dimissione possono essere anche di natura sociale e/o assistenziale: assenza o fragilità della rete familiare, resistenze dei familiari rispetto alla dimissione ospedaliera per motivi di carattere organizzativo o economico, necessità di fornire particolari presidi a domicilio, necessità di adattamento degli ambienti domestici, necessità di reperire un'idonea collocazione temporanea o definitiva

nel caso non sia possibile il rientro a domicilio, situazioni di povertà o esclusione sociale (stranieri irregolari, senza fissa dimora, eccetera).

L'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette

Al fine di migliorare l'integrazione tra i professionisti ospedalieri e territoriali, nel 2007 è stato costituito l'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette: ad esso partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Azienda USL di Parma e dei Comuni del Distretto di Parma con l'obiettivo di confrontare le criticità emerse nella gestione del percorso all'interno di ciascuna organizzazione.

Il percorso valutativo avviato, intra ed extra aziendale, ha consentito di individuare alcuni obiettivi di miglioramento:

- definizione di linee guida per i percorsi assistenziali integrati, al fine di individuare in maniera più precisa gli attori, i compiti e i tempi di attivazione dei Servizi Territoriali. Così come l'Ospedale deve informare in maniera organizzata entro tempi definiti, per favorire una programmazione idonea del percorso, dall'altra, i Servizi del Territorio devono avere tempi di intervento altrettanto definiti;
- analisi dei bisogni e possibili soluzioni ad hoc per le tipologie di pazienti con problematiche assistenziali che non rientrano nella definizione dell'attuale Protocollo: si tratta in particolare delle dimissioni relative alle persone con disagio psichico e degli stranieri non residenti o irregolari;
- ipotesi di miglioramento dei percorsi per i pazienti ortopedici;
- omogeneizzazione degli strumenti operativi attraverso il confronto su metodologie/strumenti attualmente utilizzati dall'Ospedale e dal Territorio per valutare i bisogni socioassistenziali e sanitari dei pazienti, con particolare riferimento ai criteri per individuare la dimissibilità clinica e l'accesso alle strutture territoriali;
- formazione degli operatori coinvolti per promuovere il superamento di logiche autoreferenziali e l'apprendimento di modalità di lavoro multiprofessionale;
- apertura del sistema, nella sua interezza e complessità, alla cultura della valutazione, tramite l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori di esito sia in termini di variabili organizzative che di obiettivi di salute conseguiti.

Dal giugno 2007, è stato ottimizzato il percorso che, pur mantenendo di base l'impianto organizzativo originale, è stato modificato per risolvere alcune criticità rilevate dall'Osservatorio. In particolare:

- a) difficoltà nella comunicazione con i familiari riguardo la segnalazione di dimissione difficile e l'attivazione dei servizi sociali;
- b) contenimento del tasso di segnalazioni improprie;
- c) criticità nei tempi di attesa tra richiesta di visita UVG e la consulenza in reparto;
- d) ritardi per la consegna dei presidi;
- e) inappropriato coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

Di conseguenza il nuovo protocollo aggiornato ha:

- semplificato le procedure e il monitoraggio dell'efficacia;
- migliorato l'appropriatezza nelle segnalazioni di dimissione difficile:
- migliorato il coinvolgimento dei MMG.

Rispetto alla valutazione degli esiti del percorso delle Dimissioni Difficili/Protette, dal 2001 è stata utilizzata una scheda di raccolta dati, prodotti dal Servizio Sociale Ospedaliero.



Le tabelle seguenti mostrano i dati relativi agli anni 2006 e 2007

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

Anno 2007	
Numero di segnalazioni concluse	1.382
Rientrati a domicilio	579
Istituzionalizzati (RSA, case protette, case di riposo, etc.)	283
Trasferiti ad altri reparti dell'Azienda	395
Deceduti nell'attesa della dimissione	125

Dal 2002 al 2006 le segnalazioni di dimissione difficile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono cresciute del 252% (da 548 a 1384), mentre le persone effettivamente dimesse, tolti trasferimenti e decessi, sono passate da 392 a 858. Inoltre, l'intenso sforzo organizzativo ha permesso nel corso del quinquennio un progressivo incremento dei pazienti rientrati a domicilio rispetto alla struttura (nel 2002 51% e 49% rispettivamente, nel 2006 60% e 40%). Tuttavia, il tempo medio di dimissione dalla stabilizzazione clinica non si è significativamente ridotto nell'arco degli anni, e, pertanto, le giornate di ricovero ospedaliero "non necessarie" mostrano un trend in aumento (+ 20% ogni anno).

Nuova scheda di raccolta dati

Nel corso del 2007 è stata modificata la Scheda di Raccolta dati (scheda report) per renderla maggiormente funzionale alla rilevazione di informazioni rispetto a:

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

La nuova scheda, che sarà sperimentata nel corso del 2008, registrerà dati che permetteranno di leggere il percorso del paziente dall'ingresso in ospedale alla dimissione, evidenziando le criticità organizzative interne ed esterne all'Azienda Ospedaliero-Universitaria nella gestione delle dimissioni protette.

Analisi del ritardo della dimissione

Rispetto all'analisi dei motivi di ritardo nelle dimissioni per cause "interne", l'Azienda e, in particolare l'U.O. Lungodegenza Critica, hanno elaborato alcuni progetti di ricerca volti a chiarire e gestire il fenomeno. In particolare è in corso uno studio co-finanziato dalla Regione dal titolo "Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione di clinici e valutazione di efficacia". Si tratta di uno studio di comunità, randomizzato, in aperto, a gruppi paralleli, della durata di 24 mesi. L'obiettivo primario è comprendere le cause delle

giornate di ricovero ospedaliere non necessarie e attuare, nel braccio attivo dello studio, interventi per responsabilizzare e sensibilizzare i clinici al fine di abbattere l'entità del fenomeno. Sono coinvolti 12 reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Lo studio prevede una giornata di rilevazione mensile per ciascun reparto. I dati raccolti verranno elaborati e utilizzati in forma anonima o aggregata come strumento per effettuare audit clinici nei reparti del braccio attivo.

Gli "swing bed"

Sono in corso di pubblicazione i risultati di uno studio di intervento in cui è stato applicato il concetto di "swing bed" (letti scambiatori/flessibili) per la gestione di un'improvvisa necessità di posti letto. Il concetto di "swing bed", mutuato dalla medicina di comunità negli Stati Uniti, indica un posto letto che a seconda delle necessità può accogliere un malato critico, oppure di lungodegenza. Nello studio si dimostra come la costituzione di soli 12 "swing bed" sia in grado di attivare un circuito virtuoso che permette di aumentare il flusso di malati da reparti per acuti a reparti di lungodegenza con conseguente incremento di posti liberi per il Pronto Soccorso, riduzione dei tempi di attesa, miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia.

L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza

Relativamente a questa area di integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'Azienda attraverso 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:

- programmi di prevenzione e di supporto per l'anziano fragile (partecipazione alla elaborazione dei programmi dei Piani di zona);
- prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili degli effetti climatici, sostegno al lavoro di cura dei familiari;
- 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;
- 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).

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 consolidate in ambito aziendale:

- 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.



L'ortogeriatria

È stato attivato un percorso che coinvolge la unità operativa di Geriatria e le unità operative di ortopedia per la gestione dell'anziano con frattura di femore. Dal momento del ricovero alla dimissione protetta i pazienti vengono assistiti con una metodologia di intervento multidisciplinare e multiprofessionale e integrata con i servizi sociali. Tale modalità ha permesso di ridurre i tempi di degenza e il tasso di complicazioni.

Consolidamento della rete dei servizi dedicati alle demenze senili

Nel corso dell'anno l'Azienda ha continuato a partecipare 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.

Tramite la convenzione con l'AUSL di Parma in atto dal 2002 è stata mantenuta la partecipazione al Consultorio demenze di Parma e presso la sede delegata di Langhirano con la partecipazione delle seguenti figure:

- neurologo in convenzione per 8 ore settimanali incrementate a 18 ore nel 2007;
- geriatra dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a tempo pieno;
- un neurologo, due psicologhe, una logoterapista a contratto con l'Azienda USL; una logoterapista dell'AOU di Parma.
 La popolazione di riferimento del Consultorio di Parma è quella dei soggetti di età superiore a 65 anni residenti nel Distretto di Parma e nel Distretto Sud-Est, come dettagliato nella tabella seguente:

Popolazione =>65 anni	Azienda USL di Parma	Distretto Parma	Distretto Sud-Est
Maschi	40.133	18.274	6.744
Femmine	57.274	27.407	9.151
Totale	97.407	45.681	15.895
N. consultori		1	
N. centri delegati			1

Le visite, prenotate a CUP, provengono nei due terzi dal Medico di Medicina Generale ed in minore misura dagli specialisti del territorio e dai reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel corso del 2007 sono state effettuate 3.679 valutazioni di 1° livello (visita neurologica o geriatrica, esame cognitivo di base), 1.057 valutazioni di 2° livello (esame neuropsicologico completo, ciascuno costituito da circa 14-18 test), 25 esami del linguaggio e 380 sedute di riabilitazione logopedica (19 soggetti). Una positiva ricaduta è stata la 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".

La cartella psicogeriatrica

È in corso di consolidamento 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 afferisce al Consultorio. Tale strumento permetterà di conoscere la distribuzione degli assistiti nei diversi stadi di malattia, orientando anche la programmazione dei servizi e le opportunità di assistenza.

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.

Progetto di Ricerca

L'Azienda, in particolare l'U.O. di 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 DH geriatrico hanno incrementato l'attività di diagnostica relativa all'invecchiamento cerebrale e di psicogeriatria 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.

Snoezelen Room

Per le fasi di scompenso comportamentale e di ricovero in ospedale viene utilizzata, prima esperienza regionale in ambito ospedaliero per acuti, una stanza dedicata alla gestione dei pazienti anziani affetti da demenza 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.

Gravi cerebrolesioni acquisite e progetto GRACER

In attuazione a 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 affetti da grave cerebrolesione acquisita. 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 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 guanto 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 selettiva-

mente 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, presa in carico clinica e discussione dei pazienti localizzati presso le Terapie Intensive e presso le Neurochirugie, dove inizia il trattamento riabilitativo.

Attualmente i controlli ed il follow-up dei pazienti interni vengono svolti dalla componente medica della Unità Operativa Medicina Riabilitativa.

Pazienti	i in carico -	gennaio-dice	mbre 2007			
Totale			Eziolog	jia		
Totale	TCE	Anossica	Emorragica	Ischemica	Infettiva	Altro
105	35 (33,3%)	7 (6,7%)	51 (48,6%)	12 (11,5%)	0	0

Destinazioni	
Spoke-O Parma	21
H/S Centro Cardinal-Ferrari	2
H/S Correggio	1
Altre rianimazioni	26
Lungodegenza	6
Altre riabilitazioni	4
Medicine	7
Domicilio	9
Deceduti	27
Altro	2

Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco

Nel corso dell'anno 2007 è stato presentato alla Commissione Cardiologica Provinciale il Documento Regionale sui percorsi diagnostico-terapeutici dello scompenso cardiaco (cfr. nel presente capitolo il paragrafo dedicato alla qualità dell'assistenza). Per progettare l'applicazione nella provincia di Parma delle indicazioni giunte dalla Commissione cardiologica regionale è stato attivato un gruppo di lavoro per la stesura del PDT dello scompenso composto da professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e da professionisti dell'Azienda USL, con la presenza di rappresentanti del Servizio infermieristico territoriale e dei Medici di medicina generale. Il gruppo di lavoro ha elaborato un progetto innovativo che prevede la prosecuzione del percorso assistenziale del paziente scompensato, dopo le dimissioni ospedaliere, attraverso l'attivazione del Servizio infermieristico territoriale e con al collaborazione del Medico di medicina generale.

Attraverso questo progetto si intende assicurare a questi pazienti una procedura strutturata e standardizzata di controlli medici ed infermieristici nei sei mesi successivi alle dimissioni ospedaliere. Questa azione, secondo le esperienze note a livello internazionale, migliora la compliance terapeutica e la qualità della vita dei pazienti e riduce la mortalità e l'incidenza di nuovi ricoveri ospedalieri. Nel 2007 si sono svolti corsi appositi



rivolti alla formazione del personale infermieristico ed incontri con i medici di medicina generale per predisporre il progetto. Tali azioni consentiranno di iniziare una sperimentazione parziale, ma significativa, del progetto nel 2008.

Assistenza odontoiatrica

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel corso del 2007, per quanto attiene l'attività di assistenza odontoiatrica a livello provinciale, ha trattato 10.351 utenti (pari al 45% degli utenti complessivamente trattati in ambito provinciale), di questi 7.363 hanno ricevuto prestazioni odontoiatriche; 585 sono utenti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e 1.079 in condizione di vulnerabilità sociale. Sono state trattate 1.899 "solo urgenze", pari al 71% del totale provinciale delle urgenze. Nel 2006 hanno avuto inizio i programmi di prevenzione delle patologie orali in età evolutiva con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta attraverso incontri di formazione/informazione, con riferimento alle linee guida nazionali sviluppate dal Gruppo di esperti coordinati dalla SIOI (Società Italiana di Odontoiatria Infantile), del quale hanno fatto parte professionisti dell'U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda. Tali programmi sono proseguiti anche nel 2007 e la prospettiva di sviluppo mira a coinvolgere anche gli operatori sanitari dei Distretti territoriali per poter agire sulle donne gravide appartenenti ai ceti socio-economici disagiati e quindi sulle categorie a rischio. Inoltre, sia nel 2006 che nel 2007 è stato condotto un programma di prevenzione della patologia cariosa nei soggetti con vulnerabilità sanitaria e sociale di età scolare in collaborazione con i distretti scolastici locali.

Tra il 2006 e il 2007 sono stati realizzati altresì programmi mirati alle patologie orali dell'età geriatrica rivolti ai geriatri dell'Azienda stessa, delle strutture residenziali per anziani, agli specialisti territoriali e al personale infermieristico territoriale. Per quanto attiene ai doveri di trasmissione dei dati relativi all'attività odontoiatrica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria assolve con puntualità a quanto richiesto collaborando con l'Azienda USL per quanto di competenza.

In riferimento al programma di assistenza odontoiatrica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha attivato le procedure per l'acquisizione di 6 riuniti odontoiatrici completi con monitor e PC integrati e di sistemi di radiovisiografia digitale endorale per l'U.O. di Odontostomatologia, acquistati con i finanziamenti Regionali previsti dal Programma di assistenza odontoiatrica approvato con D.G.R. 2678/04 che prevede il rinnovo graduale della dotazione tecnologica presente nelle strutture pubbliche (investimenti in Sanità, ex art. 36 L. R. 38/2002, odontoiatria seconda fase).

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, eseguendo nella totalità dei casi entro 30 giorni le colonscopie prenotate al centro screening.

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

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

I dati relativi alla qualità delle colonscopie sono rimasti pressochè invariati rispetto ai precedenti che si riportano:

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%

Si riportano i dati del primo biennio e il dettaglio relativo all'anno 2007.

Tab. 1a - Screening carcinoma colon-retto - biennio 2005-2007 Risultati biennio 2005-2007 Popolazione contattata 100.000 Popolazione arruolata 51.000 51 5,9 Sangue occulto positivi 3.000 Colonscopie eseguite 1.900 63 Adenomi rilevati in totale 1.059 Adenomi ad alto rischio* 47 503 Carcinomi 122 6,4 compresi adenomi cancerizzati delle colonscopie

Tab. 1b - Screening carcinoma colon-retto - anno 2007				
Risultati anno 2007	Fine 1° round biennio 2005-2007	Inizio 2° round biennio 2007-2009		
Popolazione contattata	10.267	8.483		
Popolazione esaminata	6.415	6.675		
Soggetti positivi	729	371		
Colonscopie eseguite	596	284		
Adenomi rilevati in totale	310	134		
Adenomi ad alto rischio	190	74		
Adenomi a basso rischio	120	60		
Carcinomi	47	10		
di cui adenomi cancerizzati	19	5		
Polipectomie	400	134		
Operati	30	10		
Polipectomia endoscopica radicale nei carcinomi	17	0		

L'indice di partecipazione della popolazione fra i più alti della Regione è ulteriormente cresciuto diventando il 62% per quanto riguarda la fine del primo biennio e il 79% per quanto riguarda l'inizio del secondo biennio. Il numero di soggetti che hanno eseguito la colonscopia presso le strutture pubbliche è inferiore alla media regionale, attualmente si attesta sul 55%. Anche su questo dato si sta lavorando per recuperare i casi



che si sono recati presso strutture private. Sta procedendo lo screening con la colonscopia per i familiari di 1° grado secondo i criteri rilevabili dalla tabella di seguito riportata.

Tab. 2 - 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				

Sono stati contattati 124 pazienti (su 158) affetti da carcinomi identificati con lo screening negli anni 2005-2006-2007; 25 pazienti sono risultati non contattabili (irreperibili o deceduti); 9 pazienti sono ancora da contattare. È stato raccolto il consenso a contattare i familiari e, su 150 familiari individuati, 81 sono risultati eligibili (di cui 41 esclusi perché non residenti o fuori età o deceduti; 4 esclusi per colonscopia recente o invalidità; 7 irreperibili). Complessivamente, a esito del colloquio e di ulteriori verifiche di eligibilità, 17 familiari hanno eseguito la colonscopia. Sono stati riscontrati: zero carcinomi, zero adenomi avanzati, tre adenomi iniziali e due altri polipi.

Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani

L'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-Provveditorato agli Studi), l'Ordine del 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 sottoprogetti: 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. Nel marzo 2007, sono stati organizzati due convegni, relativamente all'Alimentazione in Gravidanza e per le Persone Anziane. Infine, in collaborazione con il Comune di Parma, l'Università di Parma, il CSA, l'Azienda USL di Parma, questa Azienda ha svolto un ruolo attivo nel Progetto di Educazione Motoria e Alimentare per le Scuole Primarie di Parma "1...2...3...via!"

nell'ambito di "Crescere in Armonia Educare al Ben Essere" per l'anno scolastico 2007-2008 ed ha partecipato al Convegno per Insegnanti di Attività Motorie.

Sempre nell'ottica della promozione di un corretto stile di vita, ha preso parte alla VII edizione della Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica, in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Assistenza ai cittadini migranti

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2007 è di 420.056 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 33.950, equivalente al 8,1% del totale dei residenti.

Per quanto riguarda la composizione della popolazione migrante residente, essa è costituita per la maggior parte da africani (38%), specialmente del Nord Africa (22,4% del totale), seguono gli europei dell'est (36%) e asiatici (15%).

Grafico 1a - Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2007 nella provincia di Parma - suddivisione per macroaree di provenienza

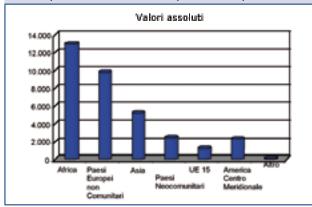
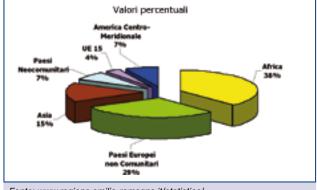


Grafico 1b - Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2007 nella provincia di Parma - suddivisione per macroaree di provenienza



Fonte: www.regione.emilia-romagna.it/statistica/

Ricoveri ospedalieri

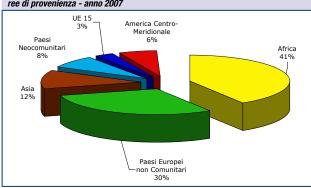
Nel 2007 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si sono avuti 4.561 ricoveri di pazienti stranieri (Flusso regionale SDO), di cui il 78,6% effettuato in regime di ricovero ordinario e il 21,4% in Day Hospital, pari al 8,5% di tutti i ricoveri.

Tra i pazienti dimessi di nazionalità non italiana, c'è 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 quelle albanese, moldava, tunisina e marocchina, che da sole rappresentano il 42,8% dei ricoveri di pazienti migranti.

Grafico 2 - Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza - anno 2007



Tab. 3 - Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate) - anno 2007

origine (nazionalna più rappresentate) - anno 2007		
Paese di provenienza	N. casi	%
ALBANIA	543	11,91
MOLDOVA	532	11,66
TUNISIA	443	9,71
MAROCCO	435	9,54
ROMANIA	281	6,16
NIGERIA	227	4,98
INDIA	180	3,95
COSTA D'AVORIO	165	3,62
GHANA	164	3,60
FILIPPINE	124	2,72
UCRAINA	110	2,41
SENEGAL	108	2,37
CINA	86	1,89
ETIOPIA	74	1,62
Fonte: Banca dati SDO RER		

Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani adulti di età compresa tra i 21 e i 40 anni (46,6%) e di bambini sotto i 5 anni, che costituiscono il 24,7% (di cui il 17,8% è rappresentato da bambini di età inferiore ad un anno) dei ricoveri totali di pazienti non italiani.

Gli africani sono presenti nelle fasce adulto-giovanili (fino a 50 anni), mentre le classi d'età superiore sono quasi del tutto assenti, a dimostrazione di come la migrazione africana sia una migrazione di comunità giovani. Per quanto riguarda le fasce sopra i 50 anni, sono costituite in più della metà dei casi (54,6%) da popolazioni provenienti dall'est europeo (paesi europei non comunitari e neocomunitari).

Grafico 3 - Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante, suddivisione per classe

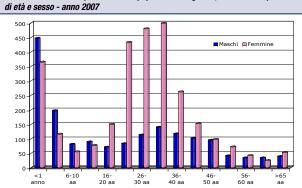


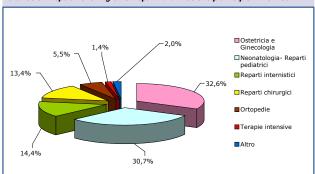
Grafico 4 - Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante, suddivisione per nazionalità e classe di età - anno 2007 UE 15 800 700 600 500 400 300 200 America Centro Meridionale 46-50 59-19 16-20 III Altro

La distribuzione per sesso vede il 63% dei dimessi di sesso femminile e il 37% di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia adultogiovanile (21-40), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 36,7% di tutti i ricoveri. A conferma di questo dato, il reparto in cui è stato registrato il maggior numero di ricoveri nel 2007 è rappresentato dall'Ostetricia e Ginecologia (32,6%), seguito dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale). Nell'insieme questi reparti hanno accolto il 63% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

Tab. 4 - Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante, suddivisione per reparti di dimissione - anno 2007

Reparti di dimissione	N. casi	%
Ostetricia e Ginecologia	1.488	32,62
Neonatologia- Reparti pediatrici	1.401	30,72
Reparti internistici	659	14,45
Reparti chirurgici	612	13,42
Ortopedie	249	5,46
Terapie intensive	63	1,38
Altro	89	1,95
Totale	4.561	100,00

Grafico 5 - Popolazione migrante: reparti di dimissione più frequenti nel 2007



L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha attivato, già da alcuni anni, un intervento di mediazione culturale. Nell'anno 2006 i mediatori sono stati utilizzati per un totale di circa 183 ore, mentre nel 2007 le ore dei mediatori sono state 348.

Questa differenza è da mettere in relazione ad un incremento della popolazione straniera extracomunitaria e alle sue caratteristiche. I più stanziali sono i cittadini tunisini e marocchini: in queste popolazioni si assiste a ricongiungimenti familiari di



moglie e bambini dopo anni di lavoro stabile del capofamiglia. La maggior parte di queste donne giovani arriva in stato di gravidanza e non preparate nella lingua italiana. Inoltre nel nostro territorio esiste un insediamento di famiglie indiane nelle campagne e territorio pedemontano e una discreta comunità cinese di coppie giovani.

Gli operatori (medici ed infermieri) hanno sempre più necessità di comunicare con il paziente e la famiglia e di comprendere la persona nella sua globalità psichica, fisica e sociale. Non si deve tralasciare l'obbligo giuridico e medico legale nel caso di ricovero di un minore sia nella fase diagnostica che terapeutica, che impone la necessità di rapportarsi in modo chiaro ed inequivocabile con chi esercita la potestà genitoriale, fornendo informazioni corrette ai genitori per il consenso informato prima di particolari prestazioni terapeutiche (terapia oncologica, anestesia, intervento chirurgico, eccetera) su pazienti pediatrici. Inoltre è necessario favorire la comunicazione con il bambino in un processo di aiuto per superare il disagio della malattia e l'approccio a trattamenti clinici, chirurgici e riabilitativi complessi.

Vanno sottolineati anche gli aspetti legali connessi al consenso informato del paziente o di chi esercita la potestà, che deve essere ben compreso e rielaborato.

Si tratta infatti di fornire informazioni cliniche da parte dei medici di reparto circa la diagnosi e la terapia e di migliorare la comunicazione con i familiari e il paziente stesso per una garanzia di continuità terapeutica alla dimissione ospedaliera.

Il ricorso ai mediatori culturali esterni all'Ospedale è integrato con processi formativi volti a delineare i percorsi di cura in una società multiculturale, per creare basi condivise di approccio al tema della interculturalità. In particolare, a seguito della frequenza di un percorso biennale di formazione per diventare mediatori culturali seguito da alcuni professionisti della nostra Azienda e sulla scorta del bisogno sempre più emergente di formazione in ambito interculturale richiesto dai professionisti, si è attuato in questo anno un evento formativo per 25 operatori che lavorano nei servizi in cui il rapporto con l'utente straniero è particolarmente rilevante, avente i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare prioritariamente sul tema dell'interculturalità gli operatori dell'Azienda;
- rilevare, attraverso la narrazione del vissuto professionale degli operatori durante il processo di cura, le problematiche che si riscontrano nella relazione con il paziente straniero e la sua famiglia;
- comprendere i bisogni espressi dall'utenza straniera al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata.

Il corso, oltre a portare testimonianze di mediatori culturali, ha permesso anche di lavorare sulle esperienze di relazione con pazienti stranieri da parte dei professionisti.

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. Si viene a creare così un contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica. La strategia dell'Azienda 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. Proprio perché il governo clinico ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza, non può non avere una spiccata attenzione all'uso delle informazioni scientifiche ed alla gestione della conoscenza come riferimento per le decisioni cliniche, al fine di orientarle verso una maggiore efficacia ed appropriatezza clinica. Tuttavia sarebbe quanto mai riduttivo pensare che il governo clinico si traduca semplicemente in politiche fortemente orientate a sviluppare la capacità di raccogliere in modo sistematico informazioni sui processi assistenziali ed i loro esiti. Non si tratta infatti soltanto di acquisire maggiori informazioni su una pratica clinica, quanto piuttosto di creare le condizioni necessarie a far sì che queste informazioni siano effettivamente utilizzate ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari. In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale.

Appropriatezza

È sempre più rilevante l'interesse per lo sviluppo di strumenti che consentano di valutare l'appropriatezza della risposta assistenziale, con l'obiettivo di identificare quali bisogni assistenziali possono essere soddisfatti con piena efficacia e sicurezza per il paziente in regime di ricovero diurno o a livello ambulatoriale invece che attraverso la tradizionale degenza ordinaria, rispondendo così al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse introdotto dal D. Lgs. n. 229 del 1999. Infatti, dentro la tematica generale della qualità dell'assistenza coesistono i temi relativi all'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo e al come orientare in un contesto assistenziale sempre più articolato lo sviluppo e l'utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie sempre più complesse e sofisticate. Inoltre, nella definizione dei bisogni assistenziali da garantire, occorre prefigurare soluzioni tempestive che forniscano al paziente la risposta giusta,



al momento giusto e nel luogo giusto. Tutto ciò facendo i conti con gli inevitabili vincoli imposti dalle non infinite risorse disponibili e di conseguenza garantendo la sostenibilità complessiva del sistema.

Appropriatezza dei ricoveri: il PRUO

Nel 2007 l'obiettivo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri è stato perseguito in modo integrato con l'AUSL di Parma, grazie ad una proficua collaborazione tra i rilevatori certificati P.R.U.O. delle due Aziende, instaurata nel 2005 e consolidata nel corso degli anni. Gli incontri, svolti con cadenza semestrale, hanno infatti consentito di monitorare il fenomeno e, attraverso un confronto costruttivo, di riorientare volta per volta i comportamenti sanitari aziendali in funzione delle problematiche emerse. L'analisi congiunta relativa alla casistica del 2007 ha riguardato un campione di 825 ricoveri in degenza ordinaria, di cittadini residenti e non nella provincia di Parma. Il campione rappresenta il 2% del totale dei ricoveri e l'estrazione ha riguardato in particolare i casi con DRG medici a maggiore rischio di inappropriatezza (Allegato 6 della D.G.R. 2126/2005). Oltre al Protocollo P.R.U.O. sono stati di riferimento per la rilevazione:

- la D.G.R. 1 Marzo 2000, n. 559 "Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery)";
- il Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali (versione 2006 e successive modificazioni).

Nell'anno 2007, come è evidente dalla tabella seguente, si rileva un miglioramento rispetto ai risultati degli anni precedenti, in quanto la quota di ricoveri totalmente appropriati risulta pari all'83% dei ricoveri esaminati, e quella dei totalmente inappropriati si è dimezzata: dal 7% del 2005 e del 2006 al 3% del 2007.

Anno	Totale com- plessivo	Appro- priato	Inappropria- ti alla ammissione	Inappropria- ti alla degenza	Inappropriati alla ammissione e alla degenza
2005	762	67%	5%	21%	7%
2006	804	74%	10%	9%	7%
2007	825	83%	4%	10%	3%

I risultati raggiunti sono frutto di interventi intrapresi nel triennio in esame:

- il progressivo trasferimento di attività dal regime ordinario a quello di day hospital e ambulatoriale;
- la predisposizione di protocolli interaziendali per alcune patologie che necessitano di criteri di appropriatezza specifici;
- la realizzazione di attività di formazione e aggiornamento sulla tenuta della documentazione clinica;
- la effettuazione di incontri ad hoc con i clinici interessati, successivi ai controlli congiunti sulle cartelle cliniche, finalizzati all'individuazione/condivisione di soluzioni per ovviare al problema dell'inappropriatezza rilevata.

L'obiettivo raggiunto è ben illustrato nella tabella seguente [fonte: Banca dati RER] che evidenzia come per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel triennio 2005-2007 si è verificato un tendenziale decremento della percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati, dato peraltro inferiore alla media regionale rilevata per le aziende ospedaliere.

Azie	ende di ricovero	Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/04 *	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale ricoveri
	AOU Parma	1.712	52.257	3,30%
2005	Totale aziende ospedaliere RER	9.075	279.172	3,30%
	AOU Parma	1.575	51.340	3,10%
2006	Totale aziende ospedaliere RER	8.333	271.057	3,10%
	AOU Parma	1.513	51.758	2,90%
2007	Totale aziende ospedaliere RER	8.252	272.499	3,00%

^{*} ricoveri per acuti in regime ordinario di durata >1 giorno ed età compresa tra i 16 e 64 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella tavola 1 dell'allegato alla D.G.R. 1872/2004

Appropriatezza prescrittiva

Nel 2007 è stato condotto il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in collaborazione con la Commissione Provinciale del Farmaco (CPF).

Gli obiettivi specifici del monitoraggio sono stati:

- perseguire l'appropriatezza prescrittiva in conformità ai criteri della Evidence Based Medicine (EBM) attraverso l'analisi del profilo di efficacia e tossicità dei farmaci;
- promuovere l'adeguatezza delle proposte terapeutiche secondo le limitazioni prescrittive e vincolanti indicate dalle norme e dalle disposizioni;
- promuovere modalità prescrittive condivise per facilitare il paziente nella continuità assistenziale ospedale-territorio.

È stata effettuata una rilevazione sull'accuratezza nella compilazione della lettera e della scheda di dimissione ospedaliera. Per ciò che ha riguardato in particolare l'appropriatezza prescrittiva in dimissione, la verifica è stata condotta sul 100% delle prescrizioni in riferimento ai seguenti parametri:

- indicazione del principio attivo (e non della specialità medicinale):
- conformità alle Note AIFA o fasce di rimborsabilità (A, C, H);
- indicazione della posologia;
- indicazione della dose;
- eventuali interazioni tra farmaci assunti in terapia;
- eventuale presenza di piano terapeutico;
- appartenenza dei principi attivi prescritti al PTP fatta esclusione per i farmaci di fascia C.

Sono stati promossi, anche in collaborazione con la CPF, interventi di comunicazione ed aggiornamento ai medici aziendali riguardanti le equivalenze terapeutiche, l'appropriatezza, i sistemi di acquisto e consumo e i termini legislativi di prescrizione ed i vincoli connessi. Particolare attenzione è stata riservata ai monitoraggi dei farmaci innovativi in campo oncologico, ematologico, dell'artrite reumatoide, della psoriasi moderata severa, della cura dell'HIV e degli antibiotici.

A seguito dell'analisi dell'andamento delle prescrizioni e dei consumi è stata posta particolare attenzione su alcune molecole (ad esempio teicoplanina, albumina umana, anticorpi monoclinali, eccetera) al fine di indagarne l'appropriatezza prescrittiva in aderenza alle linee guida interne e a quelle nazionali ed internazionali. In particolare, per l'albumina umana la CPF ha convenuto di implementare una scheda di richiesta personalizzata per permettere a distanza di almeno 3-6 mesi il monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva.



Inoltre, in ambito CPF è stata definita una nuova ed aggiornata linea guida sull'uso appropriato dell'albumina umana nei vari ambiti di cura.

Per garantire massima diffusione e continua disponibilità delle informazioni, le disposizioni riguardanti la prescrizione, provenienti sia dal livello regionale che nazionale, oltre alla routinaria trasmissione a tutto il corpo medico tramite comunicazione scritta, vengono rese disponibili nella sezione dedicata della intranet aziendale.

La procedura interna formalizzata per l'autorizzazione all'utilizzo dei farmaci off-label è stata scrupolosamente seguita in collegamento tra Servizio di Farmacia aziendale e CPF.

Sono stati condotti in collaborazione con l'AUSL di Parma incontri con i clinici dei Dipartimenti sulla prescrizione e sulla induzione della prescrizione specialistica sul territorio.

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; di fatti, 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 Healthcare 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 implementazione dei PDT mira principalmente a promuovere la cooperazione multidisciplinare tra i clinici di diverse specializzazioni e tra i diversi reparti, nonché 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 promuove l'adozione dei PDT, supporta i GLM nella realizzazione 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 riporta i risultati conseguiti nell'anno 2007 per singolo PDT, in termini di grado di adesione al percorso e grado di conseguimento degli obiettivi specifici. Undici dei quattordici PDT implementati nel 2007 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. Tre percorsi non hanno un'attività di verifica e pertanto non sono considerati attivi nel 2007. 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 tradotta in Percorsi Diagnostico-Terapeutici condivisi, il monitoraggio di indicatori desunti dalle evidenze scientifiche e attività sistematica di audit clinico. Nel 2007, il Programma PDT aziendale ha raggiunto obiettivi importanti, particolarmente in merito all'integrazione tra ospedale e territorio. Sono stati infatti attuati i seguenti 4 Percorsi in collaborazione con l'Azienda USL di Parma:

Sclerosi Laterale Amiotrofica

Data la natura degenerativa e fortemente invalidante della patologia, la gestione di questi pazienti richiede la collaborazione tra ospedale e servizi territoriali, con il contributo di tutte le professioni coinvolte. Il PDT interaziendale sulla SLA è stato presentato agli operatori sanitari e a rappresentanti di pazienti e familiari il 14 aprile, con un convegno a cui ha partecipato in qualità di relatore anche il Presidente nazionale dell'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, Mario Melazzini.

Scompenso Cardiaco

In ottobre è stato pubblicato il documento relativo al Percorso interaziendale sullo Scompenso Cardiaco, frutto di quasi 2 anni di lavoro del gruppo multidisciplinare. I pazienti affetti da scompenso, una patologia cronica che richiede controlli regolari e spesso frequenti ricoveri, beneficeranno di un percorso assistenziale standardizzato tra ricovero in ospedale e assistenza protetta a domicilio (si veda per un maggior dettaglio il paragrafo dedicato a questo argomento nella sezione Universalità ed equità di accesso del presente capitolo).

Dolore Toracico/Rete cardiologica provinciale

Il Percorso aziendale sul dolore toracico di sospetta origine coronarica, il primo PDT avviato presso la AOU nel 2001, è stato ampliato, in collaborazione con operatori dell'Azienda USL e del 118, per inglobare anche le problematiche relative alla fase precedente al ricovero e a quella successiva alla dimissione. Il progetto si inserisce in un programma provinciale più ampio, la rete cardiologica e cardiochirurgica, basata sul modello hub and spoke della Regione Emilia-Romagna, si veda a riguardo nel presente capitolo la sezione dedicata alla promozione dell'eccellenza. I risultati della collaborazione tra Ospedale e Azienda territoriale sono stati presentati durante un convegno aperto a tutti gli operatori sanitari coinvolti in qualsiasi fase della gestione del paziente con dolore toracico.

Ictus Cerebrale Ischemico/Stroke Care

Anche il Percorso aziendale sull'ictus cerebrale ischemico, avviato nel 2001, è in fase di revisione per includere l'assistenza pre e postospedaliera dei pazienti, inserendosi nel Programma regionale Stroke Care. Il gruppo di lavoro interaziendale si è riunito numerose volte, anche in sottogruppi per affrontare temi specifici, come quello della formazione agli operatori, l'esecuzione della trombolisi e la istituzione di un case manager infermieristico per assicurare la continuità assistenziale (cfr. il paragrafo del presente capitolo dedicato alla promo-



zione dell'eccellenza e in particolare la parte sul Programma Stroke Care). Oltre ai Percorsi interaziendali, nel 2007 è stato attivato anche il PDT aziendale sulle Anomalie del Setto Interatriale, e un ulteriore PDT aziendale, Percorso Neuroon-

cologico, è attualmente in fase di stesura. Rispetto agli anni precedenti, quest'anno si è deciso di affidare la responsabilità dei PDT ai singoli coordinatori dei Gruppi di Lavoro, per i quali l'adesione al Percorso rappresenta obiettivo di budget.

Percorsi Diagnostico	- ierapeutici (ai riterimento aeli Azien	da - Indicatori Ebivi - anno 2007	

Percorso	N° Eleggibili / Anno	Grado di Adesione	Principali Indicatori di Verifica	Risultato	Valora Atteso	Unità Operative Coinvolte
			Valutazione entro 2 settimane dal sospetto	79%	>=90%	
	Tumoro		Diagnosi confermata entro 4 settimane	82%	>=90%	
Tumore			Misurazione del dolore all'ingresso	89%	100%	
Polmonare		000/	Presenza dello stadio	99%	100%	
Data di avvio: Giugno 2001	200-220	96%	Discussione collegiale per pazienti di stadio III	100%	100%	Pneumologia; Fisiopatologia Respira-
			Riabilitazione preoperatoria	100%	>=90%	toria; Scienze Radiologiche;
			Intervento chirurgico aderente ai criteri	97%	100%	Anatomia e Istologia
			Trattamento combinato per eleggibli di stadio III	97%	>=90%	Patologica.
Tachiaritmie		Non prevista in	Tasso di ricovero	24%	<40%	Cardiologia; Clinica e Terapia Medica; Pronto
Sopraventricolari Data di avvio: Marzo 2002	680-700	quanto l'analisi vie- ne effettuata utiliz- zando il Sistema In- formativo Aziendale	Dimessi da PS/OBI in ritmo sinusale	94%	>=90%	Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Inter- na a Indirizzo Cardiologico; Medicina Interna a Indirizzo Angiologico e Coagulativo.
			Diagnosi confermata entro 2 settimane	100%	>=90%	Ematologia e CTMO;
			Esecuzione tempestiva biopsia	83%	>=90%	Clinica e Terapia Medica;
Linfomi non Hodgking			Esecuzione tempestiva TAC	77%	>=90%	Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Clinica Chirur-
Data di avvio:	90-110	100%	Presenza dello stadio	100%	>=90%	gica e Trapianti d'Orga- no; Medicina Nucleare; Oncologia; Radioterapia; Anatomia Patologica;
Giugno 2003			Discussione collegiale	100%	>=90%	
		Inizio chemioterapia	91%	>=90%	Scienze Radiologiche.	
			Diagnosi confermata entro 4 settimane	99%	>=90%	Dermatologia; Anatomia e Istologia Patologica; Chirurgia Plastica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirur- gica; Oncologia Medica; Medicina Nucleare.
Melamoma			Presenza dello stadio	100%	>=90%	
Data di avvio: Gennaio 2003	120-140	100%	Discussione collegiale per pazienti con linfonodo sentinella positivo	100%	>=90%	
			Rapida radicalizzazione	98%	>=90%	
			Tempi di refertazione	90%	>=90%	
			Esecuzione TAC	97%	>=95%	
			Ricovero presso un reparto dedicato	79%	>=90%	Neurologia; Pronto Soccorso e Medicina
Ictus Cerebrale			Visita fisiatrica tempestiva	89%	>=90%	d'Urgenza; Centrale Operativa 118 – "Parma
Ischemico	300-330	100%	Destinazione alla dimissione	95%	>=90%	Soccorso"; Psichiatria;
Data di avvio: Gennaio 2000			Poor outcome	53%	<60%	Neurologia; Medicina Inter- na ad Indirizzo Angiologico
			Visite di follow-up a 1 mese	75%	>=90%	e Coagulativo; Clinica Geriatrica; Medicina
			Somministrazione GDS	15%	>=90%	Riabilitativa.
Tromboembolia		Non prevista in quanto l'analisi vie- ne effettuata utiliz- zando il Sistema In- formativo Aziendale	Documentazione della probabilità clinica in PS (Geneva score)	71%	>=90%	Pronto Soccorso e Medi- cina d'Urgenza; Medicina Nucleare; Medicina Interna
Polmomare Data di avvio: Aprile 2004	180-200	Documentazione della probabilità clinica in reparto (Weels score)	Non rile- >=90% vabile in	ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Cardiologia; Clinica Pneumologica;		
, ipinio 2007		40%	Appropriatezza d'uso della ANGIO-TC	quanto il >= grado di adesione >=	>=90%	Pneumologia; Clinica Geriatrica; Scienze Radio- logiche.
			Appropriatezza d'uso della trombolisi		>=90%	
		Appropriatezza d'uso dell'eparina	è < 75%	>=90%		



Percorso	N° Eleggibili / Anno	Grado di Adesione	Principali Indicatori di Verifica	Risultato	Valora Atteso	Unità Operative Coinvolte	
			Allocazione nel reparto in base alla gravità	100%	>=90%		
			Utilizzo della spirometria	99%	>=90%		
			Utilizzo della ventilazione non invasiva	98%	>=90%	Clinica Pneumologica;	
BPCO			Miglioramento grado di disabilità (scala MRC)	80%	>=70%	Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa; Pneumologia;	
Data di avvio: Gennaio 2001	370-400	79%	Durata di degenza secondo i criteri stabiliti dal GLM	90%	100%	Fisiopatologia Respiratoria; Pronto Soccorso e Medici-	
			Consulenza antifumo	92%	>=75%	na d'Urgenza.	
			Vaccino antinfluenzale	100%	>=75%		
			Esecuzione riabilitazione	100%	>=75%		
			Allocarions in boss allo gravità	100%	>=90%		
Cirrosi Epatica	450 400	1000/	Allocazione in base alla gravità	6%		Malattie Infettive ed Epatologia; Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.	
Data di avvio: Dicembre 2001	Data di avvio: 450-490 Dicembre 2001	100%	Reingressi entro 30 giorni		<=10%		
			Somministrazione di albumina	99%	>=90%		
Dolore Toracico		Non prevista in	Trasferimento in UTIC di paziente con TIMI Risk Score>=4	92%	>=90%	Cardiologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Ur-	
Data di avvio: Gennaio 2001	2000-2300	quanto l'analisi vie- ne effettuata utiliz- zando il Sistema In-	ne effettuata utiliz-	Pazienti sottoposti ad angioplastica primaria con door-to-balloon time <=90 minuti	37,5%	>=90%	genza; Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico; Cardiochirurgia; Clinica
		formativo Aziendale	Ricoveri ripetuti	2,8%	<=2%	Geriatrica Geriatrica	
			0, 1	000/	0001		
Parto		Non prevista in quanto l'analisi vie-	% parti cesarei	38%	<=30%	0.1.1.1	
Data di avvio: Gennaio 2001	2200-2500	ne effettuata utiliz- zando il Sistema In-	Parti cesarei senza indicazione clinica	39%	<15%	Ostetricia e Ginecologia; Neonatologia.	
Germaio 2001		formativo Aziendale	Travaglio di prova nelle precesarizzate	26%	>=30%		
			Durts wi WOMA O	00/	000/	Olivina Ortana dia a	
Protesi d'anca	Non prevista in	Punteggi WOMAC	0%	>=90%	Clinica Ortopedica; Ortopedia; Medicina Riabi-		
Data di avvio:	350-390	quanto l'analisi vie- ne effettuata utiliz-	Tempi di attesa	31%	>=90%	litativa; Immunoematologia e Trasfusionale; Radiolo-	
Ottobre 2002	zando il Sistema In- formativo Aziendale	Punteggi VAS	71%	>=90%	gia; 2° Servizio Anestesia Rianimazione.		

Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale - Distretto

La nutrizione artificiale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ufficializzato nel gennaio 2007 l'attività del Centro di Nutrizione Artificiale, in accordo con le Linee di indirizzo clinico-organizzative regionali che individuano, quale garanzia del governo clinico della Nutrizione Artificiale (di seguito NA), la presenza in ogni azienda di un Team Nutrizionale che opera come gruppo multidisciplinare costituito da operatori sanitari esperti (un medico referente, un infermiere, un farmacista e un dietista) allo scopo di assicurare standard qualitativi adeguati e di rendere omogenee le modalità di intervento nutrizionale. In seguito all'accordo interaziendale del 2000 tra l'Azienda e l'Azienda USL da molti anni è operativa nella provincia di Parma l'integrazione ospedale-territorio che garantisce continuità assistenziale e referenza terapeutica certa a tutti i pazienti dimessi dall'Ospedale che necessitano di proseguire il trattamento nutrizionale a domicilio.

Le mini-indagini epidemiologiche condotte in questi anni stimano che il 12-14% dei pazienti ricoverati nell'Ospedale di Parma necessita giornalmente di terapia nutrizionale artificiale. La casistica è composta soprattutto di pazienti con patologie neurologiche e oncologiche. La NA trova inoltre applicazione clinica in patologie del tratto gastrointestinale (principalmente malattie infiammatorie come il morbo di Crohn ed

esiti di resezioni chirurgiche estese), in ambito chirurgico e in particolare nelle chirurgie specialistiche, in terapia intensiva, in svariate patologie dell'età neonatale e pediatrica e in diverse altre malattie acute e croniche tra cui l'anoressia nervosa. Nel corso del 2007 si è registrato un ulteriore incremento dell'attività. Gli interventi complessivi all'interno dell'Azienda sono risultati oltre 2.800 rispetto ai 2.400 del 2006, ai 1.180 del 2005, ai 775 del 2004 e ai 395 del 2003. I nuovi casi avviati alla Nutrizione Artificiale Domiciliare (di seguito NAD) sono stati 212 (140 nel 2006) di cui 183 nell'ambito del nostro territorio e 29 a favore di pazienti residenti fuori provincia.

L'incremento più marcato riguarda i pazienti oncologici (78 avviati alla NAD, di cui 19 fuori provincia affidati alle AUSL di competenza) e chirurgici.

Nel 2007 i pazienti in NAD nella provincia di Parma sono risultati 591 (circa il 10% in più rispetto al 2006). La casistica si conferma tra le più numerose a livello nazionale.

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, molti dei quali in regime di DH.

In vista della dimissione il Team ospedaliero provvede ad addestrare tutti i pazienti e/o i loro famigliari o care-giver alla gestione domiciliare e consegna un manuale operativo che contiene ogni informazione utile e istruzioni per risolvere le più



frequenti problematiche o eventuali situazioni di emergenza. Viene quindi attivato un service per la fornitura dei nutrienti e del materiale di supporto direttamente al domicilio del paziente (se residente nella provincia di Parma o vengono attivate le autorità sanitarie competenti nel caso si tratti di paziente residente in altra provincia o altra regione) e infine avviene l'affidamento al Team Nutrizionale Territoriale.

Il Team ha partecipato alla definizione del PDT della SLA che è operativo dal gennaio 2007 con un programma di follow-up di tutti i pazienti della provincia in collaborazione integrata con l'équipe territoriale che prevede visite di controllo con la contemporanea presenza nella stessa giornata di tutti gli specialisti coinvolti al fine di favorire l'iter del paziente. Nell'aprile 2007 è stato presentato il Percorso Multidisciplinare Interaziendale sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica nell'ambito di un convegno tenuto presso l'Azienda.

Il Team ha inoltre preso parte alla definizione di un PDT per il paziente con frattura di femore, in collaborazione con il Dipartimento Chirurgico - area osteoarticolare e il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo dell'Azienda, che è operativo dai primi mesi del 2007.

Attività formativa

I componenti del Team hanno partecipato a incontri (soprattutto in ambito oncologico e chirurgico) e relazionato a convegni sulle tematiche nutrizionali e in qualità di docenti hanno preso parte a corsi formativi aziendali sia in area medica che chirurgica:

- Lezioni al Corso "Prevenzione e cura delle ulcere da pressione"- aspetti nutrizionali;
- Lezioni ai Corsi di riqualifica per OSS Aziendali e non;
- Relazioni al Convegno "Le stomie indicazioni tecniche e problematiche gestionali" - problemi nutrizionali nello stomizzato;
- Lezioni al Corso "La gestione della NE" nel Corso di Infermieristica Clinica in Chirurgia Specialistica;
- Corso di alimentazione nelle patologie chirurgiche al Master CH in area critica;
- Corso di tecniche dietetiche al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e in Ostetetricia:
- Corsi di formazione OSS nella stessa materia nelle strutture deputate CIOFS, CESVIP.

In ambito aziendale il Team fa parte del gruppo di lavoro per la fornitura in service di sistemi per nutrizione enterale e parenterale. Ha quindi partecipato alla selezione dei sistemi di infusione per NA in occasione dell'ultima gara aziendale e l'IP del Team ha in prima persona seguito la sostituzione dei sistemi infusionali presso ogni unità operativa curando l'addestramento di tutto il personale sanitario.

La gestione integrata del paziente diabetico

L'Azienda 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, diverse struttura aziendali, 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 SSD Malattie del Ricambio e Diabetologia ha inviato in gestione integrata 546 diabetici, e Parma è stata individuata quale sede di riferimento anche per le province di Piacenza, Reggio Emilia e Modena (area vasta). Sono nel frattempo iniziati i controlli annuali dei pazienti inviati in gestione integrata e dai dati raccolti si rileva che un numero elevato (34%) non ha ancora effettuato la visita di controllo prevista dal protocollo. 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, alla razionalizzazione delle procedure per la prescrizione e la fornitura dei sistemi per infusione continua di insulina sottocute (microinfusori).

Gestione integrata del paziente in terapia anticoagulante orale

Il progetto di collaborazione fra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL per la gestione integrata del paziente in terapia anticoagulante orale si propone di decongestionare i centri di sorveglianza TAO attraverso il coinvolgimento dei Medici di medicina generale in questa attività terapeutica garantendo il supporto culturale, di formazione e di attrezzature necessario. La riqualificazione del ruolo dei MMG (anche attraverso il collegamento continuo fra MMG, coordinatore del progetto e centri di sorveglianza - consulenza on line) è un esito di rilievo del progetto, cui è connesso un miglioramento della qualità della vita dei pazienti in termini di rafforzamento del rapporto fiduciario con il proprio MMG e di soluzione delle problematiche di tipo logistico (trasferimenti) e legate ai tempi di attesa, non modificando la qualità del trattamento erogato. Come indicatore specifico per monitorare la qualità del trattamento è stata utilizzata la qualità media periodica (%INR/ range) che è risultata sovrapponibile tra MMG e controllo di qualità tra i centri aderenti alla Federazione Centri Sorveglianza Anticoagulanti (58,75 vs 58,3) e tra MMG e Centri TAO provinciali (58,75 vs 56,4). A questo proposito va sottolineato che la presa in carico del paziente da parte del Medico di medicina generale è possibile solo quando il paziente è giudicato dal Centro di riferimento in fase di terapia stabilizzata. L'attenzione, nella fase di sviluppo del progetto, è stata centrata sul percorso organizzativo, con particolare riferimento a:

- percorso presa in carico;
- procedure per assistenza di pazienti in situazione disagiata (case di riposo, difficoltà deambulazione, afferenti a punti prelievi decentrati eccetera);
- · registro pazienti eleggibili alla presa in carico;
- procedure in situazioni particolari (ferie, congedi MMG).

Il numero di visite TAO effettuate dal sistema complessivo è incrementato dal 2004 al 2006 del 16,2% e la percentuale di prestazioni erogate da MMG sul totale delle visite è passato dal 2% del 2004 al 6,5% del 2006. Nei primi tre trimestri del 2007 la quota di visite in carico agli MMG ha evidenziato un ulteriore incremento sul totale, raggiungendo il 10,2%.

I pazienti in terapia anticoagulante nel territorio provinciale



sono in costante e continua crescita, il contributo degli MMG alla gestione dei pazienti è pari (nel secondo trimestre 2007) al 13,7% dei pazienti totali.

Anche il numero di MMG aderenti al progetto ha registrato una ulteriore crescita nei primi 3 trimestri del 2007, come evidenziato dalla tabella:

Anno	Numero di MMG aderenti al progetto TAO
2004	11
2005	17
2006	41
2007	(primi 3 trimestri) 63

L'adesione degli MMG al progetto è su base volontaria ed è comunque il paziente che, nel momento in cui viene dichiarato idoneo dal Centro di sorveglianza TAO, può optare per il trasferimento al Medico di Medicina Generale o per continuare il rapporto con il Centro.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con il Centro Emostasi, svolge un ruolo di significativo supporto al progetto, coordinato dall'Azienda USL.

Per promuovere e consolidare gli obiettivi di questo progetto, che si inserisce nei percorsi di gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti affetti da patologie croniche, è stata istituita nel 2007 una commissione provinciale interaziendale con il compito di effettuare il monitoraggio complessivo e assicurare l'omogeneità di applicazione del protocollo in ambito provinciale.

Integrazione dell'U.O. di Psichiatria nella rete dei servizi della AUSL e del DSM

Allo scopo di perseguire l'obiettivo di integrazione dell'U.O. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel Dipartimento di Salute Mentale, in particolare con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e con i Servizi territoriali dell'AUSL di Parma e allo scopo di riorganizzare i percorsi di emergenza-urgenza, sono stati programmati e realizzati incontri a cadenza periodica nel 2006 e nel 2007 fra i referenti delle due Aziende.

Tra gli scopi perseguiti assume particolare rilievo quello di dare risposte sempre migliori ai bisogni clinico-assistenziali espressi dall'utenza e garantire una migliore continuità assistenziale che consenta interventi più appropriati e tempestivi nella cornice della "cura".

Più specificamente, per quanto attiene alcune delle aree di integrazione finora esplorate:

• Gestione clinica dell'Area emergenza-urgenza: è stato disegnato un percorso specifico per pazienti organici con disturbi comportamentali e per pazienti psichiatrici con problematiche internistiche; è stato proposto un percorso che proceda attraverso la valutazione in sede di consulenza psichiatrica, la sezione "osservazione breve" dell'SPDC e/o il day hospital dell'U.O. di Psichiatria dell'Azienda, con prosecuzione dell'intervento da parte del servizio territoriale di psichiatria o, laddove necessario, in sede di ospedalizzazione presso l'SPDC o il reparto di degenza ordinaria della U.O. di Psichiatria. Inoltre, nell'area del nuovo Pronto Soccorso in costruzione è previsto un ambulatorio dedicato all'attività specialistica, anche per pazienti psichiatrici.

 Sviluppo dei rapporti con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e con i servizi territoriali: sono stati delineati i rapporti funzionali fra le strutture della U.O. di Psichiatria dell'AOU, l'SPDC e i servizi territoriali al fine di identificare percorsi assistenziali condivisi e favorire quanto dettagliato in premessa Nel 2007 l'attività dell'U.O. di Psichiatria per quanto attiene i rapporti operativi con il DSM, evidenzia una percentuale di ricoveri provenienti dall'SPDC del 35%, del 18% per i ricoveri provenienti dai Servizi territoriali, del 14% per pazienti provenienti dal PS.

Su un totale di 465 ricoveri nel reparto di degenza ordinaria, 83 (18%) provenivano dal Servizio territoriale, 163 (35%) dall'SPDC, 14 (3%) dal SERT, 66 (14%) dal Servizio di Pronto Soccorso, 94 (20%) da altre utenze (MMG, privati, eccetera), 45 (10%) dal servizio ambulatoriale dell'U.O. di Psichiatria della Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Alla dimissione è stata privilegiata la continuità terapeutica con il DSM; 195 pazienti sono stati inviati, previo contatto diretto con gli operatori, al servizio territoriale del DSM, 23 sono stati affidati al SERT, 14 sono stati trasferiti all'SPDC, alcuni dei quali in regime di TSO, 6 trasferiti ad altri reparti di degenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 122 sono stati inviati a una serie di servizi che comprendono MMG, specialisti privati, reparto di degenza ordinaria di Villa Maria Luigia; 105 sono stati riaffidati al servizio ambulatoriale della U.O. di Psichiatria della Azienda.

Anche nel 2007 sono stati favoriti e intensificati gli incontri con gli operatori dei Servizi di Igiene mentale per l'elaborazione di progetti personalizzati su pazienti afferenti alla U.O. di Psichiatria.

Dei percorsi assistenziali delineati e degli incontri avvenuti, sono stati costantemente tenuti informati i dirigenti medici e paramedici, che sono stati invitati a partecipare, per quanto attiene le specifiche competenze, agli incontri programmati I dati riferiti al 2006 e 2007 documentano un aumento marcato, rispetto all'anno 2005, dei rapporti di continuità dei percorsi assistenziali sia con il Dipartimento di Salute Mentale che con il servizi di emergenza urgenza.

Il prossimo trasferimento dell'U.O. di Psichiatria presso padiglione "Braga" all'interno del complesso dell'Azienda Ospedaliera costituisce la premessa per una piena integrazione della stessa unità operativa nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Parma, e in particolare con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e con i Servizi territoriali.

Percorso nascita

Con la realizzazione di una Struttura Semplice di U.O. "Percorso/Centro Nascita" è stato dato ulteriore impulso alle attività concernenti gli obiettivi di implementazione di linee di indirizzo per la tutela della "buona nascita"; di pianificazione e definizione dei percorsi diagnostico-assistenziali con strumenti idonei alla verifica; di potenziamento della integrazione Ospedale-Territorio.

A tale scopo, sono stati istituiti quattro diversi gruppi di lavoro multidisciplinari (ginecologi, neonatologi, ostetriche, infermiere, psicologa):

• GRUPPO "ROOMING-IN" che ha predisposto un progetto per l'attuazione del rooming-in nelle 24 con valenza trasversale (miglioramento relazione madre-bimbo; sostegno



e promozione allattamento al seno possibilmente secondo i 10 passi O.M.S.; valorizzazione ruolo dell'ostetrica nell'assistenza anche del neonato sano);

- GRUPPO "SORVEGLIANZA BENESSERE FETALE IN TRA-VAGLIO DI PARTO" e TAGLIO CESAREO per l'adozione della Linea Guida regionale 2003;
- GRUPPO "zona accoglienza/urgenze/osservazione breve" i cui obiettivi sono miglioramento accettazione urgenze; riduzione ricoveri impropri; decongestionamento zona sale parto. Il gruppo sta ultimando la stesura di un idoneo progetto attuativo;
- GRUPPO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO, gruppo di lavoro permanente per la qualità dei percorsi diagnostico-assistenziali-terapeutici da un punto di vista procedurale (Accreditamento Formazione e aggiornamento continuo). Nel contempo si sta lavorando nell'ottica della demedicalizzazione e umanizzazione dell'evento nascita.

Per quanto attiene il potenziamento dell'integrazione Ospedale-Territorio sono stati effettuati incontri con l'Azienda USL per:

- miglioramento "Dimissione Appropriata";
- omogeneizzazione "Corsi di Preparazione alla Nascita". Inoltre sono attive le relazioni con l'associazione di volontariato Futura che si propone per un eventuale "supporto" in Ospedale e per momenti formativi comuni.

Di rilievo è l'impegno profuso per analizzare le problematiche di integrazione dei flussi informativi e per strutturare modalità di correzione dei bias legati a questi flussi.

La riorganizzazione dei laboratori

Nel corso del 2007, è stato consolidato il processo di riorganizzazione dei laboratori, garantendo un livello elevato di integrazione delle attività di laboratorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma 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 qualità. L'intervento assume rilievo nell'ambito del più ampio disegno di integrazione delle attività delle due Aziende sanitarie della provincia, nella logica della valorizzazione della centralità del cittadino.

Le azioni di concentrazione della produzione analitica dei laboratori per aree sovra-aziendali nella provincia di Parma sono arrivate a compimento già nel corso del 2006, con l'ampliamento del processo di integrazione delle attività di laboratorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL. L'integrazione ha consentito miglioramento dell'efficienza di produzione, miglioramento dell'efficienza allocativa e, 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 impiegato. L'avere accorpato in un'unica sede cittadina i laboratori di analisi permette oggi di conseguire vantaggi sul piano organizzativo ed economico migliorando la qualità delle prestazioni. L'integrazione, infatti, non comporta 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.

Il progetto ha preso il via nel 2005 ed era strutturato in due fasi. Nello specifico la seconda parte del progetto ha riguar-

dato 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 processo di riunificazione e integrazione, 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.

Gestione del rischio

Rischio clinico

L'impegno dell'Azienda in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente ha trovato, a partire dal 2006, una più puntuale e articolata strutturazione con l'organizzazione di un sistema di gestione per il rischio clinico, volto a realizzare iniziative e promuovere azioni finalizzate a ridurre i rischi e a migliorare gli standard di qualità dell'assistenza sanitaria, attraverso il coinvolgimento in una gestione integrata di competenze differenti.

Nel 2007 è stato predisposto un programma di obiettivi a breve e medio termine con il coinvolgimento del Collegio di Direzione per la definizione e l'approvazione del suddetto progetto e la sua realizzazione.

La filosofia del progetto è *imparare dagli errori*, condizione imprescindibile per un sistema sanitario più sicuro. Il programma 2007-2010 è così strutturato:

- identificare i rischi di incidenti che possono danneggiare i pazienti:
- effettuare l'analisi e la valutazione dei rischi individuando le criticità più gravi e gli errori più frequenti;
- adottare le misure di prevenzione adeguate per far fronte ai rischi rilevati;
- formare i professionisti impegnati nella gestione del rischio clinico (referenti dipartimentali che dovranno essere nominati dai Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata), nel contesto degli obiettivi formativi aziendali 2007-2010.

Nel 2007 è stato implementato il sistema di segnalazione degli eventi avversi con il modello dell'incident reporting', segnalazione volontaria e anonima. Gli eventi avversi segnalati sono oggetto di approfondimento, prevalentemente impiegando gli audit clinici, ed è prevista l'implementazione della partecipazione al monitoraggio regionale e nazionale degli eventi sentinella che attualmente avviene per le funzioni di anestesia e rianimazione e farmacia.

La segnalazione degli incidenti e dei "quasi eventi" sarà lo strumento per uno studio osservazionale prospettico.

È stato definito il percorso formativo che prevede formazione mediante simulazione e formazione sulla comunicazione con i pazienti che hanno subito un evento avverso da realizzarsi nel 2008. È stato predisposto e distribuito un questionario conoscitivo sul rischio clinico. Da tale rilevazione si attendono informazioni puntuali per la definizione e progettazione di iniziative di formazione e di altri interventi. Inoltre, si ritengono di particolare interesse i suggerimenti del personale medico che



emergeranno con lo studio dei dati raccolti. È stato perseguito l'obiettivo "rischio clinico", predisponendo sistemi e metodi per rendere omogenea la lettura e la gestione del rischio inteso come evento avverso attuale e potenziale del processo assistenziale.

A partire dal 2008, è prevista la realizzazione di un report annuale sul profilo del rischio clinico, che identifica le aree di rischio e le priorità di intervento e che costituisce il riferimento fondamentale per la predisposizione de "Il Piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico".

Gestione del contenzioso

La gestione del contenzioso, ossia di tutte le segnalazioni contenenti esplicite richieste risarcitorie provenienti da singoli cittadini, avvocati o associazioni di categoria, segue, da diversi anni in Azienda, una procedura consolidata che coinvolge i seguenti settori: Ufficio Legale, Settore Medico Legale e Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), con specifiche competenze ripartite e con un percorso di istruttoria ben strutturato e puntuale anche negli adempimenti nei confronti dei database regionali.

La Commissione Valutazione Sinistri aziendale comprende diverse professionalità: dirigente medico legale (in qualità di coordinatore della Commissione), responsabile dell'ufficio assicurativo, un dirigente medico della Direzione Sanitaria, referente aziendale per la gestione del rischio clinico, responsabile della Direzione Servizio Assistenziale, responsabile dell'URP, rappresentanti della compagnia assicuratrice (agente assicurativo e responsabile dell'ufficio liquidazione sinistri), un rappresentante del broker assicurativo. La suddetta Commissione si riunisce con cadenza periodica (almeno una volta al mese) per discutere casi specifici in cui è prevedibile un risarcimento particolarmente oneroso o in cui - non sussistendo alcuna responsabilità nella causazione del danno - si ritiene opportuno la resistenza in giudizio.

Le finalità perseguite sono:

- concordare una linea di condotta condivisa nella gestione dei sinistri con la compagnia assicuratrice, che sino ad oggi ha provveduto in modo assolutamente autonomo; al fine di meglio monitorare l'andamento delle liquidazioni dei sinistri stessi:
- implementare le modalità di registrazione dei sinistri ai fini di ottenere dati statistici attendibili e consolidati, da utilizzare sia nelle procedure di rinnovo dei contratti di copertura assicurativa che nel monitoraggio di eventi avversi;
- consentire l'adozione di adeguati correttivi.

La nostra Azienda partecipa attivamente a tutte le iniziative regionali volte alla gestione extragiudiziale del contenzioso. In particolare:

- tre dipendenti (il medico legale, la responsabile e una impiegata dell'URP) hanno seguito il corso di formazione regionale per la creazione di uno staff di mediatori. L'attività di mediazione viene svolta all'interno dell'Azienda, i componenti del nucleo di mediazione scelgono i casi attingendo dalle segnalazioni pervenute all'URP e non inerenti direttamente specifiche richieste risarcitorie. Le modalità di svolgimento sono conformi alle indicazioni operative apprese nel corso di formazione;
- il responsabile del Settore Medico Legale partecipa ai lavo-

ri del Gruppo Regionale di Medicina Legale finalizzati alla redazione di documenti inerenti il Consenso informato e la corretta compilazione e conservazione della cartella clinica;

 il responsabile del Settore Medico Legale e la responsabile dell'Ufficio Assicurativo hanno partecipato al corso di formazione regionale per la creazione di una Commissione Conciliativa interna.

Infine, all'interno dell'Azienda è stata attivata una commissione di studio con il fine di rivalutare le procedure interne e il regolamento inerente la corretta compilazione e archiviazione della documentazione sanitaria.

Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere

Indagini di prevalenza ripetute

L'attività di sorveglianza delle infezioni ospedaliere prosegue tramite l'esecuzione sistematica di indagini di prevalenza, utilizzando il protocollo del progetto HELICS (European Link for Infection Control through Surveillance).

Gli obiettivi dell'indagine si riassumono in:

- 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-resistenze.

Nel corso del 2007 **le indagini di prevalenza hanno interessato** le unità operative aziendali di seguito indicate:

- Dipartimento Medico Polispecialistico 1: Clinica e Immunologia Medica degenza, Clinica Medica e Lungodegenza, Clinica Medica e Nefrologia degenza e lungodegenza, Oncologia Medica degenza ed alte dosi;
- Dipartimento Medico Polispecialistico 2: Malattie Metaboliche Vascolari 1ª e 2ª sezione, Medicina Interna ad indirizzo Angiologico ed Emocoagulativo, Gastroenterologia, Medicina Interna ad indirizzo Cardiologico A e B, Clinica e Semeiotica Medica degenza e lungodegenza;
- Dipartimento Chirurgico: Clinica Ortopedica degenza, Patologie dell'Apparato Locomotore, Ortopedia;
- Dipartimento Materno-Infantile: Ostetricia;
- Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo: Lungodegenza Critica sezione A e B.

L'indagine ha determinato il tasso di prevalenza delle infezioni ospedaliere e comunitarie dei pazienti ricoveranti in ospedale. L'elaborazione di tutti i dati raccolti, tra cui la correlazione tra infezioni ospedaliere e fattori di rischio (presenza di device, intervento chirurgico, procedure invasive, fattori di rischio intrinseci del paziente, eccetera), risulta sovrapponibile a quello dei più moderni ospedali italiani.

Sorveglianza dei microrganismi sentinella

In linea con la D.G.R. n. 186 del 7.02.2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nella Strutture Sanitarie", è proseguita l'attività di sorveglianza degli eventi epidemici e degli eventi sentinella, 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. Micobacterium tubercolosisi multiresistente, Streptococcus pneumonite penicillino resistente, Stafiloccocchi meticillinoresistente, Enterococchi vancomicino-resistenti, Entero-



bacteriaceae produttrici di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL), Stenotrophomonas maltophilia, Clostridium difficile. La sorveglianza attiva consiste nella raccolta ed analisi dei dati riferiti alle segnalazioni di MDR (Multidrug resistent) o epidemiologicamente importanti, trasmessi sistematicamente dal Laboratorio di Microbiologia.

La procedura è stata migliorata, adeguandola alle esigenze igienico-assistenziali. La nuova procedura prevede:

- inserimento dei dati delle segnalazioni in un data-base de-
- segnalazione del referto ai Referenti di UU.OO. e contestuale raccomandazione ai reparti/servizi di adesione alle misure igienico-preventive consigliate nei casi di specie;
- se necessario, in caso di problematiche emergenti, verifica in campo con audit sulla corretta applicazione delle indicazioni fornite;
- invio sistematico alle UU.OO. dei report periodici a cadenza quadrimestrale, per agevolare le opportune valutazioni clinico-assistenziali.

Il monitoraggio ha consentito la realizzazione di una mappatura della diffusione di MDR in ambito locale, di verificarne l'andamento, la diffusione e le modificazioni temporali, nel corso delle attività di sorveglianza si è provveduto a sensibilizzare il personale alla corretta e tempestiva applicazione delle misure di isolamento in ospedale.

Sorveglianza delle malattie infettive

Introduzione sistematica del controllo del flusso di denunce di malattie infettive provenienti dalle singole unità operative. Tale sistema ha permesso:

- il monitoraggio puntuale degli eventi infettivi in ambito nosocomiale;
- la tempestiva messa in atto delle misure di controllo per evitarne la diffusione;
- l'attivazione dei servizi preposti, a livello territoriale, per la valutazione della necessità di eseguire eventuali interventi preventivi post-esposizione.

Progetto LASER (Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna)

Sviluppo ed implementazione delle attività correlate all'avvio del progetto "Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna" con l'obiettivo di promuovere il trasferimento nella pratica degli interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla mortalità della sepsi.

Così come richiesto dalla Regione, è stato attivato il Team Sepsi per programmare la formazione degli operatori, monitorare il fenomeno sepsi, rilevare le criticità aziendali e predisporre il percorso clinico-assistenziale più appropriato.

È stato attivato il primo intervento formativo rivolto al personale medico ed infermieristico (esclusi gli operatori delle T.I. e i reparti pediatrici) delle unità operative aziendali; il corso, della durata di 12 ore (una sessione plenaria e 1 sessione specialistica con discussione dei casi clinici) è stato proposto in due edizioni successive, ed ha coinvolto circa 150 partecipanti. L'obiettivo è stato quello 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 in Rianimazione).

Il corso si completerà con ulteriori due edizioni previste per il 2008. Il progetto prevede inoltre che il Team Sepsi, prosegua i lavori pianificando le soluzioni operative più efficaci a sanare le criticità emerse nel percorso clinico-assistenziale (revisione protocolli operativi sepsi correlati, implementazione di indagini emato-cliniche e microbiologiche H24, disponibilità di posizionamento CVC H24, eccetera).

Progetto SITIER - sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva

Partecipazione al Progetto Regionale SitiER (Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva) messo a punto dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale - Area Rischio infettivo.

Il progetto, di ampio respiro, ha iniziato a svilupparsi tramite l'individuazione delle unità operative che parteciperanno attivamente e la nomina dei referenti. Proseguirà quindi, attraverso la formazione, il coordinamento ed il tutoraggio dei referenti di ciascuna unità operativa; e la realizzazione di uno specifico percorso aziendale volto a migliorare l'attuale sistema di sorveglianza. L'obiettivo risulta essere quello di sorvegliare attivamente ed in modo costante le infezioni nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le Terapie Intensive; la metodologia comune utilizzata, consentirà di analizzare e confrontare i dati raccolti con le altre TI in ambito regionale. La stima delle infezioni correlate all'assistenza consentirà di porre in atto opportune azioni correttive, in caso di riscontro di "non conformità" importanti.

Attività di formazione del personale

Sono stati affrontati in specifici eventi formativi le seguenti tematiche:

- Antisepsi e disinfezione in ospedale aspetti pratici;
- Il ricondizionamento degli endoscopi (Corso di Pneumologia Interventistica);
- Le buone pratiche infermieristiche in Terapia Intensiva, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna;
- "Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna" 2 edizioni;
- Antiblastici ed Igiene del Lavoro.

Prevenzione del rischio infettivo

CIO aziendale

Le principali attività svolte dal Comitato Infezioni Ospedaliere sono state:

- valutazione e revisione delle modalità comportamentali di accesso alle Terapie Intensive;
- la prevenzione della legionellosi in ambito nosocomiale;
- la prevenzione delle polmoniti nosocomiali.

Prevenzione e controllo delle infezioni in comparto operatorio

È stata effettuata la revisione delle modalità comportamentali e di accesso ai comparti operatori e del lavaggio chirurgico delle mani ed è stata avviata una campagna informativa attraverso la realizzazione di poster, contenenti le relative indicazioni, che sono stati trasmessi a tutti i blocchi operatori, da affiggere nei punti strategici delle unità operative. Sono stati svolti controlli per la verifica dell'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Prevenzione e controllo delle infezioni in terapia intensiva

È stata effettuata la revisione delle modalità comportamentali e di accesso alle terapie intensive, in linea con la letteratura



di riferimento, ed in piena sintonia con gli obiettivi regionali; in tale ottica si sono realizzati poster, contenenti le relative indicazioni, che sono stati consegnati ai membri del CIO Aziendale, per la necessaria validazione.

È stata programmata e realizzata la formazione "Le buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle UU.OO. di Terapia Intensiva" predisposta in collaborazione con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale – Area Rischio Infettivo. Alla formazione, accreditata ECM, hanno partecipato più di 200 infermieri professionali dell'Azienda. I temi affrontati sono quelli legati alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riguardo alle principali localizzazione di IO (infezioni delle vie urinarie, polmoniti ospedaliere, infezioni ferita chirurgica, infezioni correlate all'impiego di dispositivi intravascolari). L'iniziativa è stata complementare al corso formativo LASER, per la trasversalità degli argomenti trattati.

Prevenzione e controllo della legionellosi in ospedale

Sono proseguite le attività di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione e controllo della legionellosi in ambito nosocomiale attraverso:

- la diffusione di apposite linee guida, protocolli di comportamento, raccomandazioni;
- la pianificazione e coordinamento delle indagini microbiologiche effettuate sulla rete idrica aziendale con particolare riguardo a: CTMO ed Ematologia, Torri Medicine, Ala A e Ala B;
- la pianificazione e coordinamento degli interventi di disinfezione dell'acqua attraverso le metodiche di iperclorazione, shock termico ripetuto, biossido di cloro in piena sintonia con il Servizio Attività Tecniche e Logistiche aziendale;
- avvio di un sistema di sorveglianza e controllo di tutte le polmoniti ospedaliere e comunitarie, con diagnosi differenziale di legionella (attraverso la ricerca dell'antigene urinario della legionella e degli anticorpi specifici) per determinare il tasso di incidenza di quelle sostenute da legionella spp.

Antisepsi e disinfezione in ospedale

In collaborazione con il Servizio di Farmacia Ospedaliera sono stati realizzati incontri formativi, rivolti al personale infermieristico e di assistenza, per un totale di 180 professionisti circa, volti a migliorare le conoscenze e le buone pratiche del corretto impiego di antisettici e disinfettanti in ambito nosocomiale.

Sicurezza igienica nell'utilizzo delle attrezzature sanitarie

Nel corso dell'anno è proseguita l'attività di valutazione degli aspetti di sicurezza igienica legati all'utilizzo di attrezzature sanitarie (mammotone, sonda transrettale, eccetera) in ambito aziendale, attraverso la valutazione delle schede tecniche per gli aspetti di competenza igienica, relativi alle attrezzature/presidi sanitari, sia di nuova acquisizione, sia di impiego corrente. Sono stati inoltre redatti protocolli operativi specifici, al fine di fornire indicazioni precise per il trattamento e ricondizionamento di attrezzatura sanitaria.

Sicurezza igienica nell'impiego dei dispositivi medici

È stato implementato il sistema di valutazione delle schede tecniche di prodotto e delle linee guida specifiche, al fine di fornire indicazioni puntuali per il trattamento e ricondizionamento di dispositivi medici pluriuso, in relazione al rischio infettivo determinato dal criterio di impiego. Sono stati predisposti, in collaborazione con alcuni professionisti delle unità operative, protocolli/procedure specifiche. Partecipazione alle gare di acquisto per la valutazione di determinati dispositivi (aghi antinfortunistica, circuiti chiusi per terapie antiblastiche, dispositivi di protezione individuale, eccetera).

Prevenzione rischio da esposizione agli antiblastici

È stato attivato un gruppo di lavoro, con coinvolgimento di figure professionali delle varie unità operative che gestiscono farmaci antiblastici e del Servizio di Farmacia, per la revisione delle istruzioni operative rispetto ai rischi di esposizione:

- protocollo per la contaminazione ambientale accidentale,
- protocollo per la sanificazione e sanitizzazione dei locali contaminati,
- protocollo per gestione della contaminazione accidentale dei lavoratori.

Il gruppo ha aggiornato anche il protocollo per la gestione dello stravaso venoso, in corso di somministrazione di chemioterapia.

Vista la notevole diversità e tossicità dei farmaci impiegati, il protocollo ha richiesto un notevole sforzo e una grande capacità di integrazione tra tutti i professionisti partecipanti.

Igiene e sicurezza ambientale

Monitoraggio igienico ambientale delle aree ad alto rischio

Si è sviluppata l'attività di coordinamento e pianificazione delle indagini microbiologiche ed aerobiologiche delle aree ad alto rischio con il fine di migliorare gli standard di sicurezza igienico - ambientale delle aree critiche.

Controllo e verifica degli esiti del monitoraggio sono stati ulteriormente incrementati.

Sono state realizzate eventuali azioni correttive in caso di "non conformità", attraverso la valutazione dell'appropriatezza delle attività di sanificazione/sanitizzazione effettuate e la verifica dei protocolli operativi specifici attuati.

Controlli igienici

È stata svolta una puntuale attività di sorveglianza e verifica degli aspetti igienico preventivi di maggiore criticità negli ambienti assistenziali ed in particolare in quelli ad alto rischio (comparti operatori e terapie intensive). A seguito della rilevazione delle "non conformità" sono stati sviluppati interventi organizzativi e di formazione/informazione che hanno interessato il personale coinvolto finalizzati ad implementare le buone pratiche igienico-assistenziali.

Percorsi ospedalieri

Durante l'anno sono stati individuati, all'interno delle varie strutture aziendali, percorsi igienicamente corretti rispetto ai vincoli strutturali e di cantiere, per il transito e conferimento di materiale "pulito" e "sporco", con il fine di mantenere idonei standard di sicurezza igienico-ambientale.

A tal proposito sono stati ridefiniti i percorsi per: Urologia, Ala B, Ala A, Accettazione/Astanteria Pediatrica, Ematologia Degenza, CO NCH e Chirurgia Plastica, CO ORL e Maxillo-Facciale, CO Monoblocco 3° piano, Medicina Riabilitativa Pediatrica e Centro Spina Bifida, Rasori, Area Ambulatoriale Dermatologia Padiglione Cattani, Centro del Cuore.

Igiene ambientale

Prosecuzione delle attività di controllo sistematico degli aspetti igienico sanitari relativi ai servizi in appalto di:



- a. pulizia,
- b. disinfestazione/derattizzazione,
- c. lavanoleggio biancheria.

a. Appalto pulizie e verifica delle aree a gestione diretta

Nel corso dell'anno sono stati rivisti numerosi aspetti di pertinenza igienica migliorando l'appropriatezza delle attività. In particolare, sono state svolte le seguenti attività:

- Riunioni periodiche con le ditte in associazione temporanea d'impresa per le problematiche emergenti.
- Revisione e nuova stesura dei protocolli di lavoro specifici per la sanificazione ambientale di aree ad alto rischio (CO Ortopedia 3º piano Monoblocco, CO Ortopedia, CO Urologia, Endoscopia urologica, Astanteria Accettazione Pediatrica, U.O. Neonatologia TI, U.O. Urologia Ambulatorio per istillazioni vescicali).
- Stesura dei protocolli specifici per la sanificazione ambientale di aree ad alto rischio a seguito di lavori di ristrutturazione, per garantire adeguate condizioni igieniche ambientali all'inizio dell'attività sanitaria, compresi i controlli microbiologici ambientali (CO Chirurgia Pediatrica, CO Oculistica, CO Ortopedia, CO Monoblocco 3° piano, UO Ematologia e CTMO, UO Malattie Infettive ed Epatologia).
- Controllo decentrato del servizio appaltato: registrazione, valutazione e risoluzione delle problematiche evidenziate ed archiviazione delle schede inviate dai referenti delle unità operative (totale 1555); invio dei solleciti mensili per le schede mancanti (totale 691).
- Esecuzione di 529 controlli igienici nelle unità operative, con effettuazione di 39 verbali in contraddittorio per deficienze del servizio di pulizia.
- Gestione di circa 100 interventi di pulizia straordinaria.
- Eseguita riorganizzazione del servizio pulizia (orari, personale, attrezzatura, eccetera) a seguito delle chiusure e successive riaperture delle unità operative nel periodo estivo.
- Mantenimento dell'aggiornamento delle destinazioni d'uso per il Global Service Economale - nuovo appalto di pulizia.
 Nelle aree a gestione diretta (a cura del personale ausiliario ospedaliero), sono state inoltre svolte le seguenti attività:
- verifiche periodiche sulla qualità delle pulizie effettuate dal personale ausiliario;
- attivazione di pulizie straordinarie effettuate dalle imprese di pulizia, come previsto dai protocolli aziendali;
- richiesta carrello pulizie per Neonatologia.

Particolarmente impegnativa è stata l'attività di revisione dei protocolli e di adeguamento degli stessi alle realtà ambientali all'apertura di nuove strutture o ristrutturazione di aree esistenti: Galleria dell'Accoglienza, U.O. Clinica Ortopedica, U.O. Reumatologia, Servizio Assistenti Sociali, Ingegneria Clinica, Area ambulatoriale e Direzionale Clinica Dermatologica, Centro Servizi, Mammografia, Spina Bifida e Riabilitazione Pediatrica, Semeiotica, Oncologia, Medicina Interna Malattie Metaboliche e Vascolari, Medicina Interna Malattie Cardiache, Studi Chirurgia Infantile, Ambulatori Urodinamica, Accettazione Astanteria Pediatrica, CO Chirurgia Pediatrica, CO Urologia, Urologia, Endoscopia urologica, CO Oculistica, CO Ortopedia, PDA Cuore.

Per ogni Unità Operativa/Servizio è stata effettuata una prima valutazione dei locali per definire metodologie di sanificazione ambientale in base ai diversi materiali utilizzati per la costruzione/ristrutturazione edile, compreso la valutazione delle schede tecniche fornite dal Servizio Attività Tecniche e Logistiche. Sono stati condotti sopralluoghi in collaborazione con il responsabile della sicurezza della ditta delle pulizie per individuare eventuali problematiche dei nuovi locali.

È stata definita l'organizzazione delle pulizie straordinarie in base all'attività di cantiere edile, alla consegna di arredi ed attrezzature sanitarie, all'allestimento dei Reparti/Servizi/Direzionali ed all'apertura al pubblico. Inoltre, è stata garantita la verifica delle pulizie straordinarie all'inizio, durante e prima dell'occupazione dei locali.

Infine, sono state eseguite le seguenti attività:

- definizione delle destinazioni d'uso dei locali ed organizzazione del servizio di pulizia rispetto a quanto previsto dal vigente Capitolato d'Appalto, con conseguente apertura dei ma:
- allestimento di accessori porta carta igienica, porta carta asciuga mani e porta sapone in ogni locale, in base a quanto previsto dal Capitolato d'Appalto in vigore;
- chiusura dei mq dei locali inutilizzati, dopo il trasferimento dell'Unità Operativa/Servizio;
- preparazione materiale specifico per il controllo delle attività di pulizia: codice colore e protocolli per pulizie settimanali

b. Appalto disinfestazione, derattizzazione e disinfezione ambientale

Nel corso dell'anno importanti sono stati gli interventi realizzati che hanno riguardato complessivamente tutti gli aspetti igienici delle attività.

In particolare sono state svolte le seguenti azioni:

- stesura del calendario annuale degli interventi programmati in collaborazione con la ditta appaltatrice;
- controllo dell'esecuzione degli interventi programmati;
- registrazione ed archiviazione dei verbali degli interventi eseguiti dalla ditta appaltatrice;
- verifica delle relazioni post intervento eseguite dalla Ditta appaltatrice DDD;
- individuazione eventuali problemi, segnalazione e richiesta d'intervento ai vari Servizi competenti;
- sopralluoghi con il Servizio Attività Tecniche nelle aree in cui si necessita l'esecuzione di interventi di bonifica strutturale:
- gestione delle segnalazioni pervenute dalle unità operative, organizzando gli interventi necessari di bonifica;
- sopralluoghi mirati nelle varie zone d'intervento (sottotetti, seminterrati, aree verdi, eccetera);
- gestione delle variazioni delle aree d'intervento previste dal vigente Capitolato a seguito della chiusura dei Padiglioni per ristrutturazione o per trasloco delle UU.OO./Servizi;
- incontri con i referenti della ditta appaltatrice per valutare le problematiche emergenti con cadenza almeno mensile;
- monitoraggio della presenza della colonia felina e dei piccioni sul territorio aziendale, per il contenimento delle problematiche igieniche correlate, tra cui infestazioni di pulci e zecche, degrado ambientale, eccetera.

Particolare attenzione è stata posta nella "Lotta alla zanzara tigre". La "lotta alla zanzara tigre" si è svolta all'interno del territorio aziendale, in completa sintonia con le lineeguida contenute nel programma di prevenzione e conte-



nimento delle infestazioni, promosso dalla Regione Emilia-Romagna. Più specificatamente, si è provveduto, d'intesa con l'Azienda municipalizzata e con le strutture dell'AUSL ad organizzare/controllare l'esecuzione degli interventi anti-larvali, a cadenza quindicinale, di tutti i pozzetti fognari esterni la realizzazione dei previsti interventi adulticidi.

Sono state inoltre fornite precise le indicazioni per la corretta gestione delle aree verdi e sulle misure comportamentali preventive d'adottare. Sono state infine effettuate disinfestazioni mirate in alcune aree aziendali.

c. Lavanoleggio biancheria

Nel settore in questione, le iniziative hanno riguardato:

- il controllo degli aspetti igienico-sanitari del servizio a gestione appaltata, al fine di contenere il rischio infettivo correlato alla consegna di biancheria, effetti letterecci, divise "non conformi";
- la verifica della corretta applicazione delle indicazioni/disposizioni igieniche inserite nel capitolato d'appalto;
- la segnalazione scritta delle "non conformità" in merito alla qualità della fornitura, agli eventuali disservizi nella consegna e ritiro, eccetera.

Sono stati, inoltre, messi in campo interventi di monitoraggio dell'inquinamento indoor determinato dalle divise e dalla teleria verde delle aree critiche che hanno condotto a specifiche contestazioni alla ditta fornitrice e ad azioni di miglioramento della situazione ambientale.

Partecipazione ai gruppi regionali

Nel corso del 2007, si è attivamente partecipato ai seguenti gruppi regionali:

- Comitato Infezioni Ospedaliere Regionale (CIO Regionale)
- Gruppo di Lavoro sui Rifiuti Ospedalieri
- Gruppo Gestione Ambientale, incaricato di attuare il progetto di miglioramento continuo del processo di gestione ambientale.

Accreditamento

A seguito dell'approvazione dell'Atto aziendale, sono state identificate in maniera puntuale, oltre alla struttura Qualità e Accreditamento responsabile dell'applicazione del sistema qualità indicato dall'accreditamento regionale, anche le necessarie esigenze di coordinamento e di standardizzazione dei processi fra diverse articolazioni aziendali di supporto. Esigenze che risultano centrali per la realizzazione del sistema qualità. È stato pertanto attuato un percorso di integrazione che ha portato alla stesura di un regolamento comune fra le diverse strutture di supporto interessate al processo di accreditamento. L'approvazione dell'Atto aziendale ha altresì ridotto il numero dei dipartimenti e ne ha modificato la composizione in termini di afferenza delle unità operative. Pertanto, si è reso necessario identificare un piano delle attività, finalizzato all'accreditamento per i restanti dipartimenti dell'Azienda e all'integrazione di nuove unità operative nei dipartimenti già accreditati con revisione della documentazione.

In concreto lo sviluppo del piano ha comportato un'attività di supporto e collaborazione con i dipartimenti per lo sviluppo delle fasi previste attraverso incontri con il personale e la

revisione della documentazione prodotta. È stato inoltre progettato e inserito nel Piano Formativo Aziendale un percorso per la diffusione della cultura della qualità e la conoscenza e utilizzo degli strumenti. A tale scopo sono state realizzate due edizioni del corso introduttivo sull'accreditamento, sei edizioni del corso sulle procedure, undici edizioni del corso sulla definizione dello standard di prodotto e dieci edizioni del corso sulla modalità di monitoraggio dei processi, indicatori. I corsi sono stati rivolti a tutto il personale della dirigenza e del comparto. Il risultato raggiunto è evidente nella redazione delle procedure, istruzioni operative, bozze di manuali e altra documentazione del sistema qualità dei dipartimenti.

Il piano delle attività è stato presentato al Collegio di Direzione, e successivamente condiviso con i Direttori di unità operativa e con il personale del comparto.

Le visite di accreditamento programmate per il 2008, nello specifico per i dipartimenti Medico Polispecialistico 2 e Testa-Collo, sono state rinviate al 2009 dalla programmazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Dipartimenti accreditati:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Neuroscienze
- Dipartimento Cuore.

"Ospedale senza dolore"

Nel corso del 2007 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 della gestione del dolore sulle seguenti aree di intervento:

- Area chirurgica (dolore post-operatorio),
- Area oncologica,
- Area medica (dolore cronico),
- Area pediatrica.

Il Comitato Ospedale senza dolore è strutturato in modo da garantire la presenza dei professionisti delle specialità necessarie all'implementazione delle linee guida e al monitoraggio del sintomo dolore nelle aree di intervento sopradescritte.

Il COSD ha coinvolto i professionisti a lavorare in sottogruppi per il conseguimento degli obiettivi di area prefissati.

Una ulteriore area specifica di intervento è stata dedicata alle iniziative di formazione/informazione sia interne all'Azienda, che aperte ai cittadini, al mondo del Volontariato e ai Medici di medicina generale. Come per gli anni precedenti gli obiettivi specifici sono stati inseriti nel budget 2007 e tendenziale 2008 dei Dipartimenti. In occasione della VI Giornata del Sollievo del 2007, che si è svolta nei giorni 29 e 30 maggio, è stata effettuata un'indagine di prevalenza su tutta l'Azienda (esclusi i pazienti con età inferiore ai 6 anni e quelli ricoverati nelle Rianimazionie e nei Reparti di Malattie infettive).

Tale indagine è stata condotta grazie al contributo fattivo del Comitato Consultivo Misto.



Area di intervento	Campione	% risposte	% rifiuti	
Area Medica - Oncologica	679	53	4	
Area Chirurgica	337	58	5	
Area Pediatrica	48	75	4	
Totale	1064	56	5	

L'indagine ha permesso di capire che nell'area medica-oncologica il sintomo dolore è difficilmente monitorabile mediante interviste dedicate, in quanto la percentuale di pazienti definiti dai sanitari "non collaboranti" è effettivamente molto alta (42%). Nell'area chirurgica il fenomeno è, invece, maggiormente correlato alle specifiche prestazioni (intervento chirurgico, accertamenti diagnostici in corso, eccetera).

L'intervento di verifica della percezione da parte dei pazienti è stato, come nelle esperienze precedenti accolto molto favorevolmente sia dai pazienti (5% dei rifiuti) che dai volontari del Comitato Consultivo Misto. Durante tale giornata i cittadini hanno potuto, tramite il Numero Verde Regionale unico, accedere a incontri con i professionisti dell'Azienda per chiarire dubbi e risolvere problemi inerenti la terapia del dolore.

Nel corso dell'anno i Dipartimenti hanno quindi lavorato sulla terapia del dolore con obiettivi differenziati per le varie aree di intervento. Inoltre, visto che uno dei temi ritenuti prioritari, nell'ambito della terapia del dolore cronico, è stato il coinvolgimento dei MMG al fine di garantire un approccio integrato tra i professionisti, il COSD ha organizzato uno specifico corso che si è svolto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma dal titolo: "Terapia del Dolore cronico: continuità ospedale-territorio. Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale".

Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa rientra tra i principali obiettivi aziendali di una organizzazione grande, complessa e in continua evoluzione come il servizio sanitario nazionale, in cui ricerca e formazione costituiscono fattori essenziali per assicurare nel tempo il necessario livello di qualità e la costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nel contesto clinico-assistenziale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è la sede naturale per lo sviluppo di tali fattori e costituisce, sotto tale profilo, un punto di riferimento e di diffusione per l'intero sistema regionale. La funzione di ricerca e di promozione dell'innovazione, in particolare, rappresenta un elemento centrale ed unico in quanto solo il S.S.R. è in grado di sviluppare quella ricerca mirata a definire le condizioni di effettiva appropriatezza di uso delle tecnologie e a portare a completa maturazione le informazioni necessarie a cogliere e misurare implicazioni organizzative e gestionali dell'introduzione di nuove conoscenze, dell'abbandono di quelle obsolete, eccetera. In tale contesto, il concetto stesso di "innovazione" assume quindi non più soltanto il significato di "ciò che è nuovo", ma di ciò che - indipendentemente dalla sua "età cronologica" - innova in quanto capace

di favorire processi portatori di un più favorevole profilo "beneficio-rischio". La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa diviene quindi principio fondamentale ispiratore del sistema e dell'azienda e implica lo sviluppo di particolari forme di collaborazione con l'Università per il suo peculiare ruolo istituzionale.

Reti hub and spoke

Malattie emorragiche congenite

Il Centro hub ha raggiunto gli obiettivi previsti dal documento di Pianificazione Triennale 2006-2008 della Rete delle Malattie Emorragiche Congenite previsti per il 2006 e il 2007.

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 con un unico database che consente un vero e proprio collegamento in rete dei centri, che non richiede installazioni, ma solo l'uso di un browser internet (explorer) e permette ai medici di accedere da qualsiasi computer, dentro e fuori dagli ospedali, a tutti i dati dei pazienti che afferiscono al proprio centro.

Inoltre 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.

Da ottobre a dicembre 2006 la nuova cartella "xl'Emofilia" è stata attivata in tutti gli 8 Centri della Regione, con il supporto dei medici del centro hub ed a seguito di un corso di formazione mirato. Nel corso del 2007 si è svolta la sperimentazione del nuovo applicativo, che è stato positivamente accolto dai colleghi per la migliore flessibilità, per il taglio 'clinico' che ne permette l'uso durante le visite ambulatoriali anche dagli specialisti collaboranti, inoltre fornisce stampe da inserire in cartella e percorsi guidati per varie evenienze. 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. Data l'implementazione del sistema informativo per le malattie rare della Regione, è stata avviata una collaborazione tecnica al fine di rendere compatibili i due sistemi, consentendo il trasferimento dei dati anagrafici dei pazienti affetti da malattia emorragiche congenite dal Registro Malattie Rare direttamente alla cartella. Sono stati elaborati anche altri profili di accesso (consulenti, biologo molecolare, infermieri e pazienti): ciascuno è abilitato a vedere e a scrivere nelle parti di competenza. Ovviamente sono state rispettate tutte le normative vigenti inerenti la sicurezza dei dati (il database è localizzato in un server dedicato 'superprotetto' presso la nostra Azienda) e la legge sulla privacy; ogni dato è tracciato



nel database e in chiaro nelle varie pagine della cartella (con nome cognome e data di chi ha inserito i dati).

Nell'ottobre 2007 è stato realizzato un corso di formazione all'utilizzo del software per le infermiere dei centri della regione per permettere loro di poter partecipare attivamente anche alla gestione informatica delle attività del centro e migliorare la interattività tra medici, infermieri e pazienti.

La caratteristica più innovativa di 'xl'Emofilia' è tuttavia il fatto che i pazienti possono direttamente accedere ad una parte limitata della loro cartella per inserire dati inerenti le emorragie occorse a domicilio e i trattamenti eseguiti. Il sistema permette anche di accedere ai dati più significativi (lista dei problemi) qualora il paziente si trovi in difficoltà da qualsiasi postazione di computer (ad esempio in un pronto soccorso o dal proprio medico curante) in Italia e nel mondo intero. Sempre con questo sistema il paziente può recarsi in consulenza presso un altro centro regionale o uno specialista (abilitato) ed autorizzare con la chiavetta l'accesso alla propria cartella per l'inserimento dei referti. Al marzo 2007 un gruppo pilota di 20 pazienti di Parma ha iniziato ad usare questo sistema dopo un corso di addestramento, con ottimi risultati. È stato previsto di istruire ed abilitare gradualmente tutti i 700 pazienti della regione nel biennio 2007-08. A tale scopo sono stati sviluppati manuali d'uso per profilo d'utente, disponibili come CD ed help in linea.

Registro Regionale delle Malattie Emorragiche Congenite: la struttura del Registro, dopo la revisione della struttura del database della cartella clinica, 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 Ospedaliero-Universitaria di Parma 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. Nel 2007 è stata sviluppata una versione in lingua inglese. I dati sono stati aggiornati semestralmente, consentendo anche il puntuale monitoraggio dell'attività dei centri rispettando i tempi del documento di programmazione triennale.

Attività di laboratorio: è proseguito il coordinamento delle attività di controllo di qualità per garantire l'omogeneità diagnostica in ambito regionale, iniziata nel 2004, con il controllo di qualità dei Laboratori di Emostasi dei Centri della Regione in particolare per i test di Il livello (fattore VIII, fattore IX, fattore von Willebrand) necessari per la corretta diagnosi, il monitoraggio della terapia sostitutiva e della gestione degli interventi chirurgici. Inoltre il laboratorio di biologia molecolare ha proseguito l'attività di diagnostica di mutazione genetica dei pazienti affetti da Emofilia A, delle portatrici e diagnosi prenatale raggiungendo il 90% di mutazioni identificate ed ha iniziato l'implementazione della diagnostica molecolare del difetto di FVII.

Formazione e ricerca: a maggio 2007 si è svolta a Parma la XX° Conferenza Europea sull'Emofilia in cui sono stati presentati il Registro per le Malattie Emorragiche Congenite, la nuova cartella informatizzata ed il modello assistenziale della Regione Emilia-Romagna che hanno riscosso un interesse notevole e un vasto apprezzamento da parte dei colleghi responsabili dei maggiori centri emofilia europei. Inoltre un articolo con una dettagliata descrizione del Registro è stato pubblicato sulla principale rivista internazionale del settore (Haemophilia). Il centro di Parma continua a partecipare ai

principali studi nazionali ed internazionali e coordina due studi nazionali sul tema della profilassi nell'emofilia. I risultati di tutta questa attività scientifica sono stati presentati a congressi nazionali ed internazionali. Alcuni sono stati pubblicati su riviste internazionali e altri sono in corso di pubblicazione.

Fibrosi cistica

Per quanto riguarda la realizzazione del modello hub and spoke, il centro hub ha tenuto incontri con i responsabili dei centri spoke indicati dalla Regione durante i quali è stato presentato e illustrato il progetto nelle sue linee generali ed è stato consegnato un questionario di richieste specifiche sui requisiti minimi a cui ogni spoke deve rispondere per avere una base condivisibile; inoltre è stata presentata una proposta di programma per la formazione del personale medico e sanitario dei centri spoke. È attualmente in previsione l'inserimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena fra gli spoke. Nella prospettiva di facilitare il futuro processo di transizione dei pazienti adulti a strutture aziendali dedicate, per la gestione assistenziale di tali pazienti sia ambulatoriali che ricoverati, in sintonia con le disposizioni regionali previste per i pazienti con FC, l'organico del centro hub è stato integrato con personale medico specialista in malattie dell'apparato respiratorio. A livello aziendale, inoltre, sono stati attivati percorsi interdipartimentali agevolati con:

- I'U.O. di Malattie Infettive ed Epatologia;
- la dermatologia pediatrica;
- il Centro osteoporosi
- la Clinica Otorinolaringoiatria, presso la quale è presente un medico dedicato.

Il progetto nazionale assistenziale di "telemetria" destinato ai pazienti adulti affetti da FC, che prevede il monitoraggio domiciliare di spirometria e pulsossimetria, è in fase di realizzazione. Il nostro Centro ha collaborato arruolando 42 pazienti dei 400 destinati allo studio, che terminerà tra 12 mesi.

Per quanto riguarda la ricerca è stato completato lo studio "sulla percezione della qualità del Servizio" ed iniziato lo studio sulla "Depressione nei pazienti FC e nei loro familiari". Sono stati pubblicati 2 articoli ("Relationship of the IGF system, IL-6 and TFN-alfa with growth in prepuberal children with cystic fibrosis (CF)" e "Inflamation is a modulator of the Insulin-like growth factor (IGF)/IGF-binding protein system inducing reduced bioactivity of IGFs in cystic fibrosis").

È in corso di pubblicazione un terzo articolo ("IGF system and cytokine interactions and relationships with longitudinal growth in Prepubertal Patients with Cystic Fibrosis") ed è in fase di realizzazione lo studio nazionale sulla eradicazione della prima infezione da Pseudomonas aeruginosa nei pazienti FC.

Programma Stroke Care

Con l'introduzione nel 2000 del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) aziendale per il paziente colpito da ictus ischemico si è realizzata una gestione dello stroke organizzata, standardizzata e verificabile, in particolare per quel che riguarda il "setting", il "team" e gli "strumenti". Gli interventi ed i risultati conseguiti nell'ambito del Programma Stroke Care, in accordo con le direttive regionali del Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma Stroke Care (D.G.R. 1720/2007), vengono sintetizzati nei seguenti punti:



Documento PDT - ictus cerebrale ischemico

Nel giugno 2007 è stata prodotta la settima versione del documento con aggiornamento dei componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare, introduzione di ulteriori nuovi obiettivi e indicatori, in particolare per quel che riguarda la procedura della trombolisi, e inserimento del foglio informativo n. 7 (Percorso trombolisi nell'ictus ischemico).

Programma di archiviazione dati informatizzato

Il programma informatizzato per la raccolta dati, già operativo dal 2003, è stato ampliato con l'introduzione di ulteriori dati e migliorato nel software. È stato inoltre previsto l'accesso da parte dei presidi ospedalieri dell'AUSL coinvolti nella rete stroke, nell'ambito del costituendo Percorso Integrato Interaziendale, al fine di poter realizzare un data base (stroke registry) provinciale.

Verifica del grado di implementazione e di efficacia del PDT ictus

L'attività svolta nell'anno 2007 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Ictus è stata valutata attraverso una serie di indicatori di processo e di outcome predefiniti riportati nella seguente tabella 5. Da questi dati emerge un complessivo miglioramento dei risultati raggiunti nel 2007 rispetto agli anni precedenti.

Attività ambulatoriale

Nel corso del 2007 l'attività ambulatoriale per le malattie cerebrovascolari è stata allargata a tutte e tre le unità operative di riferimento del PDT ictus. Attualmente sono attivi tre ambulatori, rispettivamente presso le unità operative di Neurologia, Clinica Geriatrica e di Medicina ad Indirizzo Angiologico Coagulativo, secondo protocolli di valutazione e selezione comuni pur nel rispetto delle specifiche competenze. Gli ambulatori svolgono 2 funzioni fondamentali:

- follow-up dei pazienti colpiti da ictus, ricoverati e arruolati nel PDT, con visite programmate ad 1 - 6 - 12 mesi ed oltre con finalità specifica di continuità terapeutica e di prevenzione secondaria (Programma Stroke Care);
- inquadramento diagnostico e attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria per tutti i pazienti, non arruolati nel PDT, afferenti agli ambulatori dal territorio.

Case Manager Ospedaliero

Come previsto dal Programma Stroke Care della regione (D.G.R. 1720/2007) è stata individuata la figura del Case Manager Ospedaliero nella professionalità infermieristica con un

ruolo centrale nella fase di ricovero ospedaliero a garanzia del processo di continuità assistenziale con il territorio nell'ambito della rete stroke. Del Case Manager Ospedaliero sono stati definiti: obiettivi, competenze generali, set operativo (set 1: fase acuta; set 2: fase post acuta; set 3: fase pre-dimissione e dimissione), ruolo all'interno del set. Sono state inoltre identificate le risorse professionali e le dotazioni necessarie.

Percorso Integrato Interaziendale tra AOU e AUSL di Parma

Il processo di integrazione con l'Azienda territoriale è in via di realizzazione e riguarda la fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.

Fase pre-ospedaliera - D'accordo con l'AUSL sono in via di definizione programmi di educazione della popolazione e di formazione dei Medici di medicina generale e dei Medici di CA finalizzati al riconoscimento precoce dei sintomi ed all'importanza di un tempestivo allertamento della Centrale Operativa 118 per un trasporto rapido verso i presidi ospedalieri organizzati secondo un modello stroke care. Gli aspetti operativi del 118 sono stati definiti nei dettagli nel Percorso Trombolisi.

Fase ospedaliera acuta - Attualmente nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e nei presidi ospedalieri dell'AUSL la gestione del paziente con ictus viene attuata secondo percorsi aziendali sostanzialmente sovrapponibili ed in linea con il modello stroke care. La prevista condivisione di un archivio informatizzato comune a carattere provinciale potrà fornire un ulteriore supporto ad uniformare le procedure di gestione della fase acuta.

Fase ospedaliera riabilitativa - Per ogni paziente, a partire dalla fase acuta, è prevista la valutazione dei bisogni assistenziali e la costruzione di un progetto riabilitativo e assistenziale personalizzato in collaborazione con le figure di riferimento territoriali al fine di una dimissione precoce, concordata e organizzata. Al Case Manager Ospedaliero spetta un ruolo fondamentale nella realizzazione del progetto assistenziale.

Percorso Trombolisi

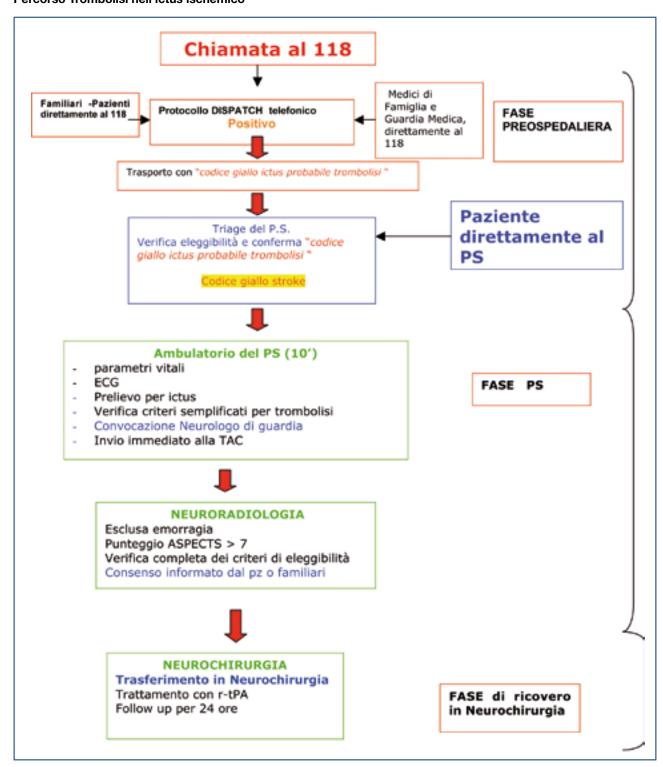
È stata completata l'implementazione del Percorso Trombolisi che vede coinvolte diverse unità operative e prevede l'attuazione della fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) in una struttura di tipo intensivo (Terapia intensiva della Neurochirurgia). Nel corso del 2008 si prevede il passaggio alla fase operativa.

Tab. 5 - Adesione agli indicatori per semestre dal 2004 a	I 2007
---	--------

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)	1° Sem. 2007 (95%IC)	2° Sem. 2007 (95%IC)
Esecuzione TAC	93%	91%	97%	92%	96%	98%	94%	100%
	(88-98)	(84-97)	(93-100)	(87-97)	(93-100)	(95-100)	(90-99)	(100-100)
Ricovero presso reparti dedicati	82%	79%	76%	85%	80%	80%	76%	81%
	(75-89)	(72-86)	(69-83)	(79-92)	(73-87)	(73-87)	(68-84)	(74-88)
Visita fisiatrica tempestiva < 48 h	75%	90%	96%	82%	82%	85%	86%	91%
	(66-84)	(79-100)	(90-100)	(70-95)	(70-95)	(73-97)	(75-97)	(83-98)
Destinazione alla dimissione	73%	76%	87%	93%	86%	94%	100%	91%
Destinazione alla dimissione	(64-82)	(58-94)	(73-100)	(79-100)	(71-100)	(84-100)	(100-100)	(80-100)
Visite di follow-up a 1 mese	74%	77%	56%	47%	28%	31%	70%	80%
	(65-83)	(67-86)	(46-66)	(37-58)	(20-37)	(22-40)	(61-79)	(72-87)



Percorso Trombolisi nell'ictus ischemico



Cardiochirurgia

La Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è individuata nel Piano Sanitario Regionale come il centro specialistico di riferimento per l'Emilia occidentale e quindi centro di afferenza per le unità operative di cardiologia di Parma, Piacenza e Reggio Emilia. La valutazione dell'indicazione all'intervento chirurgico viene effettuata settimanalmente durante incontri interaziendali. I candidati vengono inseriti nella lista operatoria sulla base di criteri legati alla gravità delle condizioni cliniche e all'urgenza della patologia. Le emer-

genze vengono valutate quotidianamente dall'équipe dei cardiochirurghi reperibili con disponibilità operatoria immediata. 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.

Vi è l'afferenza di circa il 100% dei pazienti dall'U.O. di Cardiologia di Piacenza. Da Parma e provincia vi è la totale afferenza di pazienti coronarici. Inoltre, l'AUSL di Parma si è impegnata



a cercare diminuire la quota di pazienti valvolari che, soprattutto nell'area di Fidenza-Salsomaggiore, vanno altrove.

Nel 2006 da Reggio Emilia vi è stata l'afferenza di tutti i pazienti dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova.

Nel 2007 è stato stipulato un accordo di collaborazione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia, l'Ospedale privato Salus Hospital, l'Azienda USL di Reggio Emilia. Grazie a tale accordo le aziende firmatarie hanno sviluppato un modello organizzativo basato sulla metodologia del governo clinico applicato al concetto delle reti interprovinciali. L'applicazione di tale modello intende dare più completa, tempestiva e corretta risposta al bisogno di interventistica cardiochirurgica della popolazione residente nella provincia di Reggio Emilia riducendo le liste di attesa e sfruttando a pieno le potenzialità operative dei diversi centri. Il modello si basa sulla integrazione delle professionalità della nostra Azienda e del Salus Hospital coinvolte nella gestione del malato cardiochirurgico, nella prospettiva di sviluppare un'unica rete dell'offerta cardiochirurgica. È in carico all'Ospedale di Parma la responsabilità tecnico organizzativa, la valutazione (ai fini della programmazione delle attività operatorie) dei pazienti residenti in provincia di Reggio Emilia, nonché l'organizzazione e validazione dei programmi di attività. Inoltre, viene garantita la presenza costante di un operatore cardiochirurgo esperto del team aziendale presso la struttura del Salus Hospital. L'attuazione dell'accordo in una prima fase ha previsto una gradualità degli interventi al fine di evidenziare le eventuali criticità ed eventuali percorsi di miglioramento. Nel 2007 sono stati effettuati presso il centro Salus Hospital 45 interventi. Durante tale fase di sperimentazione si è resa necessaria una messa a punto delle modalità di valutazione nell'ambito della rete cardiologica-cardiochirurgica reggiana e sono state affrontate alcune problematiche legate alla presenza di operatori cardiochirurghi dell'Azienda presso la struttura del Salus Hospital.

Tipologia degli interventi

Gli interventi di rivascolarizzazione miocardica isolata (344) rappresentano il 41,6% del totale; il 25,1% del totale, cioè 207 sono interventi di chirurgia valvolare isolata ed il 10,3%, ossia 85 interventi, sono di chirurgia valvolare associata a bypass. L' 8,5% del totale degli interventi ha riguardato l'aorta, è aumentato il numero di interventi diversi.

Tab. 6 - Distribuzione degli interventi

Intervento	2005	2006	2007	Variazione 2007 vs 2006		
Bypass isolato	335	331	344	+3,9%		
Valvole isolate	195	176	207	+17.6%		
Valvole+Bypass	119	118	85	-28%		
Interventi Aorta associati e combinati	18	54	70	+29,6%		
Altri interventi cardiochirurgici	62	32	120	+275%		
Totale	729	711	826	+16.2%		

Sistemi Integrati di Assistenza ai Pazienti Traumatizzati

La D.G.R. 1267 del 22 luglio 2002 assegna all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma la funzione hub per i traumi maggiori, i grandi ustionati e le patologie neurochirurgiche, di attinenza del Dipartimento Emergenza-Urgenza.

Assetto strutturale e organizzativo.

L'Atto aziendale ha istituito il Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU). Il DEU esercita un ruolo centrale nella funzione hub per le patologie sopra indicate in quanto punto di riferimento per gli spoke e per l'espletamento di gran parte del relativo percorso assistenziale. Inoltre nel maggio 2007 è stata attivata una U.O. complessa di Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico che ha assunto la funzione di riferimento per la patologia traumatica cranio-encefalica e vertebro-midollare, con un importante investimento di risorse.

Sotto il profilo strettamente organizzativo la funzione hub nei confronti dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e del presidio ospedaliero di Piacenza per quanto attiene la patologia di interesse neurochirurgico, che rappresenta la componente più importante nella rete dell'attività assistenziale nell'area vasta dell'Emilia occidentale, è regolata da accordi formali intercorsi tra le Aziende. In particolare con l'Azienda di Reggio Emilia, che effettua attività neurochirurgica, è in vigore una convenzione che stabilisce le modalità e le patologie in cui deve effettuarsi la funzione hub. Con l'ospedale di Piacenza sono attivi accordi per l'esercizio di una funzione di consulenza. Il grado di efficienza con cui viene esercitata la funzione hub per la patologia traumatica nei confronti degli spoke, valutato come numero di pazienti trasferiti fuori dalla rete, è riportato nella tabella 7.

Assistenza ai traumi maggiori

Il Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT) rappresenta l'elemento basilare al cui interno viene realizzato il modello hub and spoke. Il Consiglio del SIAT è l'organo operativo di governo e di controllo del percorso assistenziale dei traumi maggiori all'interno del territorio di competenza. Nel 2007 il SIAT dell'Emilia occidentale ha portato a termine l'implementazione del sistema di teleconsulto che si è conclusa con il collaudo del sistema e la consegna delle cards per firma digitale ai professionisti chiamati a rilasciare le consulenze; inoltre è stato conseguito un accordo tra Aziende in merito al percorso radiologico del paziente al fine di evitare l'inutile ripetizione di esami diagnostici.

È proseguita nel 2007 la registrazione dei pazienti nel registro traumi e sono state effettuate le esportazioni dei dati sul registro regionale. Dall'inizio del 2008 sono disponibili i primi dati relativi al 2007 pubblicati sul sito della regione (vedi sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/trauma/index.htm).

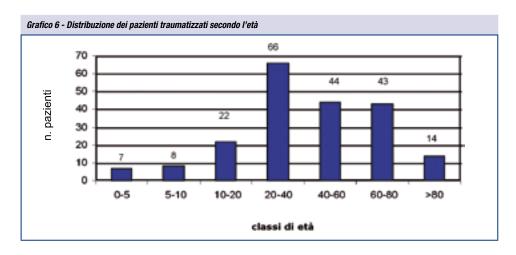
L'attività svolta nella sede di Parma e i risultati della funzione hub nei confronti degli spoke per quanto riguarda la patologia traumatica sono riportati nelle tabelle seguenti.

	2005	2006	2007
Traumi maggiori	203	213	204
Motalità %	19,7	9,8	14,7
Traumi residenti in provincia di PC	37	31	26
Traumi provenienti dall'H di PC	12	15	23
Traumi residenti in provincia di RE	12	15	20
Traumi provenienti dall'H di RE	7	8	7
Pazienti trasferiti in altre rianimazioni da PC		5	2

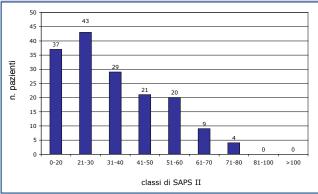


Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Dalla figura che riporta la distribuzione dei pazienti per classi di età risulta che la funzione hub è stata svolta anche per i traumi in ambito pediatrico. Infatti 37 pazienti avevano età inferiore a 20 anni e 15 inferiore a 10 anni.



Grafici 7a e 7b - Distribuzione della popolazione dei pazienti traumatizzati secondo le classi di SAPS II e mortalità percentuale per classi di SAPS II



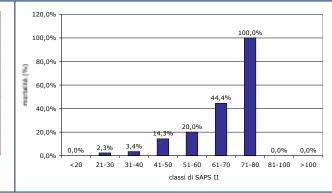
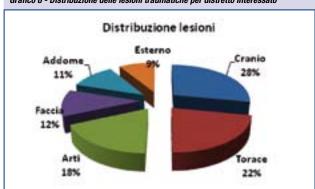
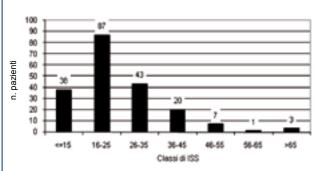


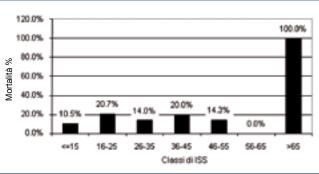
Grafico 8 - Distribuzione delle lesioni traumatiche per distretto interessato



Il centro traumi del SIAT ha ricoverato e trattato patologie traumatiche coinvolgenti tutti i distretti corporei senza esclusioni. Nel 2007 sono stati ricoverati e trattati anche due traumi cardiaci.

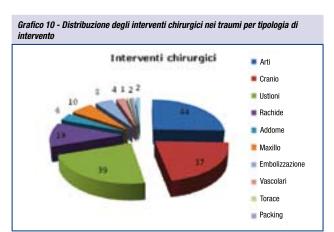
Grafici 9a e 9b - Distribuzione della popolazione di pazienti con trauma grave per classe di ISS (Injury Severity Score) e mortalità per classi di ISS







In totale, per i pazienti traumatizzati ricoverati presso la Terapia Intensiva del 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione sono stati effettuati 172 interventi la cui distribuzione per tipologia è riportata nella figura seguente.



Nell'U.O. di Neurochirurgia ad indirizzo Traumatologico sono stati effettuati, nel 2007, 57 interventi chirurgici per fratture del rachide. Altri 4 interventi sono stati effettuati presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Assistenza ai pazienti con emorragia cerebrale da patologia malformativa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria svolge la funzione hub per le emorragie cerebrali da patologia malformativa provenienti dagli spoke di Piacenza e Reggio Emilia, in particolare tale funzione riguarda in modo prevalente le emorragie subaracnoidee da aneurisma cerebrale e i sanguinamenti da malformazione artero-venosa (MAV).

L'Azienda possiede le professionalità e le tecnologie per assicurare H 24 sia l'opzione chirurgica di clippaggio dell'aneurisma o di rimozione della MAV sia l'opzione endovascolare di chiusura dei vasi mediante coils, palloncini o colle.

Le tabelle che seguono riportano i principali dati di attività relativi all'emorragia sub-aracnoidea da aneurisma cerebrale, che rappresenta di gran lunga la patologia più frequente. Il Centro di Parma ha evaso tutte le richieste provenienti dagli spoke.

Numero di ESA ricoverate in TI	65
PR	18
RE	30
PC	15
Altro in ER	0
Altro fuori regione	2

Outcomes		
	morti	%
In Terapia Intensiva	12	18
In Ospedale	14	22

Tipo di intervento	N. [valore assoluto (%)]	Sopravvivenza
Esclusione con clip	33 (51%)	90%
Eslusione con coil	25 (39%)	80%
Non operati	7 (10%)	0%

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 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. Negli scorsi anni è stato disegnato un percorso per questa tipologia di pazienti avente lo scopo di conferire gradualmente all'U.O. di Chirurgia Plastica la competenza per la gestione in autonomia anche dei pazienti con insufficienza respiratoria. Tale percorso prevede il coinvolgimento dell'U.O. 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione che attualmente si fa carico dell'assistenza nella fase acuta fino a quando il progetto di autonomizzazione del Centro Ustioni sarà portato a compimento. Il 1° servizio di Anestesia e Rianimazione riveste il ruolo di hub per i grandi traumi, dei quali l'ustione ricopre il 5° posto come frequenza e rappresenta ben il 3° come causa di morte, ustione spesso presente nei grandi politraumi della strada e del lavoro. Nel 2007 nessun paziente proveniente dalle province di Parma, Piacenza, Reggio Emilia e Modena è stato trasferito altrove. Il centro di Parma ha inoltre evaso tutte le richieste provenienti dal SIAT della Romagna, nel quadro di una integrazione delle reti ospedaliere nelle aree vaste dell'Emilia-Romagna.

I dati dell'attività di terapia intensiva per i pazienti grandi ustionati sono riportati nella tabella.

Tab. 8 - Dati relativi all'attività sui pazienti grandi ustionati - anno 2007								
N. ustionati	18							
Mortalità	33,30%							
Pazienti ventilati	72,20%							
Degenza media (gg)	19	min - max (0,5 - 45)						
Provenienti dal SIAT	7							
Provenienti dalla Regione ER	3							
Provenienti da fuori Regione	8	(di cui 3 dalla Lombardia)						

Prosegue il percorso del "Progetto Nuovo Centro Ustioni" (progetto innovativo, interdipartimentale, di interesse regionale, approvato dal Dipartimento Chirurgico e dall'Azienda nel budget 2006/2007). L'attività svolta dal Centro Ustioni ed i risultati raggiunti possono essere sintetizzati come segue:

- protocollo definitivo "Progetto per la cura dei Grandi Ustionati";
- trasferimento del Centro Ustioni nella nuova sede: Ala A 4° Piano;
- addestramento del personale sanitario all'utilizzo dell'autorespiratore;
- individuazione di un anestesista rianimatore dedicato;
- condivisione protocollo: "Attivazione Rete T.I.". Si sintetizza l'attività in svolgimento:
- acquisizione di nuove tecnologie (biomateriali, medicazioni avanzate, sostituti cutanei);
- definizione di protocolli condivisi/linee guida;
- formazione tecnico-scientifica del personale sanitario;
- adeguamento del personale sanitario;
- percorso assistenza psicologica;
- percorso assistenza riabilitativa FKT.



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Toh	000	nh	∆ttività	dall	antra

	2006	2007	Variazione %
N. ricoveri	111	134	+21%
Punti DRG	352	432	+23%
Ricoveri>2 giorni entro soglia	92	106	+15%
Ricoveri di alta specialità	109	127 (95%)	+17%
Ricoveri con trattamento chirurgico	82	97	+18%
Punto medio	3,20	3,29	+3%
Indice attrazione Intra-regionale	52 (47%)	73 (54%)	+40%

N.B. I dati riportati nella tabella sono stati rilevati dalle Tavole di Direzione

	2005	2006	2007	Variazione %
Ricoveri in rianimazione	10	10	18	+80%
Interventi in C.O. Centro Ustioni		41	343	+736,6%
Balneazioni in sedo analgesia		55	76	+38,2%
Medicazioni in narcosi		2	14	+600%
Intervallo in giorni Ricovero/I° escarectomia		4,61	2,97	-35,6%
Medicazioni esterne (post ricovero, rianimazione, altre U.O.)		50	149	+198%

N.B. I dati riportati nella tabella sono stati rilevati dai registri di U.O.

L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione

La costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nei contesti clinico-assistenziali è elemento indispensabile per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale. In attuazione delle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario 2007-2009 riguardo alla ricerca e all'innovazione nel S.S.R., l'Agenzia sanitaria e sociale regionale congiuntamente alle Direzioni Generali ed ai Collegi di Direzione delle Aziende sanitarie ed avvalendosi della collaborazione delle Università, ha costituito un Osservatorio regionale dell'Innovazione (ORI) come parte integrante del PRI-ER. Questa iniziativa ha lo scopo di consentire una precoce individuazione delle tecnologie emergenti e di valutarne le possibili implicazioni sia riguardo ad efficacia, accessibilità ed appropriatezza clinica, sia riguardo al loro atteso impatto organizzativo ed economico, inclusa l'analisi delle economie di scala e di scopo, della distribuzione sul territorio e della loro collocazione ottimale, tenendo conto delle condizioni di accessibilità geografica e delle eventuali sinergie con servizi ed attività preesistenti.

Le iniziative sono prioritariamente considerate secondo le proposte di adozione da parte delle aziende sanitarie delle cosiddette alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, che presentano alti costi di investimento e di gestione, oltre ad un elevato impatto sugli aspetti menzionati e sui profili di cura dei pazienti. L'ORI comprenderà, quindi, anche la valutazione, a livello regionale, dei piani di innovazione tecnologica ed organizzativa elaborati dalle aziende sanitarie a livello di area vasta, ai fini di una complessiva verifica del fabbisogno, delle implicazioni sul versante clinico, organizzativo, economico, oltre che delle ricadute per il Servizio Sanitario Regionale sul piano della ricerca e della formazione professionale.

Le aziende nel corso del 2007 concorrono, con le proprie Direzioni e i Collegi di Direzione aziendali alle attività dell'Osservatorio sull'Innovazione in modo da costruire un sistema regionale di horizon scanning per l'individuazione di tecnologie emergenti e la valutazione preliminare del loro impatto sul Servizio Sanitario Regionale.

I piani di innovazione tecnologica e organizzativa concernenti l'adozione di alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche utilizzeranno le valutazioni indicate, evidenziando in particolare la coerenza con la programmazione dello sviluppo dei servizi in area vasta, gli strumenti organizzativi e di monitoraggio dell'attività che assicuri la definizione corrente di appropriatezza e la fattibilità e sostenibilità economica e il livello di efficienza giudicato accettabile.

Le aziende inoltre sosterranno attivamente le iniziative di monitoraggio dell'uso di tecnologie diagnostiche o terapeutiche già operative o in fase di avvio a livello regionale, con particolare riferimento ai registri finalizzati a rilevare le indicazioni di utilizzo di specifici device (defibrillatori impiantabili, pacemaker, stent, protesi d'anca), farmaci oncologici, procedure diagnostiche di particolare rilievo (TAC multistrato per la diagnostica coronarica e PET), promuovendo la coerenza degli obiettivi di budget con i livelli assistenziali che abbiano evidenza di efficacia.

Il sistema dell'emergenza-urgenza

Nella provincia di Parma il sistema 118 è strutturato su due diversi sistemi organizzativi:

- la Centrale Operativa Parma Soccorso che fa capo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria;
- l'organizzazione del soccorso territoriale in emergenza-urgenza che fa capo alla Azienda Unità Sanitaria Locale.

La peculiarità del sistema provinciale, che, per quanto riguarda l'organizzazione del soccorso territoriale, fa perno su una rete vasta e capillare e su un forte legame con associazioni di volontariato, Pubbliche Assistenze e Croce Rossa Italiana, ha consentito di realizzare una consistente territorializzazione del servizio ed adeguati tempi di risposta accompagnati dalla necessità di rafforzare i meccanismi di coordinamento sia di tipo istituzionale (tra Aziende e volontariato) sia di tipo tecnicoorganizzativo (utilizzo delle tecnologie, disponibilità e formazione del personale, equilibrio delle risorse sul territorio).

Nel segnalare la specificità organizzativa del "sistema 118" a Parma, si intende dar conto dell'attività svolta proprio al fine di ulteriormente consolidare un sistema che coniuga l'apporto di competenze specialistiche elevate delle aziende sanitarie con la presenza attiva del volontariato, assicurando in ogni caso tempestività, certezza e qualificazione degli interventi. Nel corso dell'anno 2007 numerosi sono stati gli incontri che la Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno tenuto con gli interlocutori del sistema 118, la Centrale Operativa ed il volontariato, al fine di ridefinire l'assetto delle relazioni istituzionali, tecniche, organizzative per giungere al rinnovo delle convenzioni relative alla effettuazione del servizio di soccorso e trasporto in emergenza e dei trasporti ordinari. Gli accordi convenuti, relativi al trasporto in emergenza, costituiscono un quadro di riferimento pluriennale dei rapporti (hanno validità sino al 31.12.2011), e consentono a tutti i soggetti di programmare le proprie attività in un contesto stabile.



La nuova convenzione per il trasporto in emergenza ha mantenuto una diffusione capillare delle postazioni di emergenza (sono n. 32), con un rafforzamento, realizzato dall'AUSL, della rete del soccorso territoriale attraverso la stipula di specifici protocolli di intesa con le Associazioni di Volontariato per garantire in ogni caso la disponibilità del mezzo di soccorso per tutte le 24 ore. Nell'ottica dell'integrazione con l'Azienda territoriale sono stati organizzati incontri con i referenti dei nuclei di cure primarie dell'Azienda USL, al fine di ottimizzare le modalità di invio dei pazienti al Pronto Soccorso. È stato monitorato l'andamento delle modalità di accesso diretto di categorie predefinite di pazienti agli ambulatori di Oculistica, Dermatologia e Otorinolaringoiatria; tale modalità di accesso ha determinato, fin dall'inizio dell'implementazione dei relativi percorsi, una netta riduzione delle percentuali di codici bianchi in PS. È stata ulteriormente implementata l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI), che ha permesso di contenere e progressivamente ridurre le percentuali di ricovero. Si è cercato di contenere il numero dei ricoveri da Pronto Soccorso verso gli Ospedali privati accreditati della Provincia attraverso un quotidiano monitoraggio degli invii da PS. Sono stati, inoltre, coinvolti i Direttori di Dipartimento, i Direttori di unità operativa e la Direzione Sanitaria per concordare e ottimizzare le modalità di ricovero, anche tenendo conto delle pertinenze cliniche specialistiche delle singole unità operative. Inoltre, l'Azienda partecipa al Gruppo Regionale per l'Emergenza-Urgenza. Nel 2007 gli accessi al PS sono stati 80.382, che possono essere così suddivisi in ragione del codice di priorità: 3,16% rosso, 23,85% giallo, 66,99% verde, 6,00% bianco.

I ricoveri da PS sono stati 15.703, sono state attivate 2.334 OBI, pari al 3% degli accessi totali. L'esito "ricovero" per le OBI attivate ha riguardato il 14,91% dei casi (quindi dimessi il 85,09%), il tempo medio di osservazione è stato di 16 ore.

Inoltre, è previsto un ulteriore miglioramento dell'organizzazione nel complesso grazie al riflesso del collegamento e della collaborazione dei medici di famiglia con il servizio 118. Il progetto sancisce anche la pari dignità tra medici di continuità assistenziale (guardia medica) e medici di medicina generale, entrambi impegnati nel perseguimento dell'obiettivo di presa in carico del paziente per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Il progetto prevede la partecipazione dei medici di guardia medica alla continuità terapeutica, in modo particolare per i pazienti in assistenza domiciliare o ospiti delle casa protette convenzionate. Il medico di famiglia potrà segnalare al collega della continuità assistenziale quali sono i pazienti che hanno necessità di essere sorvegliati anche quando il medico non presta la propria attività. Il ruolo dei professionisti della guardia medica è riconosciuto nel sistema dell'emergenza-urgenza con un'integrazione reciproca: il medico di guardia medica potrà intervenire in situazioni di emergenza su attivazione da parte della Centrale operativa del 118 e, viceversa, il medico di guardia medica potrà attivare direttamente il sistema 118 in caso di necessità.

La rete cardiologica

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 individua l'area della cardiologia/cardiochirurgia fra quelle nelle quali attuare in concreto il modello di organizzazione hub and spoke.

Il Piano Attuativo Locale (PAL) 2005-2007 ha affrontato con un apposito documento l'area della cardiologia e cardiochirurgia ed ha definito obiettivi di carattere assistenziale e di carattere organizzativo della rete cardiologica provinciale, con l'apporto di tutti i soggetti che ne fanno parte.

Il Comitato cardiologico provinciale, composto da professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL ha individuato le fasi operative necessarie a realizzare gli obiettivi contenuti nel PAL e si riunisce regolarmente per verificarne lo stato di realizzazione. In particolare, in attuazione del PAL 2005-2007, gli ambiti di lavoro del Comitato nel 2007 hanno riguardato l'area della prevenzione e l'area del trattamento delle sindromi coronariche acute.

Prevenzione primaria

La prevenzione delle malattie cardiovascolari rappresenta uno degli ambiti prioritari di intervento del Piano Regionale della Prevenzione da realizzarsi a livello distrettuale, sia con riferimento alla diffusione della carta del rischio che alla prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici. L'Azienda USL ha definito in collaborazione con l'Unità Operativa di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare della Fondazione Don Gnocchi-Onlus di Parma/Dipartimento di Scienze Cliniche dell'Università degli studi di Parma un progetto di prevenzione primaria di ambito provinciale nel quale sono stati individuati protocolli diagnostici di secondo livello per la presa in carico dei pazienti individuati dai medici di medicina generale attraverso l'utilizzo delle carte del rischio nel corso della ordinaria attività ambulatoriale

È stato condiviso il progetto di prevenzione di rischio cardiovascolare all'interno della commissione cardiologia provinciale. Eseguita la presentazione del progetto che coinvolge la Fondazione Don Gnocchi ed ottenuto un sostanziale consenso. Dopo una serie di incontri, con i 51 MMG aderenti, realizzati in sede distrettuale, l'attività di somministrazione della carta è iniziata nella seconda metà di febbraio e si è conclusa regolarmente il 30 giugno u.s.. Si sono inoltre concluse a giugno le iniziative di formazione sul campo supportato dalla documentazione prodotta a livello regionale e coordinata dai tutor individuati a livello aziendale. Il 2007 ha visto al realizzazione di due incontri con la popolazione di Parma (quartiere Parma Centro) e Sorbolo aventi per tema il Diabete e le Malattie Cardiovascolari.

Il trattamento delle sindromi coronariche acute

Il Comitato cardiologico di coordinamento della rete ha definito uno specifico "Progetto per il trattamento delle sindromi coronariche in rete nella provincia di Parma attraverso la telecardiologia (Progetto IMA)" per migliorare l'accesso alla rete in situazioni di emergenza, razionalizzando il percorso del paziente affetto da sindrome coronarica acuta. Obiettivo del progetto è quello di favorire la gestione coordinata e razionale delle risorse disponibili per gli interventi di emergenza car-



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

diologica, aumentare il livello di assistenza nel luogo di primo intervento, migliorare l'appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici, favorire il trasporto assistito della persona soccorsa e la scelta della destinazione ospedaliera più adatta alle condizioni cliniche del paziente.

Gli interventi messi in atto hanno riguardato:

- l'utilizzo di automediche dotate di defibrillatori e collegamenti telematici con trasmissione dei dati e dell'ECG al sistema di emergenza-urgenza e alle unità terapia intensiva coronarica (UTIC) dell'Ospedale di Parma;
- l'elaborazione di percorsi e protocolli operativi riguardanti i rapporti tra il reparto di Cardiologia di Parma, sede delle procedure interventistiche, e gli Ospedali di Fidenza e Borgotaro;
- la formazione del personale medico, infermieristico e volontario che presta servizio in emergenza-urgenza 118 sull'auto medica e il personale in servizio presso il Pronto Soccorso e le UTIC di Parma e di Fidenza; promozione di una campagna di comunicazione tramite organi di informazione in merito alle opzioni terapeutiche e ai percorsi da attivare in caso di dolore toracico di sospetta origine coronarica.

Nel 2007 è stato acquisito e installato sulle auto mediche il sistema di teletrasmissione dell'ECG da assegnare all'U.O. di Cardiologia ed alle ambulanze con un investimento di oltre 150.000 € delle due Aziende sanitarie.

L'acquisizione del sistema di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma che permette la diagnosi di infarto miocardico a domicilio per i pazienti che chiamano il 118. Tale sistema permette di ridurre i tempi di convocazione dell'équipe in pronta disponibilità e consente di attivare il percorso dedicato che prevede l'accesso diretto in sala di Emodinamica.

Per quanto attiene il miglioramento dei percorsi intra-ospedalieri, sono state intraprese dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma le seguenti azioni:

- aggiornamento del percorso diagnostico terapeutico del dolore toracico di sospetta origine coronarica sulla base delle nuove acquisizioni scientifiche (superiorità dell'angioplastica primaria rispetto alla trombolisi) e sulla base delle nuove disponibilità tecnico-logistiche (due sale di emodinamica, vicinanza della Cardiologia al Pronto Soccorso);
- implementazione di un turno infermieristico aggiuntivo in Unità Coronarica che ha permesso l'arrivo diretto in sala di Emodinamica per i pazienti che accedono all'Ospedale di Parma già con diagnosi di infarto miocardico. La definizione di questo percorso dedicato consente la riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per i pazienti che vi arrivano con sospetto diagnostico di infarto miocardico.

Diagnostica ed interventistica in cardiologia

Con la sistemazione e il raggruppamento di tutti i reparti e le unità operative coinvolti nella diagnosi e nella cura delle malattie cardiache in un'unica struttura specialistica si realizza il Centro del Cuore. Esso ha il compito di massimizzare la funzionalità clinica sotto il profilo logistico, di facilitare gli scambi di informazioni tra il personale sanitario e di ridurre drasticamente i tempi delle liste d'attesa. Al suo interno, il Centro del Cuore dispone di un reparto interventistico completo di

laboratori di emodinamica ed elettrofisiologia, e dotato di tecnologie di ultima generazione. L'installazione di sistemi digitali diretti dedicati ad applicazioni cardiache e coronariche e di un sistema dedicato ad applicazioni cardiovascolari, cerebrali e angiografiche periferiche permettono di trattare tutte le patologie a livello cardiaco e vascolare in ogni distretto corporeo, sia nei pazienti adulti che nei bambini. L'offerta diagnostica strumentale è inoltre completata da tre ambulatori di ecocardiografia dotati di ecocardiografi di ultima generazione che garantiscono l'esecuzione di ogni tipologia di indagine ecocardiografica di eccellenza (transtoracica, transesofagea, eccetera), TAC multislice a 64 strati che permette indagini cardiache di elevatissimo livello, tomografo a risonanza magnetica da 1,5 T e un tomografo a risonanza magnetica 3 T (attualmente in fase di installazione) completi di sistemi hardware e software utili ad una avanzata diagnostica cardiocerebro-vascolare (con sistema ecografico intravascolare IVUS attivato nel febbraio 2007, l'aggiornamento poligrafo EPMED dell'elettrofisiologia con modulo di comunicazione DICOM acquisito e attivato nel gennaio 2007, il contropulsatore aortico acquisito nel novembre 2007 e attivato nel febbraio 2008, il misuratore gittata cardiaca acquisito nel dicembre 2007 e attivato nell'aprile 2008).

L'utilizzo di queste tecnologie è organizzato così da costituire un unico sistema informativo gestionale specificatamente dedicato all'attività cardiologica diagnostica ed interventiva. Il sistema gestionale (CVIIS - CardioVascular Information and Image Systems) è completamente e funzionalmente integrato con il PACS/RIS al fine di garantire la massima sicurezza ed efficienza nell'archiviazione e trasmissione delle immagini, nonché l'interfaccia ad un applicativo di gestione, integrato con tutte le procedure informative e tutti gli applicativi aziendali di interesse, per creare un ambiente di refertazione e studio unico e poter integrare e concentrare le informazioni diagnostiche e terapeutiche del paziente cardiopatico. Questo sistema informativo permette, inoltre, la distribuzione capillare delle informazioni all'interno della struttura ospedaliera in caso di necessità di consultazione (sistema informativo gestionale di cardiologia acquisito nel dicembre 2007 e con attivazione prevista per giugno 2008).

PACS/RIS e GLOBAL PACS

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



so di informatizzazione complessiva dei reparti, attuata attraverso l'acquisizione di sistemi di visualizzazione di immagini digitali dedicati ad ambienti sterili, quali sale operatorie e ambulatori chirurgici. Un'ulteriore fase prevede la digitalizzazione dei flussi informativi e anagrafici da e verso i diversi comparti operatori. In quest'ottica di evoluzione si sta sviluppando un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un "Global PACS (G-PACS)", capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia. Il sistema informativo per la cardiologia - illustrato sopra- è stato acquisito e si trova ora in fase di installazione e configurazione, mentre è in fase di acquisto il sistema per l'endoscopia e chirurgia (Sistema di archiviazione e trasmissione immagini è stato aggiudicato nel dicembre 2005 e attivato nel gennaio 2007).

Completamento del Servizio Radiologico

Il nuovo servizio radiologico aziendale nasce con lo scopo di fornire all'Azienda un nucleo diagnostico di eccellenza per fornire supporto, oltre che alle degenze, ai pazienti in regime di ricovero (in prevalenza chirurgie e medicine), ma anche all'attività ambulatoriale e di emergenza-urgenza per indagini di alta specialità, ai pazienti esterni e provenienti da Pronto Soccorso. La progettazione e l'adeguamento sono stati pensati alla luce delle nuove evoluzioni tecnologiche, quali le innovative tecniche di detezione digitale e l'integrazione nella rete informatica di supporto alla pratica clinica - PACS/RIS, HIS e più in generale al sistema informativo aziendale, SIO - (Sistema di archiviazione e trasmissione immagini è stato aggiudicato nel dicembre 2005 e attivato nel gennaio 2007).

Diagnostica di laboratorio

Alla necessità di rinnovamento tecnologico nel settore di laboratorio, dettata anche dall'assorbimento della massima parte dell'attività territoriale, si è risposto con l'introduzione di sistemi all'avanguardia in grado di sopperire con metodiche ad elevata automazione alla crescente domanda di prestazioni. Si sono potuti pertanto dotare di sistemi innovativi i principali settori di diagnostica di laboratorio quali la chimica clinica, l'allergologia, l'autoimmunità, l'ematologia e il settore urine oltre che tutta la diagnostica emogasanalitica presso i reparti. L'evoluzione dei sistemi informatici a corredo delle strumentazioni acquisite, ne consente un utilizzo più razionale con maggiore ottimizzazione delle sedute diagnostiche e miglior controllo del dato oltre che dell'utilizzo dei materiali di consumo.

Centro senologico

L'attivazione del nuovo Centro Senologico, voluto e realizzato dalle due Aziende sanitarie della provincia di Parma, costituisce una testimonianza di eccellenza tecnologica e organizza-

tiva. Il centro si distingue per l'ampia gamma degli strumenti tecnologici messi a disposizione dell'utenza e per la loro elevata innovazione dal punto di vista tecnologico, ma anche per lo sforzo organizzativo realizzato che ha condotto a mettere a disposizione dell'utenza un luogo in cui la persona ha la certezza di potere essere accompagnata lungo l'intero percorso di diagnosi e cura da referenti certi (per il dettaglio delle informazioni si rimanda al capitolo 7).

Comitato Etico Unico

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che può essere chiamato a esprimere pareri sulle sperimentazioni cliniche per valutare interventi farmacologici o dispositivi medici, sull'opportunità di studi clinici osservazionali e su possibili sperimentazioni finalizzate al miglioramento della pratica clinica. Il Comitato Etico, che ha anche il compito di proporre iniziative di formazione nel campo della bioetica, può essere consultato inoltre in caso di questioni etiche connesse alle attività scientifiche o assistenziali.

La Regione Emilia-Romagna ha promosso la costituzione di Comitati etici unici di ambito provinciale, anche allo scopo di garantire un'omogeneità dei pareri, nell'ottica dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, e per tutelare i cittadini in tutte le nuove attività scientifiche e assistenziali proposte. Con accordo sottoscritto il 4 aprile 2007 tra l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda USL di Parma, e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (delibera n. 67), è stato costituito il Comitato Etico Unico per la provincia di Parma. In precedenza Università degli Studi, Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria avevano comitati etici separati. I 24 membri del nuovo Comitato Etico Unico della provincia di Parma, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, rimarranno in carica per tre anni e sono stati scelti sulla base delle competenze e dell'esperienza. Nel capitolo 6 del presente documento si dà conto dell'attività del Comitato Etico Unico.

Pianificazione dell'attività negoziale

La politica della Direzione aziendale in materia di acquisto di beni e servizi è stata tesa a realizzare il contenimento dell'incremento dei costi tramite la concreta ed effettiva partecipazione alle strategie dell'Area Vasta, attraverso una piena e costante adesione alle iniziative poste in essere da Intercent-ER e Consip, come centrali d'acquisto regionale e nazionale, infine ponendo in essere iniziative che tendano a recuperare i residui margini di efficienza nelle procedure di acquisto e di gestione dei contratti di fornitura.

In particolare, rispetto agli obiettivi specifici assegnati alle aziende in materia di politiche d'acquisto di beni e servizi attuate tramite le aree vaste e l'Agenzia Regionale Intercent-ER, si segnala che l'Area Vasta Emilia Nord presenta una consolidata esperienza nel settore delle gare condivise di dispositivi medici e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata individuata quale capofila di due procedure di notevole impatto economico e complessità (dispositivi medici per laparoscopia, attualmente in fase di valutazione tecnica) e dispositivi per oculistica (nuovo ambito di aggregazione di Area Vasta),



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

attualmente in fase di approvazione del capitolato di gara. Inserito nella programmazione di AVEN come studio di fattibilità, è stato approfondito e sviluppato nel corso dell'anno 2007 un progetto svolto con il supporto del Ce.VEAS nel campo dell'acquisizione dei dispositivi medici per uso cardiologico. Lo studio ha riguardato, in prima fase, gli stent coronarici e successivamente verrà ampliato ai pace maker. Il gruppo di lavoro multiprofessionale costituito da cardiologi, farmacisti, ingegnerie cliniche ed il provveditorato dell'Azienda, individuata quale capofila della procedura di Area Vasta, ha operato un'analisi approfondita dei prodotti disponibili sul mercato, rispetto ai fabbisogni delle sette aziende e, successivamente, ha valutato le diverse possibili modalità di costruzione della gara, addivenendo ad un'ipotesi di capitolato. A seguito di accordi intercorsi tra AVEN ed Intercent-ER, la procedura di gara verrà inserita nella programmazione di Intercent-ER per l'anno 2008 e rappresenterà il primo esperimento di gara effettuata da un'Area Vasta con il supporto amministrativo di Intercent-ER, con costanti interfacce con la nostra Azienda, che manterrà il ruolo di riferimento pre e post gara.

Sempre rispetto ai nuovi ambiti di aggregazione del fabbisogno, per la prima volta sono state inserite nella programmazione di Area Vasta e avviate positivamente due gare di service, la procedura ristretta per l'affidamento della fornitura in service di sistemi IVUS (gara afferente alle ingegnerie cliniche e avente come capofila l'Azienda Ospedaliera), e la procedura negoziata per l'aggiudicazione del service per la validazione delle unità di sangue secondo la metodica NAT, con capofila l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, gara supportata dalla costante e proficua collaborazione dei professionisti delle aziende interessate (AOU PR, AOU MO e AO Re): clinici trasfusionisti, ingegnerie cliniche e provveditorati, per la definizione dell'architettura di gara, basata sul calcolo del costo a determinazione, così come positivamente sperimentato nelle ultime gare svolte dalla nostra Azienda. La gara per la procedura NAT è stata aggiudicata ad aprile 2008.

Lattività finora svolta in riferimento a queste prime procedure può rappresentare una buona base di partenza verso l'inserimento dei service nelle tipologie di gara condivise e l'AOU di Parma ha proposto due service per emogasanalisi e medicina trasfusionale, che sono stati inseriti nella programmazione AVEN 2008/2009, con l'AOU di Parma come capofila.

Con riferimento all'individuazione di comuni sistemi di monitoraggio, l'AVEN ha implementato lo scorso anno un efficace sistema di monitoraggio sulle gare farmaci che si vorrebbe arrivare ad applicare alle gare di dispositivi medici. Funzionali all'implementazione di tale sistema sono una codificazione univoca ed un flessibile strumento informatico. Il nuovo sistema di logistica integrata (magazzino unico) prevede, a regime, l'applicazione a tutti i dispositivi medici stoccati ed in transito di una codifica unica, con conseguente possibilità di procedere centralmente al monitoraggio dell'andamento delle gare e, nelle more dell'avvio del nuovo sistema, è stata implementata nel corso del 2007 una banca dati relativa ai dispositivi medici attualmente in uso nelle sette aziende aderenti al fine di verificare la fattibilità di una temporanea integrabilità dei codici aziendali esistenti.

Nel corso del 2007 è stato inoltre acquisito e personalizzato un software per la gestione della documentazione di gara relativa ai farmaci, strumento fondamentale in previsione della gara unificata prevista per l'anno 2008, e possibile mezzo per implementare altresì un sistema di monitoraggio comune per le gare di dispositivi medici.

Utilizzo della tecnologia informatica per una gara telematica di 4,3 milioni di euro

Nel corso dell'anno, in ottemperanza agli obiettivi fissati per le Aree Vaste in materia di sviluppo dell'utilizzo dell'eprocurement, è stata inserita ex novo nella programmazione di AVEN una procedura, svolta secondo le modalità telematiche con il supporto di Intercent-ER, per l'affidamento della fornitura di prodotti di consumo per l'informatica, per un importo presunto triennale di € 4.300.000,00, per la quale è stata individuata quale capofila la nostra Azienda. La gara è stata aggiudicata provvisoriamente il 3 dicembre per un importo di € 4.126.000,00 con un ribasso del 4% sulla base d'asta. L'esperienza è stata positiva ed il fattivo supporto di Intercent-ER all'Azienda ha consentito il buon andamento dell'iniziativa, pur a fronte delle difficoltà iniziali dovute ad un nuovo approccio di gara.

La gara ha costituito per la nostra Azienda e per il sistema sanitario regionale un'innovazione significativa, che ha permesso di coniugare trasparenza, celerità e risparmio economico: si tratta infatti della prima esperienza per la pubblica amministrazione regionale relativamente a importi così consistenti. In questa occasione, la nostra Azienda ha svolto il ruolo di capofila come gestore delle gara nella procedura di affidamento della fornitura di prodotti di consumo per l'informatica per le 7 aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia nord. I prodotti oggetto della gara sono stati oltre 600, a copertura dell'intero fabbisogno delle aziende aderenti. La novità della procedura risiede nelle modalità di ricevimento e di trasmissione della documentazione di gara, che sono avvenuti, in massima parte, per via telematica: le ditte che hanno avanzato la loro proposta si sono abilitate sul portale di Intercent-ER e, dopo la trasmissione di alcuni documenti necessari per l'ammissione, hanno dovuto semplicemente compilare i file con l'offerta e spedirli, tramite portale, ad Intercent-ER. Un programma crittografato ha garantito la riservatezza della spedizione e, al contempo, la certezza dell'avvenuto recapito dell'offerta. I file contenenti le offerte sono poi stati aperti in sede pubblica e la commissione ha proceduto ad aggiudicare la gara al miglior offerente. Sempre in attuazione degli obiettivi di Area Vasta che prevedevano l'espletamento di almeno 10 acquisti mediante mercato elettronico, sono stati effettuati o sono in corso di conclusione, 12 acquisti/gare attraverso il mercato elettronico di Intercent-ER (da parte di AUSL RE, AOU MO, AUSL MO, AOU PR e AO RE), per un importo complessivo transato che verrà definito in sede di consuntivo.

È stata inoltre sviluppata con Intercent-ER la modalità di migrazione degli albi fornitori aziendali sul portale intercent-ER, questo sia al fine di azzerare le spese di gestione degli albi aziendali, sia per favorire l'utilizzo del mercato elettronico.

Con la centrale regionale si è convenuto di abilitare, in primo luogo, i fornitori di dispositivi medici, che saranno classificati secondo la CND, successivamente verranno abilitati tutti gli altri fornitori. La proposta di AVEN ha consentito all'Agenzia Intercent-ER di ampliare notevolmente il proprio albo fornitori rendendolo conseguente maggiormente di interesse per tutte le aziende sanitarie della regione. La pubblicazione del



bando di abilitazione dei fornitori di dispositivi medici è stata effettuata l'11 dicembre 2007 e l'abilitazione è possibile fino a gennaio 2009. Con riferimento infine alle relazioni con Intercent-ER, si segnala la costante attività di collaborazione tra i professionisti di AVEN e l'Agenzia, sia in fase di predisposizione dei capitolati di gara che di valutazione.

In particolare l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fornito supporto tecnico in rappresentanza di AVEN nei gruppi di lavoro per la predisposizione del capitolato nelle gare per materiale da medicazione classica e materiale da medicazione avanzata e speciale, ambulanze, arredi sanitari, strisce reattive per diabetologia, mezzi di contrasto, verifica sicurezza elettrica e funzionalità attrezzature, provette sottovuoto. Professionisti dell'azienda sono infine stati nominati componenti nelle commissioni di aggiudicazione nelle gare per provette sottovuoto ed articoli da laboratorio.

A partire dal 2006, per quanto concerne le iniziative per recuperare i residui margini di efficienza nelle procedure di acquisto, qualora le economie di scala in sede AVEN non lo consigliassero, si è comunque tentato di dar corso a procedure in unione d'acquisto sul territorio provinciale, consolidando collaudate forme di collaborazione con l'Azienda USL di Parma. In particolare, sono state portate a termine diverse procedure, la più rilevante della quali è senz'altro la licitazione relativa alle protesi ortopediche che, al termine di un lungo lavoro di confronto fra i clinici interessati, ha condotto ad ottimi risultati in termini di prezzi di aggiudicazione, oltre che ad un elevato grado di qualità dei prodotti a disposizione.

Si è poi posta particolare attenzione nella ricerca di nuove forme contrattuali che consentissero un contenimento dei costi abbinato ad un miglioramento del servizio erogato. In tal senso si è convenuto con la ditta aggiudicataria della fornitura per fili di sutura, di dar corso ad un progetto di gestione informatizzata dei relativi ordini e scorte. Nella prima fase è stato interessato il comparto operatorio della Chirurgia generale, toracica, vascolare e dei trapianti, ma potrà essere esteso, dati i positivi risultati raggiunti, anche ad altri comparti operatori. In sostanza è stato messo a punto, coinvolgendo il comparto operatorio indicato, il magazzino economale e il Servizio Attività Economali e di Approvvigionamento, un sistema che consente la gestione delle scorte dei presidi indicati in conto deposito, avvalendosi di un software dedicato che permette di predisporre automaticamente i riordini. Il coinvolgimento degli operatori è stato determinante per la buona riuscita del progetto e ad essi è stata dedicata una specifica formazione, che ha permesso di acquisire non solo dimestichezza con le nuove procedure, ma altresì la consapevolezza che il nuovo sistema garantiva sia la semplificazione delle procedure di richiesta d'acquisto, sia la costante disponibilità del materiale necessario in sala operatoria. Ciò ha consentito una fatturazione unica mensile a consuntivo. Inoltre è disponibile, sempre via web, la reportistica dei movimenti di magazzino, ma si sono azzerate di fatto per l'Azienda le immobilizzazioni derivanti dalle scorte e si è avuto un contenimento dei costi rispetto alla programmazione di inizio d'anno.

Sistema informativo

Obiettivi intesa del 23 marzo 2005

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha garantito, sia nell'ultima parte del 2006 sia nel 2007, l'accuratezza e l'attendibilità dei contenuti dei flussi informativi ricompresi nel nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). I modelli CE, SP e LA, che costituiscono il debito informativo obbligatorio come anche da Intesa del 23 marzo 2005, sono stati trasmessi nel pieno rispetto delle scadenze stabilite e nella piena osservanza delle linee guida definite dalla Regione Emilia-Romagna.

Tra la fine del 2006 e la prima metà del 2007 si è inoltre provveduto all'applicazione delle indicazioni trasmesse dall'Assessorato alla Sanità e Politiche Sociali della Regione in merito al Nuovo Piano dei Fattori produttivi della Contabilità Analitica e al nuovo Piano dei Conti Economici della Contabilità Generale. Il processo messo in atto ha comportato la revisione e ridefinizione dei fattori produttivi aziendali, rivisti anche alla luce della classificazione nazionale dei dispositivi medici, degli articoli ad essi collegati nonché l'allineamento dei nuovi fattori produttivi ai conti economici aziendali e quindi ai conti economici regionali. Le procedure informatizzate aziendali coinvolte sono state adeguate al nuovo piano dei fattori produttivi regionali. Già nel corso dell'esercizio 2006 sono state implementate le funzioni a supporto della programmazione, a questo riguardo l'Azienda ha espresso sempre il massimo sforzo possibile per assecondare gli standard qualitativi richiesti dalla Regione nei flussi informativi di competenza dell'Azienda (SDO, ASA, AFO e CEDAP). In riferimento, in particolare all'applicativo CEDAP per i flussi relativi ai certificati al parto è stato avviato un gruppo di lavoro con l'Azienda USL e il Comune di Parma per facilitare i relativi flussi in ambito locale.

Progetti legati al monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50)

Alla fine del 2006 sono state attivate tutte le tre modalità operative fondamentali di supporto al monitoraggio della spesa sanitaria (utilizzo nuova tessera sanitaria, identificazione dei cittadini tramite codice fiscale, rilevazione del codice a barre delle prescrizioni). È stata garantita (in collaborazione con l'AUSL) la completezza e tempestività dei flussi richiesti, in particolare quelli dei medici prescrittori e dei ricettari distribuiti. Inoltre, è stata progressivamente migliorata la rilevazione del codice a barre delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale. Nel corso dell'esercizio 2007 è stato effettuato un intervento di adeguamento della procedura CUP e di formazione di tutti gli sportellisti addetti alla prenotazione ed all'accettazione dei pazienti ambulatoriali; ciò ha consentito di rispettare i nuovi e cogenti requisiti sulle modalità di compilazione del flusso ASA, ottenendo un'ottima qualità delle informazioni con esso inviate. Per quanto concerne la rilevazione della spesa farmaceutica, nel corso del 2007 è stata realizzata ed attivata una nuova versione della procedura informatizzata aziendale per la gestione dei consumi di farmaci, con relativa formazione degli operatori coinvolti, al fine di garantire la corretta produzione dei flussi regionali previsti (AFO, F e FED) e di adeguarsi alla nuova periodicità prevista dall'inizio del 2008; tale impegnativo progetto ha consentito di raggiungere, per il quarto trimestre 2007, una completezza ed una buona qualità delle informazioni trasmesse.



Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca

Il Comitato di Indirizzo

In data 27.06.2006 si è insediato il Comitato di Indirizzo, organo consultivo dell'Azienda e composto da cinque membri nominati con atto del Presidente della Giunta regionale: un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma, il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma, che ne fa parte di diritto, un membro designato dal Rettore dell'Università degli Studi di Parma e due membri designati dalla Regione.

Dal momento dell'insediamento, il Comitato si è riunito con regolarità, con cadenza mediamente mensile. Nel corso della sua attività, ha approvato il proprio Regolamento di funzionamento con il quale vengono stabiliti indirizzi e criteri per l'efficace organizzazione del lavoro e il buon svolgimento delle funzioni del Comitato stesso. Esso, ai sensi della normativa regionale e dell'Atto aziendale, esercita funzioni propositive, consultive e di verifica. Propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Nel corso dell'anno 2007 ha espresso parere preventivo ed obbligatorio:

- sulla formulazione del piano programmatico, comprendente il programma pluriennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività ed alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;
- sugli strumenti di programmazione economico-finanziaria;
- sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati:
 - nel bilancio d'esercizio, dal quale emergono le informazioni relative all'andamento della gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda;
 - nel Bilancio di Missione, dal quale si evidenzia una dettagliata descrizione del quadro normativo istituzionale, del territorio, della popolazione, delle funzioni "hub and spoke", epidemiologiche, nonché della sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale e dei livelli essenziali di assistenza:
- sull'accordo di fornitura tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Aziende USL di riferimento.

Sono stati sottoposti all'attenzione del Comitato di Indirizzo i dati di epidemiologia sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Parma che riguardano in particolare l'attività di ricovero, sia in regime ordinario che di day-hospital, l'attività ambulatoriale, la mobilità passiva e attiva. Dopo aver visionato e verificato i dati, il Comitato di Indirizzo ha ritenuto opportuno invitare, ad un incontro specifico, i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle due Aziende sanitarie provinciali.

Sulla base di quanto emerso, il Comitato ha ritenuto opportuno compiere verifiche aggiuntive in alcune strutture complesse per le quali erano emersi dati che si discostavano in modo significativo dalla media per quanto riguardava la gestione dei tempi di attesa o la mobilità passiva, o erano emerse situazioni di organizzazione interna alle strutture che sembravano renderne difficoltosa l'operatività. Sono state, pertanto, organizzate audizioni con i Direttori di tali unità operative ed alla fine è stata preparata una informativa inviata sia al Direttore Generale della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che al Rettore dell'Università degli Studi di Parma. È stato, inoltre, deciso di monitorare nel tempo le situazioni rilevate. Nel garantire una sempre più appropriata gestione dei fondi di ricerca destinati annualmente dalla Regione Emilia-Romagna alle Aziende Ospedaliere sono stati sottoposti all'attenzione del Comitato di Indirizzo i progetti di ricerca, discussi e valu-

- la ricerca innovativa con le aree tematiche di: Trapianti, Oncologia, Diagnostica avanzata, Neuroscienze - area 1,
- la ricerca per il governo clinico area 2,

tati dal Collegio di Direzione, inerenti:

 la formazione alla ricerca e la creazione dei reserach network - area 3.

Un'ulteriore funzione di competenza del Comitato di indirizzo è garantire l'integrazione ed il miglior utilizzo delle risorse a disposizione dell'Azienda. Infine, il Comitato ha dato indicazioni programmatiche ed espresso valutazioni rispetto alle attività che la stessa Azienda svolge.

L'adozione dell'Atto aziendale

Con l'adozione dell'Atto aziendale - delibera 221 del 21.11.2006 - realizzato d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma (come da D.G.R. 297/2005) l'Ospedale di Parma ha esplicitato i suoi valori fondanti, 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, oltre alle linee fondamentali dell'organizzazione, dei Dipartimenti integrati e dei Dipartimenti tecnici e amministrativi che la costituiscono, nonché alla collocazione e alle modalità di valorizzazione e progressione di carriera dei professionisti che vi operano.

La redazione del 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 dell'Ospedale e le altre espressioni istituzionali e associative della comunità, oltre che con l'Università degli Studi per la persona del Magnifico Rettore.

In particolare, l'Ospedale ha definito la sua articolazione organizzativa individuando nell'assetto dipartimentale il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa delle attività aziendali. 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 che assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale e integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle della ricerca propria dei Dipartimenti Universitari. Dall'altra parte, i



Dipartimenti Tecnico-Amministrativi rappresentano un modello di coordinamento nei servizi di supporto che, 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 il riferimento per la funzione di coordinamento del budget dipartimentale 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. I servizi possono essere articolati in uno o più uffici in base alla complessità e alla varietà delle funzioni e dei compiti loro affidati e per orientare l'organizzazione del lavoro verso criteri specialistici o di processo.

Il Collegio di Direzione

Il ruolo attribuito al Collegio di Direzione 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. Le funzioni con cui il Collegio di Direzione coadiuva e supporta il Direttore Generale si dividono in funzioni propositive, consultive e di verifica, così come sono esplicitate, unitamente alla definizione delle proprie competenze, nel regolamento di funzionamento che il Collegio ha approvato.

Le funzioni propositive si esplicano sia attraverso l'analisi e la successiva evidenza di criticità su temi di interesse specifico o generale a cui dovrà seguire una proposta di miglioramento ed una conseguente realizzazione, subordinata all'approvazione da parte della Direzione Generale, sia attraverso la collaborazione alla definizione e attuazione di programmi e di progetti della Direzione Generale sulle aree di specifica competenza.

Le funzioni consultive si esplicano mediante la valutazione tecnica su tematiche (strategie aziendali, documenti programmatici, progetti organizzativi, eccetera) sottoposte al Collegio dalla Direzione Generale. Il Collegio di Direzione costituisce, come detto, il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico ed ha il compito di collaborare alla elaborazione dei programmi e dei documenti aziendali di riferimento (linee di indirizzo al budget, piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico, per l'accreditamento, eccetera).

A questo riguardo il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2007 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2007.

Sono stati, inoltre, presentati al Collegio gli obiettivi specifici dei Direttori di Dipartimento, quelli degli stessi Dipartimenti con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative afferenti e gli obiettivi specifici di Unità Operativa.

Il Collegio ha, inoltre, espresso parere favorevole sul documento Bilancio di Missione anno 2006.

Le funzioni di verifica si attuano attraverso il monitoraggio

sistematico e la verifica finale dell'attuazione dei piani di miglioramento e dei programmi e progetti delle aree di specifica competenza.

Attraverso il Collegio di Direzione gli operatori concorrono al governo dell'Azienda ed esprimono scelte in tema di sviluppo organizzativo, di formazione professionale e di ricerca.

Il nuovo Collegio di Direzione si è insediato in data 20 febbraio 2007, a seguito delle nomine dei Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata avvenute nei primi giorni dello stesso mese di febbraio da parte del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, d'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università di Parma.

Tra le attività svolte dal Collegio di Direzione relative all'organizzazione e allo sviluppo delle attività dei servizi - riportate nel capitolo 4 - al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento. Inoltre, in sede di Collegio sono state illustrate ed approvate le nuove procedure per l'acquisizione a vario titolo (acquisto/noleggio, prova, donazione, presa in carico) di tecnologie sanitarie, compresi i software.

Con la costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, i bisogni formativi dei professionisti verranno identificati secondo l'indirizzo del Collegio di Direzione in relazione agli scenari organizzativi determinati dai processi di innovazione e sviluppo che si intendono perseguire.

Tenendo conto di tali bisogni e delle linee di sviluppo aziendale, il Collegio ha approvato le Linee guida di indirizzo al Piano Formativo Aziendale riguardante il triennio 2007/2009.

Particolare attenzione è rivolta alla formazione alla ricerca in base agli indirizzi del Programma di Ricerca Regione-Università 2007/2009. Tale programma prevede una formazione alla ricerca e la creazione di research network, attraverso la definizione di programmi formativi mirati a fornire ai professionisti le competenze necessarie perché gli operatori possano essere protagonisti di attività di ricerca e accompagnino l'introduzione delle innovazioni clinico organizzative.

A tale proposito, nell'anno 2007 per l'area della ricerca, sono stati presentati al Collegio di Direzione due corsi di formazione alla ricerca rivolti ai professionisti sanitari: 1. Master non universitario di Il livello "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano"; 2. Corso teorico pratico di formazione alla ricerca psicosociale. Questi corsi sono attivati nell'anno 2008 e termineranno nell'anno 2009.

Per quanto riguarda l'area dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e delle prestazioni assistenziali, il Collegio di Direzione ha approvato il programma del corso sull'audit clinico per medici. È stato, inoltre, presentato, per l'area della sicurezza in Ospedale il percorso formativo per dirigenti e preposti in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro.

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

Durante l'anno 2007, sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti:



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

- AREA 1 "Ricerca Innovativa (Aree tematiche: Trapianti, Oncologia, Diagnostica avanzata, Neuroscienze)": area riservata a progetti di ricerca innovativa sviluppati, preferibilmente in modo collaborativo, da Aziende Ospedaliere Universitarie/IRCCS.
- AREA 2 "Ricerca per il Governo Clinico": area riservata a progetti di valutazione dell'impatto clinico ed organizzativo di intenti sanitari e tecnologie e di iniziative e programmi regionali.
- AREA 3 "Formazione alla ricerca e creazione dei research network": area riservata a progetti di formazione che dovranno includere nel gruppo proponente operatori sanitari del S.S.R. e dell'Università e prevedere il coinvolgimento, come "Unità di ricerca", di almeno una Azienda Sanitaria territoriale.

Per le suddette Aree di ricerca, il Collegio di Direzione ha selezionato i progetti ritenuti rispondenti ai requisiti previsti dal bando Ricerca Regione-Università e ritenuti maggiormente interessanti. La conformità ai requisiti indicati nel bando è stata valutata mediante la compilazione di apposite schede di valutazione, una per ogni Area. Le principali caratteristiche analizzate sono state:

- innovatività,
- multidisciplinarietà/integrazione Ospedale-Università,
- multicentricità.
- trasferibilità nella clinica,
- qualificazione e dimostrata competenza,
- analisi rigorosa delle conoscenze già disponibili sull'argomento oggetto della proposta,
- identificazione delle criticità e delle eventuali barriere al cambiamento.
- definizione delle azioni/strumenti per il miglioramento delle criticità e il superamento delle barriere,
- descrizione dei principali indicatori attraverso i quali il progetto documenterà i cambiamenti ottenuti, sia in termini di risultati che di processo,
- rilevanza e trasferibilità al Servizio Sanitario Regionale. Il Collegio di Direzione ha, inoltre, indicato i progetti rispondenti ai requisiti previsti dal Bando Giovani Ricercatori e ritenuti maggiormente interessanti.

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.

Modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie

Nell'ambito del sistema delle relazioni con l'Università, notevole rilevanza ha avuto l'emanazione del D.P.C.M. 6 luglio 2007 che ha definito lo schema tipo di contratto di formazione specialistica dei medici e che recependo i principi salienti stabiliti dal D. Lgs. 368/99, ha decretato lo status di "medico in formazione", sancendone, contestualmente, diritti e doveri. I contraenti del contratto sono rappresentati dal medico in formazione specialistica, il Rettore, e, in rappresentanza della Regione Emilia-Romagna, il Direttore Generale, su delega disposta con D.P.G.R. del novembre 2007, operante dall'anno accademico 2006/2007 e per gli anni successivi. A fronte di ciò, Azienda e Università hanno collaborato in modo proficuo per giungere in tempi rapidi alla sottoscrizione dei contratti: alla fine del mese di novembre i contratti perfezionati erano 544 per medici in formazione specialistica, sulla base del numero degli iscritti alle Scuole di Specializzazione nell'anno accademico 2006/2007. L'emanazione del contratto ha inoltre contribuito a dare maggiore impulso alla formulazione dello specifico Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica secondo quanto previsto dal Protocollo di Intesa regionale e in relazione a quanto delineato nell'Accordo Attuativo Locale con l'Università. A tal fine, Azienda e Università hanno istituito un apposito gruppo di lavoro bilaterale, che prevede anche la presenza di una rappresentanza dei medici in formazione specialistica, con il compito di elaborare il testo dell'Accordo, in coerenza con le fonti normative e con le disposizioni del contratto di formazione. Nel contesto del percorso di integrazione con l'Università, inoltre, l'Azienda ha proseguito il suo impegno al confronto sul tavolo tecnico regionale, al fine di contribuire all'applicazione degli indirizzi per il primo adeguamento economico dei docenti e ricercatori universitari equiparati alla dirigenza del S.S.R. in attuazione del D. Lgs. 517. In esito agli incontri, l'Assessorato regionale alle politiche sociali ha emanato, nel mese di dicembre 2007, le indicazioni applicative dello specifico verbale di intesa sottoscritto tra l'Assessore regionale e i Rettori dei quattro Atenei in data 26 novembre 2007. Contemporaneamente, sono proseguiti, sempre sul tavolo tecnico regionale, gli incontri volti a definire gli orientamenti per dare pratica attuazione alle Linee guida per l'equiparazione del personale del Comparto Università mediante la definizione di un sistema di equiparazione provvisorio su base regionale in attesa dell'entrata in vigore, su base nazionale, della nuova disciplina delineata dai vigenti CC.CC.NN.LL del personale del Comparto Università.

Rilevazione del contributo dell'Università

L'art. 9 delle L. R. 29/2004 disciplina le relazioni tra il Servizio sanitario regionale e l'Università; al comma 8 è precisato che "al sostegno" economico finanziario delle attività svolte dalle aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizio-



ne sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal S.S.R. (...)", "il Protocollo d'Intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende."

Nell'"Accordo Attuativo Locale in applicazione del protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma", all'art. 13 (Rilevazione del contributo dell'Università), è previsto che: "l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e ogni altra risorsa utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria dell'azienda ed evidenziati sia nei bilanci preventivi che consuntivi".

Allo stato attuale, l'intrecciarsi delle attività di didattica e di ricerca con le attività assistenziali non consente di valorizzare con un congruo margine di certezza né l'apporto dell'Università all'attività assistenziale né la partecipazione del S.S.R. alla attività di didattica e di ricerca. In attesa di disporre di una metodologia condivisa che consenta di evidenziare l'apporto in termini economici, tale da consentire una rielaborazione parallela dei preventivi e dei consuntivi aziendali su basi omogenee di rilevazione (ancorché opportunamente adattati alle singole realtà regionali e tali da produrre un quadro di riferimento per l'intero Sistema Sanitario Regionale), si è ritenuto opportuno inserire all'interno del Bilancio di Missione alcune schede con informazioni economico-finanziarie.

Tuttavia, parametri e metodologie di attribuzione potrebbero essere meglio sviluppati, approfonditi e valorizzati, come è avvenuto per l'impianto del Bilancio di Missione, da un apposito gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale. L'obiettivo auspicato potrebbe essere la definizione di metodologie che consentano di rilevare non solo gli apporti in termini economico-finanziari (che per essere inseriti nei documenti di Bilancio, anche come poste figurative, richiederebbero modifiche al piano regionale dei conti, la loro riclassificazione nei modelli di rendicontazione periodica ai Ministeri, eccetera), ma anche metodologie di analisi più complesse che prendano in considerazione ad esempio:

- per l'attività assistenziale prodotta nelle unità operative a direzione universitaria - complessità, indice di attrazione, tempi indotti sulla durata delle degenze, sulla durata degli interventi chirurgici e non, maggiori indagini richieste e consumi, eccetera;
- per la didattica e la ricerca la modalità per stabilire parametri di attività (ad esempio, misure per "unità di prodotto didattico" e "unità di prodotto di ricerca" assicurato) e i relativi costi sopportati dall'Azienda ad integrazione di quelli sostenuti dall'Università in funzione dell'attività assistenziale inscindibilmente svolta ed i maggiori oneri rispetto alla remunerazione tariffaria standard di riferimento.

Le risorse messe a disposizione dall'Università per l'attività assistenziale

La rilevazione che segue non pretende certamente di essere esaustiva sia in considerazione di quanto sopra esposto, che per il fatto che si tratta di una valutazione basata su stime che possono servire come primo spunto per una riflessione,

analisi e rilevazione più puntuale in presenza di parametri e metodologie condivise.

Scheda 1 - Beni durevoli							
FABBRICATI UNIVERSITARI: aree destinate all'assistenza							
	Clinica Medica Generale (parte)	superfici	e lorda c	ompless	iva mq.	4.502	
	Nefrologia (parte)	"	u	"	"	725	
	Anatomia Patologica	"	"	"	"	100	
	Totale				mq. 1	0.327	

Nota: se possiamo ipotizzare che il valore unitario per mq. sia $1.000 \in$, il valore complessivo stimato assommerebbe ad $\in 10.327.000$ Il costo della quota di ammortamento pari al 3%, che graverebbe a carico dei costi di esercizio, assommerebbe ad $\in 309.810$

Attrezzature sanitarie e non

Sono state prese in considerazione le attrezzature di proprietà dell'Università degli Studi di Parma che l'Azienda ha elencato nella procedura finalizzata alla gestione delle manutenzioni. Il costo è quello d'acquisto, o quando non erano disponibili indicazioni precise relative ai dati di acquisto è stato effettuata una stima, soprattutto per le apparecchiature complementari ad altre o per quelle che risultano donate.

La valorizzazione di cui si dispone ha quindi ampi margini di aleatorietà, tuttavia, può ugualmente rappresentare l'apporto in tecnologie dell'Università degli Studi. Il valore che emerge dalla procedura citata assomma ad € 3,707 mil. e il costo teorico delle quote di ammortamento, calcolate con lo stesso criterio delle attrezzature sanitarie (12,5%), stante la indeterminatezza della rilevazione prevista, graverebbe a carico dei costi aziendali per circa € 463.000.

Il personale dipendente dall'Università

Scheda 2 - Personale dipendente dall'Università

Nel corso dell'esercizio 2007, l'organico medio, ripartito per categoria e calcolato come sommatoria dei mesi di attività retribuiti/12, ha subito la seguente evoluzione:

Personale universitario	Esercizio 2007	Esercizio 2006	Variazione
Personale sanitario medico	184,52	208,72	-24,20
Personale sanitario non medico - dirigenza	20,49	22,24	-1,75
Personale sanitario non medico - comparto	48,25	50,2	-1,95
Personale ruolo professionale - dirigenza	0	0	0,00
Personale ruolo professionale - comparto	0	0	0,00
Personale ruolo tecnico-dirigenza	0,49	1	-0,51

6 7 -1,00 Personale ruolo tecnico-comparto Personale ruolo amministrativo-0 0 0,00 dirigenza Personale ruolo amministrativo-42,03 48,46 -6,43 comparto 337,62 -35.84 Totale personale universitario 301,78

Nota: dati desunti dalla Nota Integrativa al Bilancio di Esercizio 2007 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

Il costo degli emolumenti, comprensivi degli oneri riflessi sostenuto dall'Università degli Studi di Parma nell'esercizio



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

2007 ammonta a:

- per Ricercatori/Docenti convenzionati
 € 14,260 mil.
- per Personale tecnico-amministrativo in convenzione
 € 4,177 mil.

Scheda 3 - Iscritti alle scuole di specializzazione (con contratto di formazione specialistica) - anno accademico 2006-2007

	=
Totale iscritti	544
di cui:	
1° anno di corso	113
2° anno di corso	127
3° anno di corso	123
4° anno di corso	124
5° anno di corso	54
6° anno di corso	3
Costo sostenuto dall'Università € € 6.312.304	11.603,50 per iscritto pari a complessivi

Finanziamento sistema integrato S.S.R.-Università

Riguardo a quanto previsto all'art. 14 (Bilancio Aziendale) dell'"Accordo Attuativo Locale in applicazione del protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma" nel Bilancio 2007 sono state contabilizzate le quote di contributi regionali assegnati all'Azienda per:

- a) esclusività di rapporto del personale universitario per € 2.375.550,00
- b) integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica per € 11.567.045,00
- c) corsi universitari delle professioni sanitarie per € 1.698.887,00
- d) integrazione per programmi di ricerca per € 1.518.757,58

I programmi di ricerca Regione/Università 2007-2009

Le somme assegnate per programmi di ricerca in relazione alla D.G.R. n. 2242 del 27.12.2007 sono state acquisite al Bilancio 2007 e riscontate per disporne l'utilizzo nell'esercizio 2008.

Scheda 4 - I programmi di ricerca finanziati - Ricerca innovativa, area 1a

- "Non small Early Molecular Diagnosis of Lung Cancer" Finanziamento complessivo € 524.600,00; finanziamento per il primo anno (2007) € 171.766,77;
- "DiAL Er/ADSL: Diagnostica Avanzata in Lipidologia Emilia-Romagna/ Advanced Diagnostic Support Lipidology: Role of genotypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipidemias" - Finanziamento complessivo € 603.200,00; finanziamento per il primo anno € 197.502,32;
- "Evaluation of immunohistochemical and biomolecular parameters as markers of the biological behaviour of head and neck carcinomas" - Finanziamento complessivo € 368.000,00, finanziamento per il primo anno (2007) € 120.492.14:
- "New perspectives on riabilitation in adults and children with motor deficits in children with autistic spectrum disorder and in disorder of empathic communication: the role of the mirror neuron system" - Finanziamento complessivo € 1.114.500,00 , finanziamento per il primo anno € 364 914 35

Scheda 5 - I programmi di ricerca finanziati - Medicina rigenerativa in cardiologia, area 1b

 "Therapeutic applications of stern cells in the treatement of heart failure" finanziato per complessivi € 600.000,00. Il programma è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, che trasferirà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per tranches secondo le modalità di liquidazione dei finanziamenti riportate nella citata deliberazione della Giunta Regionale n. 2242/2007 e che per il 2007 assomma a € 256.599,00.

Scheda 6 - I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2

- "Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia" - Finanziamento complessivo € 179.000,00 finanziamento per il primo anno € 92.700,00;
- "Effetti degli stili manageriali del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un' "organizzazione sanitaria locale" - Finanziamento complessivo € 150.000,00 finanziamento per il primo anno € 72.200.00;
- "Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello studio della malattia subcritica del tronco comune" - Finanziamento complessivo € 200.000,00 finanziamento per il primo anno € 107.500,00.

Scheda 7 - I programmi di ricerca finanziati - Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3

- "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano" Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno € 95.082,00;
- "Corso di formazione alla ricerca per le professioni sanitarie su tematiche di area psicosociale" Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno € 40.000,00.



Di attribuzione incerta (Sebastiano Ricci?), dipinto raffigurante ritratto di Susanna con i due Vecchioni, 1680-1695 ca., olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)

Di incerta e controversa attribuzione, non mancano tuttavia spunti, soprattutto in questo dipinto, di eccellente fattura, come i volti dei "vecchioni", che consentono di non escludere la autografia del Ricci.







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 numerose tematiche, individuate di seguito.

- La "carta di identità" del personale
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e sicurezza
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- Sistema informativo del personale
- Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze



Questo capitolo è orientato a fornire un quadro complessivo del personale operante all'interno dell'Azienda e ad approfondire l'analisi delle azioni intraprese nei confronti degli operatori, in particolare sanitari, per la ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali. Nel corso del 2007 l'Azienda ha continuato il proprio impegno nel progettare, con il coinvolgimento dei professionisti e degli organismi competenti, un'organizzazione che sostenesse il ruolo di eccellenza dell'ospedale, favorendo la razionalizzazione dei percorsi clinici, lo sviluppo di un approccio assistenziale interdisciplinare, la valorizzazione delle competenze professionali, nonché la realizzazione di una sempre più concreta integrazione tra assistenza, formazione e ricerca. La valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi, trova piena applicazione nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale. Il Consiglio dei Dipartimenti ad Attività Integrata, che affianca il Direttore e la Giunta come organi di governo dei dipartimenti, è il luogo in cui le regole democratiche della partecipazione prendono forma. Esso assicura la presenza della componente elettiva, costituita da una rappresentanza della dirigenza medica (sia ospedaliera che universitaria), della dirigenza sanitaria, del personale del comparto e degli operatori titolari di contratto di lavoro atipico. L'adozione dei Dipartimenti ad attività integrata è una delle più rilevanti innovazioni che, nel corso del 2007, ha costituito il concreto avvio di una nuova realtà organizzativa e la premessa necessaria per la realizzazione della sinergia tra didattica, assistenza e ricerca.

La riorganizzazione dei dipartimenti, l'evoluzione dei percorsi formativi - che ha aumentato il livello di preparazione professionale e sviluppato le competenze - sono stati il riferimento per la ridefinizione dei ruoli professionali, al fine di attribuire ai professionisti livelli di responsabilità ed autonomia pertinenti ed appropriati sia alle nuove competenze acquisite, sia alle esigenze necessarie all'erogazione delle prestazioni.

Nel contesto della riorganizzazione conseguente all'adozione dell'Atto aziendale, sono stati creati i presupposti per addivenire, anche con riferimento all'area dirigenziale, all'istituzione di posizioni per governare, anche in senso trasversale, i processi strategici aziendali.

La "carta di identità" del personale

Per delineare il "profilo" del personale che a vario titolo presta la propria attività in Azienda e l'analisi della sua evoluzione nel tempo vengono presentati nel prosieguo elementi informativi relativi a:

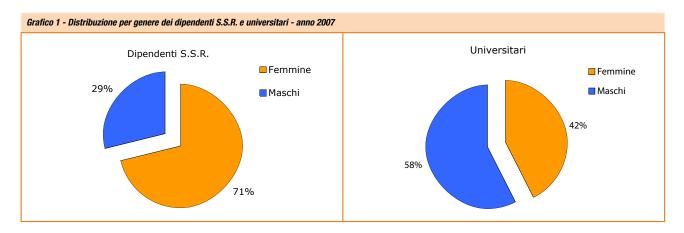
- distribuzione del personale per tipologia contrattuale e categorie;
- anagrafica del personale, per genere e classi di età;
- mobilità (interna ed esterna).

Al 31.12.2007 il complesso delle risorse umane di cui si avvale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è pari a 4.225 unità. Di queste, 3.475 risultano essere dipendenti a tempo indeterminato (pari all'82,25% del totale), 309 sono dipendenti a tempo determinato (pari al 7,31%), mentre il personale universitario che svolge attività assistenziale è presente con 302 unità (pari al 7,15%). I professionisti titolari di incarico libero professionale o di collaborazione incidono per il 3,29% sul totale delle risorse umane impiegate dall'Azienda.

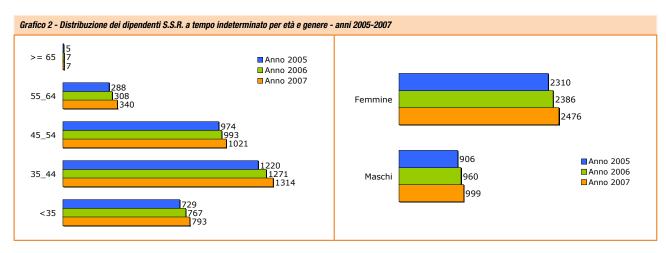
Tab. 1 - Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo - anni 2005-2007							
	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale	
	31.12.2005	2249	7	750	210	3216	
Tempo indeterminato*	31.12.2006	2297	7	839	203	3346	
	31.12.2007	2450	8	823	194	3475	
	31.12.2005	71	0	163	0	234	
Tempo determinato	31.12.2006	123	1	128	1	253	
	31.12.2007	122	1	185	1	309	
Altro personale	31.12.2005	114	7	4	6	131	
(incarichi libero-professionali e	31.12.2006	109	4	1	8	122	
a rapporto di collaborazione)	31.12.2007	125	4	4	6	139	

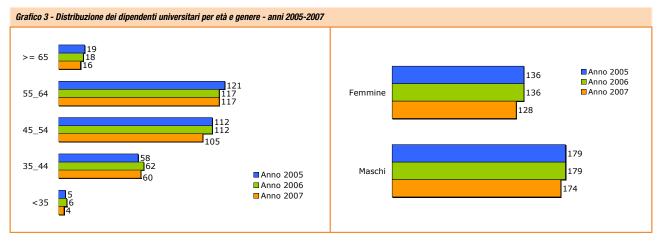
^{*} per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri del conto annuale

Tab. 2 - Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario per ruolo - anni 2005-2007							
Personale Personale Personale Personale Anni ruolo ruolo ruolo ruolo sanitario professionale tecnico amministrativo							
	31.12.2005	261	0	8	46	315	
Personale universitario	31.12.2006	262	0	8	46	316	
	31.12.2007	257	0	6	39	302	



Sotto il profilo della distribuzione per genere, si evidenzia che tra i dipendenti del S.S.R. è preponderante la componente femminile (71%), a riprova della tendenza, già acclarata da più parti, che i mestieri di aiuto alla persona restano prettamente femminili. Al contrario tra il personale universitario è centrale la presenza maschile (58%).



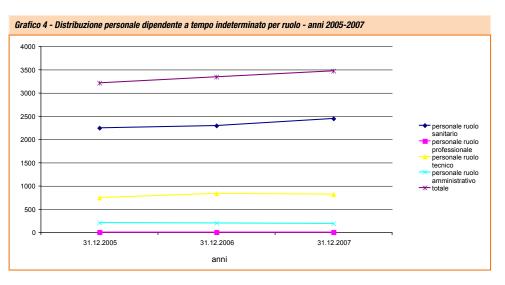


Relativamente all'età, il ritratto del personale dipendente del S.S.R. disegna un profilo "giovane": il 60,6% dei dipendenti ha meno di 45 anni.

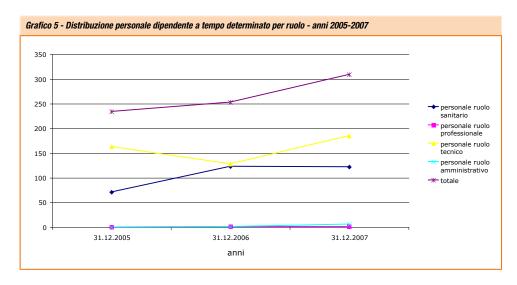
Diversa distribuzione si evidenzia tra il personale dell'area dirigenziale, nel quale prevale, soprattutto nella dirigenza medica, la componente maschile e che si colloca nella fascia di età dai 45 ai 54 anni.



Tab. 3 - Distribuzione dei dipendenti S.S.R. tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time - anni 2005-2007									
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
al 31.12.2007 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	259	155	0	0	0	7	259	162	421
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	40	0	0	0	3	19	43	62
Personale infermieristico	316	1059	1	17	7	271	324	1347	1671
Personale della riabilitazione	6	36	2	2	1	7	9	45	54
Personale tecnico della prevenzione	0	4	0	1	0	0	0	5	5
Personale tecnico sanitario	100	140	1	0	1	15	102	155	257
Altro personale ruolo tecnico	152	213	2	0	4	20	158	233	391
Personale OTA, OSS, ausiliario	97	289	1	3	4	37	102	329	431
Personale amministrativo	26	123	0	1	0	33	26	157	183
Totale	975	2059	7	24	17	393	999	2476	3475







Per quanto riguarda il personale in servizio a tempo determinato o con forme di lavoro atipico, è opportuno precisare che la legge finanziaria per l'anno 2007 (Legge 296/2006) ha introdotto una serie di disposizioni innovative volte a contenere il fenomeno del "precariato": nel fissare l'obiettivo di governo e contenimento della spesa per le risorse umane, dà infatti particolare rilevanza alla predisposizione di un programma di revisione delle consistenze organiche di personale (in servizio sia con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, che tramite altre forme contrattuali), nell'ambito del quale valutare la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato. Recentemente nelle pubbliche amministrazioni si è infatti assistito ad un aumento del ricorso a forme di impiego flessibile, a copertura di fabbisogni stabili, a causa degli incisivi limiti alle assunzioni e ai vincoli di spesa per il personale disposti dalle leggi finanziarie degli ultimi anni. L'attuazione dei processi di stabilizzazione e di valorizzazione delle esperienze lavorative, introdotti con la legge finanziaria 2007, contribuiscono pertanto alla progressiva riduzione delle tipologie di lavoro "precario" e quindi all'obiettivo di qualificazione degli organici delle aziende.

Il protocollo regionale sottoscritto in data 4 maggio 2007 tra l'Assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e le segreterie regionali delle organizzazioni sindacali per l'area del comparto ha concretamente dato l'avvio a questi processi di stabilizzazione del personale precario, individuando criteri e modalità per la gestione di tali processi, affinché le aziende sanitarie possano effettuare le proprie valutazioni circa la determinazione dei fabbisogni stabili.

Il processo di stabilizzazione del personale precario e di valorizzazione delle esperienze lavorative prevede l'implementazione di un programma triennale diretto a ricondurre, compatibilmente con il vincolo economico derivante dall'obiettivo finanziario fissato dagli indirizzi regionali per ciascun anno di riferimento, nell'ambito del contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato tutte le posizioni lavorative rientranti nell'ambito delle finalità istituzionali delle aziende e connotate da stabilità. Con questo proposito, in data 26 giugno 2007, questa Azienda ha siglato con le rappresentanze sindacali dell'area comparto il Protocollo Aziendale in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative. Il processo si articola nel triennio 2007/2009 e

prevede la progressiva stabilizzazione del personale in servizio a tempo determinato avente i requisiti di cui all'art. 1 comma 519 della legge 296/2006 e della Legge regionale n. 9 del 04.07.2007 (aver maturato tre anni di anzianità presso l'Azienda al 31.12.2006 o maturare tre anni di anzianità in virtù di contratti stipulati anteriormente al 29.09.2006).

Nel corso dell'anno 2007 sono stati pertanto avviati i percorsi per dare attuazione al processo sopra descritto attraverso l'indizione di specifico avviso per la stabilizzazione a domanda e la conseguente approvazione degli elenchi dei dipendenti aventi i requisiti per la stipula del contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato nel corso del triennio di riferimento. Nel 2007 si è quindi provveduto alla stabilizzazione mediante stipula di contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato di n. 39 operatori e si continuerà alla stabilizzazione di n. 60 operatori nell'anno 2008 e n. 20 nell'anno 2009.

Tab. 4 - Mobilità del personale - anni 2005-2007						
Mobilità in uscita	2005	2006	2007	2005-2007		
Limite età	11	11	11	33		
Dimissioni	35	64	49	148		
Passaggio altra amm.ne	58	45	65	168		
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0		
Altre cause	46	65	70	181		
Mobilità in entrata	2005	2006	2007	2005-2007		
Mobilità in entrata Provenienti altre amm.ni	2005	2006	2007	2005-2007 67		
Provenienti altre amm.ni Provenienti altre amm.ni legge	26	18	23	67		
Provenienti altre amm.ni Provenienti altre amm.ni legge 59/97	26 0	18 0	23 0	67 0		

L'analisi comparativa del personale presente nell'Azienda nel corso del triennio 2005-2007 mostra un deciso incremento, pari a 363 unità. A questo riguardo è opportuno evidenziare due opposte tendenze:

- la costante diminuzione del personale tecnico-amministrativo,
- la crescita dei professionisti dedicati all'assistenza (medici, infermieri, OSS), per i quali la mobilità in entrata è nettamente superiore alla copertura del turn over.



Nel corso del 2007 sono proseguite le rilevanti modificazioni al modello organizzativo-assistenziale connesse con lo sviluppo del progetto del Nuovo Ospedale. L'assunzione degli operatori socio-sanitari, deputati all'assistenza di base, ha contribuito a modificare i modelli organizzativo-assistenziali verso una più ampia visione di équipe assistenziale. Si è così passati da un modello "infermieristico centrico" ad un modello di équipe, sia "sfruttando" la maggiore disponibilità sul mercato del lavoro di questa nuova figura, sia valorizzando il personale infermieristico che, sollevato dalle attività assistenziali semplici, ha avuto la possibilità di dedicarsi a funzioni più complesse e di maggior responsabilità specifica. Tale scelta risponde all'evoluzione del percorso formativo e al nuovo profilo professionale dell'infermiere (D.M. 739/1994). L'attrazione del personale infermieristico si è resa evidente dall'anno 2005 in poi, allorché le procedure concorsuali per questi professionisti hanno iniziato a vedere la partecipazione di centinaia di infermieri, mentre le precedenti si limitavano a poche decine di domande. Le principali modalità di ingresso restano quelle di tipo concorsuale. Osservando le cause delle cessazioni, si evidenzia il basso numero di operatori che cessano per raggiungimento dei limiti di età, sintomo di un basso indice di stabilizzazione del personale, che non permane in Azienda fino al termine dei limiti di età previsti dalla normativa pensionistica. Le dimissioni ed i trasferimenti restano le motivazioni principali delle interruzioni del rapporto di lavoro.

Ciò sembrerebbe da ricollegare alle opportunità lavorative che il personale ha a disposizione, con la possibilità di scegliere nuove collocazioni, avvalorando l'ipotesi, già confermata dallo *Studio Demografico Professionale* della Regione Emilia-Romagna, che individuava nella residenza anagrafica la variabile che maggiormente influenza il turn over del personale infermieristico, che tende ad avvicinarsi alle zone di provenienza. Pur essendo il turn over del personale dell'Azienda particolarmente elevato, soprattutto per il profilo infermieristico, le azioni di reclutamento poste in atto sono state efficaci, in quanto hanno non solamente compensato il turn over in uscita, ma determinato un incremento di organico.

Tale incremento di organico non è stato sicuramente indolore introducendo problematiche correlate all'inserimento ed addestramento del personale neo-assunto, con notevoli investimenti, in termini di tempo e risorse.

lab. 5 - Cessati per categorie - anni 2005-2007					
Categorie	Pass. altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause	
	Anno 2005				
Dirigenti medici	3	5	5	5	
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	3	0	0	
Personale infermieristico	36	12	1	35	
Personale della riabilitazione	1	1	0	0	
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	
Personale tecnico sanitario	10	4	0	4	
Altro personale ruolo tecnico	2	7	5	0	
Personale OTA, OSS, ausiliari	5	0	0	2	
Personale amministrativo	1	3	0	0	

Tob E Conneti nor notororio anni 2005 d

	Anno 2006			
Dirigenti medici	3	16	1	8
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	1	1	0
Personale infermieristico	25	17	2	40
Personale della riabilitazione	0	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	4	0	2
Altro personale ruolo tecnico	0	18	3	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	8	1	1	15
Personale amministrativo	1	6	3	0

	Anno 2007			
Dirigenti medici	9	10	1	8
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	2	1	3
Personale infermieristico	30	10	4	37
Personale della riabilitazione	1	2	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	7	1	3
Altro personale ruolo tecnico	0	12	2	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	21	2	2	15
Personale amministrativo	1	4	0	2

Tab. 6 - Assunti per categorie - anni 2005-2007					
Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause		
	Anno 2005				
Dirigenti medici	10	13	0		
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	0	1		
Personale infermieristico	9	106	4		
Personale della riabilitazione	0	4	0		
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0		
Personale tecnico sanitario	4	12	0		
Altro personale ruolo tecnico	0	0	3		
Personale OTA, OSS, ausiliari	1	82	3		
Personale amministrativo	1	0	0		

	Anno 2006		
Dirigenti medici	8	28	4
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	3	1
Personale infermieristico	2	106	6
Personale della riabilitazione	1	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	16	1
Altro personale ruolo tecnico	0	0	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	3	128	0
Personale amministrativo	3	0	1

	Anno 2007		
Dirigenti medici	10	39	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	4	0
Personale infermieristico	7	188	7
Personale della riabilitazione	2	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	20	1
Altro personale ruolo tecnico	2	6	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	0	28	6
Personale amministrativo	0	0	1



Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: Atto aziendale e Collegio di Direzione

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, che quotidianamente prestano la loro fondamentale opera per garantire la miglior assistenza e cura ai cittadini che si rivolgono alle strutture dell'ospedale, ha trovato formalizzazione nell'adozione dell'Atto aziendale (delibera n. 221 del 22.11.2006).

La visione esplicitata all'articolo 4 esprime in modo significativo il ruolo che l'Azienda riconosce allo sviluppo del capitale sociale 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". 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.

Nell'ambito dell'Atto aziendale viene delineata, inoltre, l'articolazione organizzativa della tecnostruttura e dei servizi di supporto individuando: le Direzioni tecniche, le Direzioni operative attuative delle politiche aziendali, gli Uffici e i Servizi di staff, il Dipartimento amministrativo, il Dipartimento tecnico e delle tecnologie e i Servizi loro afferenti. Le Direzioni Tecniche Aziendali e le Direzioni Operative Attuative delle Politiche Aziendali contribuiscono alla elaborazione e garantiscono l'omogeneità della attuazione delle politiche aziendali definite dalla Direzione Generale. Su questa base, esse sviluppano sinergie reciproche e assicurano il supporto tecnico-operativo ai Dipartimenti.

Gli organi di staff sono parte integrante dell'organizzazione aziendale e costituiscono il supporto operativo della Direzione aziendale per le azioni strategiche e per lo sviluppo delle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, nonché per il governo delle azioni comunicative e informative. 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 d'intesa tra Regio-

ne Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma, in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale 23 dicembre 2004 n. 29", 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 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.

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 è la funzione di collegamento assolta dal Collegio, anche attraverso la partecipazione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente, in collaborazione con i singoli Dipartimenti ad Attività Integrata.

Il nuovo Collegio di Direzione si è insediato in data 20 febbraio 2007, a seguito delle nomine dei direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata. A seguito della definizione del proprio regolamento di funzionamento, il Collegio ha intrapreso la propria attività a supporto della Direzione Generale. Attraverso il Collegio di Direzione gli operatori concorrono al governo dell'Azienda ed esprimono scelte in tema di sviluppo organizzativo, di formazione professionale e di ricerca. Sono questi gli ambiti su cui si è maggiormente focalizzata l'azione del Collegio.

Organizzazione e sviluppo delle attività e dei servizi

Fra i primi temi posti all'attenzione del Collegio di Direzione è possibile evidenziare il funzionamento degli organi delle strutture dipartimentali: il Direttore del Dipartimento, la Giunta ed il Consiglio di Dipartimento. Infatti è proprio attraverso tali organi che gli obiettivi dell'organizzazione dipartimentale, con particolare riferimento ai Dipartimenti ad Attività Integrata, si realizzano. Il principio della partecipazione, oltre che nella Giunta, trova la massima espressione in seno al Consiglio di Dipartimento che assicura, accanto ai componenti di diritto, la presenza della componente elettiva costituita da una rappresentanza della dirigenza medica, della dirigenza sanitaria e da una rappresentanza degli operatori del ruolo sanitario del comparto. All'interno della componente elettiva è altresì presente una rappresentanza degli operatori titolari di contratti di lavoro atipici.

Nel corso del 2007 sono state intraprese tutte le azioni finalizzate a concretizzare il funzionamento degli organi dei Dipartimenti ad Attività Integrata con l'intento prioritario di giungere alle elezioni della componente elettiva.

A tal fine il percorso organizzativo, sfociato nell'adozione del regolamento elettorale e nella predisposizione entro il mese di dicembre 2007 di tutte le operazioni necessarie allo svolgimento delle elezioni, ha posto in primo piano il ruolo del Collegio di Direzione e quindi la stretta partecipazione dei Direttori di Dipartimento alla consultazione elettorale che si è realizzata nel mese di gennaio 2008. In esito alla consultazione al voto stati eletti 99 rappresentanti con una partecipazione al voto



che si è attestata attorno al 54% degli aventi diritto al voto. Specificatamente per ogni area eleggibile, sono stati eletti: 20 componenti della dirigenza medica; 5 componenti della dirigenza sanitaria; 74 componenti dell'area del comparto del ruolo sanitario.

A seguito delle elezioni si è proceduto in ogni dipartimento dapprima all'insediamento del Consiglio, in seno al quale tra gli eletti sono stati designati due rappresentanti che siedono anche in Giunta, e successivamente all'insediamento della Giunta assicurando così il perfezionamento degli organi dei dipartimenti. Il perfezionamento degli organi dei dipartimenti, tenuto conto della rappresentanza delle componenti sopra delineate, assicura pertanto il concorso dei diversi punti di vista professionali allo sviluppo del dipartimento e quindi il coinvolgimento dei dipartimenti nei processi aziendali.

Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione dei Responsabili assistenziali di Dipartimento.

Fra i diversi interventi che presentano importanti ricadute organizzative è stato, inoltre, sottoposto al Collegio di Direzione, che lo ha approvato, il Piano di mantenimento e di chiusura dei posti letto 2007, al fine di organizzare e garantire l'attività assistenziale in previsione del periodo di ferie estive.

È stato presentato e approvato dal Collegio di Direzione l'organigramma aziendale relativo alla sicurezza, aggiornato secondo il nuovo testo unico.

Formazione professionale

Con la costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, i bisogni formativi dei professionisti verranno identificati secondo l'indirizzo del Collegio di Direzione in relazione agli scenari organizzativi determinati dai processi di innovazione e di sviluppo che si intendono perseguire.

Tenendo conto di tali bisogni e delle linee di sviluppo aziendale, il Collegio ha approvato le Linee guida di indirizzo al Piano Formativo Aziendale riguardante il triennio 2007/2009.

Per quanto riguarda l'area dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e delle prestazioni assistenziali, il Collegio di Direzione ha approvato il programma del corso sull'audit clinico per medici. È stato, inoltre, presentato, per l'area della sicurezza in Ospedale il percorso formativo per dirigenti e preposti in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro. Si rinvia al capitolo 3, nel paragrafo dedicato alla innovazione per ulteriori dettagli sull'attività del Collegio in materia di formazione.

Attività di ricerca e innovazione

Il Collegio di Direzione ha discusso e valutato, in via preliminare, l'interesse, la rilevanza e la ricaduta complessiva delle proposte progettuali definite in ambito aziendale e inerenti le aree di ricerca dei bandi regionali. Sono stati definiti a riguardo i criteri di valutazione per garantire massima trasparenza. Un ulteriore dettaglio su quest'area di intervento del Collegio è riportato nel capitolo 3 al paragrafo dedicato all'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Libera professione

Compete, inoltre, al Collegio di Direzione formulare proposte in materia di libera professione, inclusa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

Nel secondo semestre dell'anno 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha definito un percorso di passaggio al regime ordinario di sistema dell'attività libero professionale intramuraria, superando il precedente sistema autorizzatorio basato, in parte e per diversi dirigenti, sull'utilizzo dello studio privato del singolo professionista richiedente.

Allo scopo di garantire l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria a tutti i liberi professionisti in regime cosiddetto "allargato", l'Azienda ha programmato un'iniziativa volta ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari a rendere disponibili i locali destinati a tale attività all'interno del perimetro aziendale. Il Collegio di Direzione ha approvato all'unanimità la proposta di ristrutturare l'ex Scuola Infermieri da poter adibire ad ambulatori per lo svolgimento dell'attività intramuraria

Tenuto conto che la durata prevista dei lavori legati all'investimento è di circa un triennio e che nel 2007 il sistema dell'attività libero professionale intramuraria risultava particolarmente frammentato, l'Azienda ha avviato una ricerca per reperire nel Comune di Parma un immobile in locazione ad uso ambulatori medici per l'esercizio dell'attività libero professionale (visite ambulatoriali), al fine di concentrare in via transitoria tutti i professionisti in uno spazio dedicato, nell'attesa della conclusione dei lavori edili sopra descritti. A tal fine, è stato individuato un poliambulatorio cittadino quale locale idoneo per l'esercizio dell'attività in oggetto, compresa l'attività di chirurgia ambulatoriale e di giorno; successivamente è stato acquisito in uso esclusivo per effetto di contratto di locazione. Il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole alla proposta presentata.

Allo scopo di rendere più efficiente la propria azione e più fattivo il proprio impegno, il Collegio di Direzione ha individuato al suo interno i referenti dei gruppi per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, la ricerca e innovazione, il rischio clinico.

Proprio in materia di rischio clinico il Collegio ha esaminato la proposta del programma da parte delle competenti strutture aziendali. Analogamente è stato valutato il programma in tema di qualità e accreditamento.

In un'ottica di stretta collaborazione con l'Azienda territoriale, il Collegio di Direzione ha individuato i componenti per la formazione del gruppo di lavoro interaziendale sulle tematiche relative ai rapporti tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e territorio, con particolare riferimento alla appropriatezza prescrittiva, alla flessibilità della domanda, nonché alle metodiche da utilizzare per far fronte al volume della domanda.

Inoltre, è stata sottoposta all'attenzione del Collegio di Direzione la documentazione inerente il monitoraggio 2006 sulle attività aziendali collegate alle indicazioni programmatiche del PAL. Il Piano Attuativo Locale rappresenta un documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi sociosanitari che gli Enti locali e le Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione.



Attraverso questo documento vengono indicati gli obiettivi generali e le azioni che ciascuna Azienda dovrà realizzare per il miglioramento dei livelli essenziali e del benessere collettivo. In tema di integrazione con l'Università, sono state intraprese le azioni volte ad assicurare un ruolo attivo al Collegio di Direzione nell'ambito della definizione dell'Accordo Attuativo Locale concernente la regolamentazione dei medici in formazione specialistica. A tal fine, il Collegio ha nominato i propri referenti per il gruppo di lavoro.

Comitati Pari Opportunità

Nell'ambito delle forme di partecipazione previste dalla normativa contrattuale, trovano spazio i due Comitati per le Pari Opportunità, riferiti al personale del comparto ed alla dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa. Nel giugno 2007, l'Azienda ha sottoscritto con le rispettive rappresentanze sindacali due Accordi relativi alla istituzione di altrettanti Comitati, presieduti da componenti di nomina aziendale.

Il Comitato per le Pari Opportunità dell'area dirigenziale è formato da 8 componenti titolari di nomina sindacale, dai rispettivi supplenti, da 7 componenti di nomina aziendale e dai rispettivi supplenti.

Il Comitato per le Pari Opportunità del Comparto è formato da 4 componenti titolari di nomina sindacale, dai rispettivi supplenti, da 4 componenti titolari di nomina aziendale e dai rispettivi supplenti.

Oltre alla figura del Presidente, sono previste quella del Vice, nominato dal Presidente stesso, ed un Segretario, che nella nostra fattispecie, svolge le proprie funzioni nei due Comitati. Fin dalla prima seduta di insediamento, avvenuta in data 6 luglio 2007 per l'area dirigenziale ed in data 12 luglio 2007 per l'area del comparto, in ottemperanza alle rispettive normative contrattuali, sono stati individuati due componenti designati a partecipare ai lavori dei Comitati mobbing, sempre riferiti all'area del comparto ed all'area dirigenziale, allo scopo di garantire il raccordo tra le attività dei due organismi.

L'attività dei due Comitati si è sviluppata in 8 incontri durante i quali si è proceduto ad approvare i rispettivi Regolamenti di funzionamento, recepiti dall'Azienda con atti deliberativi, che, in riferimento alla normativa contrattuale, alla legislazione nazionale e costituzionale, fissano le modalità di funzionamento ed i loro compiti; ogni proposta viene trasmessa alle rispettive rappresentanze sindacali, unici soggetti abilitati alla contrattazione integrativa poichè i Comitati, come tutte le Commissioni bilaterali, non hanno potere negoziale.

Considerate le affinità di intenti, si è instaurata una stretta collaborazione tra i due organismi, che ora operano congiuntamente per raggiungere i medesimi obiettivi, tra cui, principalmente, l'individuazione di azioni positive per la realizzazione delle parità uomo-donna nel lavoro, come previsto dalla L. 125/1991.

Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

In applicazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs. 626/1994, nel corso dell'anno 2007 sono state condotte le periodiche analisi relativamente agli ambiti strutturali, tecnicoimpiantistici, alle apparecchiature e alle attrezzature elettromedicali presenti in Azienda, nonché alle sostanze utilizzate. Per ciascun ambiente dell'Azienda è stato periodicamente aggiornato il Piano di Emergenza, in relazione a trasferimenti di unità operative, apportando le necessarie modifiche quanto ai percorsi di esodo o agli affollamenti. È stato altresì proposto un programma formativo per il personale, collaterale a quello organizzato con i Vigili del Fuoco, nel rispetto dei contenuti del D.M. 10.03.1998, suddiviso in una parte generale ed in una sezione specifica; in esso sono contenuti tutti i rischi intrinseci delle singole unità lavorative. È stata inoltre sottoposta a procedura la redazione dei registri dei controlli manutentivi per gli impianti elettrici, le attrezzature e i presidi antincendio, gli impianti di ventilazione, i gas anestetici. Risulta significativo l'approfondimento svolto per quanto riguarda le prossime acquisizioni sia di ausili minori che di adeguati sollevapazienti da destinare alle varie unità operative, oltre che di letti elettrici a copertura dell'intera utenza presente; dette attrezzature saranno destinate ad un uso quotidiano a fruizione degli operatori coinvolti; ciò allo scopo di mitigare sensibilmente il numero e la gravità degli infortuni legati alla movimentazione dei pazienti.

Un'adeguata progettazione, secondo i criteri stabiliti dalle norme di accreditamento e di sicurezza antincendio, rappresenta allo stato attuale un aspetto fondamentale della politica attuata dalla Direzione aziendale, per realizzare un migliore e corretto utilizzo degli spazi lavorativi che si rendono necessari sulla base della evoluzione delle esigenze di carattere sanitario-alberghiero, amministrativo e laboratoristico. Ciò ha consentito un graduale ma continuo trasferimento di molteplici unità operative in nuovi spazi appositamenti realizzati.

Infine, a norma dell'art. 11 del D. Lgs. 626/1994, sono proseguiti gli incontri con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e sono stati effettuati i sopralluoghi programmati alla presenza del medico competente.

Sorveglianza sanitaria

Sulla base delle risultanze della valutazione dei rischi e delle mansioni svolte, i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono stati sottoposti agli accertamenti strumentali e visita medica con la periodicità prevista dal protocollo aziendale redatto dal medico competente e dalle vigenti normative. Tali accertamenti vengono effettuati in occasione dell'accesso in Azienda, del cambio di attività, del controllo periodico in base al rischio (radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici, gas anestetici, antiblastici, agenti chimici, agenti biologici, movimentazione manuale carichi, postura, videoterminali). Tutti i lavoratori sono messi a conoscenza dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati, anche attraverso



la consegna di copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche, nonché delle visite specialistiche svolte.

Durante tali visite mediche i dipendenti sono informati sul significato degli accertamenti sanitari e sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

Nel corso del 2007 sono stati sottoposti a visita medica preventiva e periodica **1978** operatori; sono risultati idonei alla mansione specifica **1830**, mentre per i restanti **148** operatori è stato formulato un giudizio di inidoneità parziale di cui **75** nuovi casi.

Nello specifico le nuove inidoneità parziali espresse nel 2007 sono riconducibili alle seguenti problematiche:

 movimentazione manuale dei carichi 	29
 postura eretta prolungata 	11
 lavoro notturno 	10
 allergopatie 	3
 attività invasive svolte in prima persona 	1
• varie	21

Protocolli di sorveglianza sanitaria

Nel corso dell'anno, sono stati rivisti i protocolli delle visite preventive e periodiche. Si è provveduto inoltre a riclassificare la popolazione ospedaliera sulla scorta delle nuove valutazioni dei rischi prodotte dal Servizio Prevenzione e Protezione aziendale.

Gestione del rischio infettivo

Il Servizio effettua attività di consulenza e supporto all'applicazione delle misure preventive e di trattamento specifico da adottarsi in occasione di segnalazioni da parte delle unità operative di malattie infettive trasmissibili (tubercolosi, scabbia, morbillo, parotite, rosolia, varicella, legionellosi, meningite batterica, salmonellosi, eccetera). L'attività di prevenzione si esplica mediante l'effettuazione di indagini microbiologiche mirate agli operatori sanitari (ad esempio ricerca microrganismi patogeni su materiali biologici, indagini sierologiche anticorpali) e successive proposte di trattamenti specifici di protezione (immunoprofilassi passiva e/o attiva, chemioprofilassi, eccetera).

Le vaccinazioni vengono proposte dagli operatori del Servizio di Medicina Preventiva in modo attivo e gratuito; in particolare sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

antinfluenzale	1146
 antidiftotetanica 	560
• antitetanica	54
antiepatite B	334
 antimorbillo, parotite, rosolia 	68
 antipneumococcica 	2

Gestione infortuni a rischio biologico

Come da protocollo aziendale, tutti gli operatori che accedono al Pronto Soccorso per denuncia di infortunio a rischio biologico (puntura/taglio con ago e taglienti, contaminazione muco-cutanea), vengono indirizzati al Servizio di Medicina Preventiva per le misure da adottare ed i controlli da effettuare al fine di ridurre il potenziale rischio di sieroconversione/malattia per HBV, HCV e HIV.

Tali situazioni diventano anche occasione di formazione rela-

tivamente alle procedure da seguire ed alla scelta ed uso dei dispositivi medici appropriati.

Nel 2007 sono stati seguiti **255** operatori (il dato comprende, oltre ai dipendenti dell'Azienda, gli universitari, gli specializzandi, i dipendenti delle cooperative di appalto).

Formazione

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:

- sicurezza igienica dei lavoratori della sanità;
- corso per operatori sanitari esposti a chemioterapici-antiblastici;
- protocolli operativi per la prevenzione dell'influenza;
- corso aziendale sulla radioprotezione rivolto ai radioesposti;
- corso per i dipendenti che operano con le radiazioni nonionizzanti.

Gestione degli infortuni

Infortuni anno 2007

Nelle molteplici situazioni lavorative che si realizzano in una struttura ospedaliera in ragione della concomitante esposizione dei lavoratori a numerosi fattori di rischio, grande attenzione viene rivolta al rischio infortunistico in relazione alla possibile conseguente esposizione ad agenti infettivi che comporta, oltre che per le assenze dal lavoro che esso determina.

La valutazione del rischio specifico, da cui dipende l'individuazione delle misure organizzative procedurali e tecniche per il suo contenimento, non è sempre cosa facile a causa della difficoltà di determinare in maniera quantitativa i diversi fattori che entrano in gioco.

La raccolta sistematica delle informazioni sulle cause degli accadimenti in un ospedale può essere di grande aiuto e facilitare questo compito perché solo a partire dall'analisi dei dati storici si possono ottenere quelle informazioni necessarie per stimare l'entità del fenomeno e delle sue determinanti e, conseguentemente, per progettare interventi globali finalizzati a garantire il più alto livello di sicurezza possibile agli operatori. Scopo del presente contributo è quello di presentare i risultati dell'analisi condotta sul dato infortunistico rilevato in Azienda nell'anno 2007. Le informazioni relative agli eventi infortunistici derivano dall'esame dei dati contenuti nei registri infortuni dell'Azienda e possono essere suddivisi in tre grandi gruppi:

- infortuni "in itinere" infortuni avvenuti sul percorso casalavoro e viceversa;
- infortuni "biologici" infortuni a rischio biologico conseguenti a puntura/taglio con aghi e strumenti chirurgici e/o contatto con materiali biologici;
- infortuni "da altre cause" infortuni da urti, cadute/scivolamenti, mobilizzazione manuale pazienti, movimentazione manuale dei carchi, aggressioni, ustioni e tagli.



Nel corso dell'anno 2007 si è registrato un numero di infortuni complessivo pari a 506, per un totale di giornate lavorative perse di 10.440; l'assenza media per infortunio è pari a 20,63 giorni. A fronte di un numero complessivo di 3.923 dipendenti, il fenomeno infortunistico (cioè il numero di infortuni denunciati all'INAIL/n° totale dipendenti * 100) ha una incidenza del 12,05%, mentre per il rischio biologico risulta una incidenza del 3,84%. Occorre precisare che dei 506 infortuni:

- n. 156 infortuni la cui natura è riconducibile a "eventi di rischio biologico" e che hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 13 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- n. 17 infortuni non sono riconducibili a "infortunio vero e proprio", ma trattasi di "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1.662; inoltre si sono verificate ricadute di infortuni avvenuti prima del 2007 che hanno ingenerato 1.955 giorni di assenza durante l'anno 2007, che incidono per un 16%.

Sotto il profilo di genere, il fenomeno infortunistico presenta la seguente suddivisione:

- maschi infortunati: 131:
- femmine infortunate: 375

Tale distribuzione è da ricollegare al dato evidenziato nel paragrafo dedicato alla "carta di identità" del personale, dal quale si evince la netta preponderanza della componente femminile sulla totalità dei dipendenti. Analizzando nel dettaglio il fenomeno, si evidenzia quanto riportato nella tabella seguente.

Tab. 7 - Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio - anno 2007

Forma	Giornate di assenza	Numero di infortuni
Percutaneo	166	117
Spostando /Sollevando	3581	112
In Itinere	2174	64
Contatto con	239	37
Scivolando	1382	36
Schiacciato da	320	20
Piede in fallo	446	22
Mucocutaneo	28	19
Urto contro	366	18
Movimento incoordinato	378	13
Aggredito	416	114
Si schiacciava	249	9
Caduto in piano	499	10
Imprecisato	70	6
Incidente alla guida	68	3
Colpito da	9	2
Affaticamento Muscolare	46	2
Morso da	3	2
Totale	10440	506

Come si può notare, il dato più significativo sia in termini di numero che di giornate lavorative perse è rappresentato dagli infortuni per movimentazione di carichi o persone, mentre rimane considerevole anche il dato degli infortuni a rischio biologico riconducibile ai percutanei, mucocutanei e contatto; il

dato degli infortuni in itinere rimane significativo anche perché essi comportano una lunga assenza dal lavoro.

Tab. 8 - Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale - anno 2007

professionale - anno 2007		
Profilo professionale	Giornate di assenza	Numero di infortuni
D-coll. prof. san. inferm. ccnl 20.09.01	4162	246
Cat. B-sup. operatore socio sanitario	2797	107
Cat. A ausiliario specializ	563	22
Cat. B op. tecn. ausiliario specializzato	576	17
D-col. prof. san. t.s. lab. Biom ccnl 20.9.01	48	12
Cat.ds-collab. prof. sanit. espcaposala	153	9
D-coll. prof. s.t. san.radiol. ccnl 20.9.01	239	8
Cat.c-ass. tecnico di cucina	115	7
Dirig. Medico-anestesia e rianimazione	61	6
Cat. B operat. tecn. addetto assistenza	35	5
Cat.C - infermiere generico esperto	161	6
Cat. B-super op. tecn. spec. cucina	340	4
Cat. B-sup. op. tecn. add. assistenza	72	3
Cat. D collab. amm.vo prof.	210	3
Dirigente medico-chirurgia generale	8	3
Cat.D coll.P.S. fisioter. ccnl 20.9.01	118	3
Dirig. medmalattie dell'app. respir.	73	3
Cat. B operat. tecn. preparatore di lab.	44	2
Cat.C-ass. tecnico elettricista	90	2
Cat. B operat. tecn. autista	63	3
Cat.B coad. amm.vo add. serv. post.colleg.	31	2
Cat. B op. tecn. termo-idraulico-meccan	14	2
Dirigente medico-cardiochirurgia	2	2
Cat.D coll. prof.san.inf.ped.ccnl 20.9.01	63	2
Cat.D-coll.tecnico prof.le/sett. tecnico	40	2
Dirigente medico-radiodiagnostica	31	2
Cat.d-sup.coll.prof.san. esp.sett.inf.co	5	2
Dirigente medico-medicina interna	2	2
Cat. B op. tecn. add. alle att. albergh	20	1
Cat. B oper. tecn. add. all'accoglienza	10	1
Cat. B oper. tecn. necroforo-necroscopo	18	1
Dirigente medico-malattie infettive	1	1
Cat. B operat. tecn. archivista	12	1
Dirigente medico-cardiologia	1	1
cat. b operat. tecn. cucina	35	1
Cat.C-ass. tecnico di farmacia	46	1
Cat. B-sup. op. tecn.spec. centro elett.	8	1
Dirigente medico-urologia	1	1
Dirig. medmed. fisica e riabilitativa	18	1
Cat. D coll. prof. sanit. fisioterapista	26	1
D coll.prof. ass.sociale ccnl 20.09.01	23	1
Cat. D collab. prof. sanit. ortottista	31	1
Cat. d-super coll. amm.vo prof. esperto	5	1
Cat.D s-coll.prof. sanit. espostetrica	22	1
Cat.C-ass. tecnico necroforo necroscopo	1	1
Dirig. medico-ortopedia e traumatologia	1	1
Totale	10440	506



Le categorie di operatori maggiormente interessate dall'evento infortunistico, come si evince dalla tabella 8, sono gli infermieri, gli operatori socio sanitari e ausiliari, che di fatto, in relazione alle specifiche mansioni svolte, sono coinvolti nella movimentazione di pazienti, ma anche i più esposti agli infortuni a matrice biologica.

Nell'anno 2007 sono state inoltrate cinque domande di riconoscimento di malattie professionali con presentazione dei certificati compilati da parte dei medici curanti. Tre di queste domande sono relative a patologie del rachide lombosacrale. L'Inail di Parma non ha riconosciuto per nessuno di questi tre casi la malattia professionale. Relativamente alle altre due richieste riguardanti in entrambi i casi una diagnosi di epicondilite, l'Inail ha inviato risposta di non riconoscimento.

Formazione all'uso di tecniche antistress per i professionisti sanitari: interventi di prevenzione e riduzione del burn-out

Sono diverse le iniziative che l'Azienda ha attivato nel corso del 2007 sia internamente all'U.O. Psichiatria che esternamente alla stessa, a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere, anche avvalendosi della collaborazione degli psicologi della Funzione di Psicologia Clinica Ospedaliera. Tali figure, pur mantenendo un rapporto stretto con il reparto di afferenza (Nucleo Operativo Centrale), hanno la prerogativa di essere inserite capillarmente all'interno dei vari reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (Nuclei Operativi Diffusi). Questo modello organizzativo a doppio canale all'interno delle aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, ha consentito di compiere un'analisi dei bisogni molto dettagliata nei vari reparti e al tempo stesso di mantenere una visione di insieme ed una coerenza negli interventi proposti. Tra le iniziative più meritevoli di essere menzionate sono, senza dubbio, quelle formative che hanno il duplice intento, da un lato, di fornire strumenti di analisi, valutazione e comprensione dei fattori responsabili del distress e dall'altro, di fornire all'operatore tecniche valide di prevenzione/riduzione dello stress, laddove questo si sia già instaurato.

Uno dei fattori che più comunemente la ricerca identifica come predisponente alla sindrome del burn-out è l'assenza di supervisione clinica e della possibilità di condividere le scelte terapeutiche in un contesto più ampio. La solitudine professionale, specie negli operatori più giovani, spesso causa cattivo adattamento al contesto lavorativo fino a portare l'individuo che ne è affetto a sviluppare disinteresse, cinismo, distacco nel rapporto con l'utente, incapacità a collaborare con i colleghi, fino anche al licenziamento. Per contrastare in modo specifico questo fattore, si è pensato di creare degli spazi istituzionali di confronto e supervisione clinica cui partecipano diverse figure professionali: medici, infermieri, psicologi, psichiatri, specialisti d'organo e altri.

Iniziative svolte nel corso dell'anno 2007

Il briefing quotidiano presso la U.O. Psichiatria consente di affrontare, secondo priorità, le criticità che via via si presentano nella vita di reparto; inoltre è l'occasione per la disamina quotidiana di un caso clinico nel dettaglio; ciò finalizzato non solo ad un migliore apprendimento della storia del paziente e a un approfondimento culturale, ma anche ad una elaborazione delle dinamiche relazionali fra pazienti e operatori.

Gli aspetti in discussione possono riguardare indistintamente problematiche di ordine clinico, relazionale e organizzativo, con particolare attenzione all'analisi dei fenomeni controtransferali e delle dinamiche e dei conflitti eventualmente soggiacenti. La Funzione di Psicologia Clinica Ospedaliera, che afferisce alla U.O. Psichiatria, ha attivato iniziative specifiche con particolare riferimento ad alcune aree dell'Azienda:

- lo psicologo referente per la medicina riabilitativa conduce "Gruppi di discussione di casi clinici per fisioterapisti" e "Gruppi di parole" in cui si affronta la discussione di problematiche avvertite da infermieri, OTA ed OSS;
- su richiesta di alcuni medici e infermieri dell'U.O. Nefrologia è stato strutturato un percorso di incontri formativi che vede la partecipazione dello psicologo referente per l'area rianimazione-nefrologia trapianti. Tali incontri sono stati pensati e strutturati con l'intento di affrontare gli aspetti psicologici di alcune tipologie di pazienti (con insufficienza renale cronica, in pre-dialisi, in dialisi, trapiantati). All'interno del corso è stata prevista una prima parte dedicata ad alcuni aspetti generali della comunicazione e della relazione d'aiuto. L'organizzazione degli incontri vede l'alternarsi di interventi teorici e di momenti dedicati alla discussione di casi clinici e di problematiche legate alla professione da parte dei partecipanti. Ciò in funzione di una sottolineata difficoltà nella gestione di alcuni aspetti legati al proprio ruolo. Nel programma è prevista una presentazione degli aspetti della sindrome del burn-out negli operatori sanitari. Inoltre, saranno forniti ai partecipanti alcuni strumenti di autovalutazione del burnout (Maslach Burn-out Inventory), per consentire agli stessi il riconoscimento di un eventuale condizione di rischio;
- nell'ambito della U.O. Ostetricia e Ginecologia sono stati organizzati incontri quindicinali di discussione di casi clinici, rivolti a ostetriche, medici, infermieri, OSS. Nel corso di tali incontri vengono elaborate le dinamiche interpersonali controtransferali in rapporto all'utente;
- la modalità di intervento nella U.O. Cardiologia prevede la partecipazione di uno psicologo, una volta alla settimana, al briefing mattutino della durata di 1 ora, cui partecipano gli operatori del reparto e successiva restituzione agli operatori delle dinamiche emerse nel corso del briefing;
- gli interventi rivolti specificatamente agli operatori della U.O.
 Pneumologia in relazione alla patologia Sclerosi Laterale Amiotrofica vedono il coinvolgimento mensile di uno psicologo alla riunione di équipe multidisciplinare e contemporanea restituzione agli operatori delle dinamiche emerse nel corso della riunione, in relazione ai casi trattati.

È in atto la realizzazione del progetto "Incontri di discussione interdisciplinare di casi clinici in supervisione", su proposta dell'U.O. Oncologia Medica, che è stata anche proposta come sede degli incontri. Il progetto risponde ad un bisogno di miglioramento continuo ed integrazione tra le varie competenze specialistiche ed ha come obiettivo ottenere una crescente omogeneità di comportamenti e ottimizzare le prestazioni offerte dai servizi aziendali coinvolti.

I risultati attesi sono i seguenti:

 creazione di uno spazio strutturato e dedicato alla "supervisione clinica psiconcologica" che veda coinvolti gli operatori



che si occupano dei pazienti con malattie oncologiche o ematologiche (oncologo, ematologo, psichiatra, psicologo, radioterapista, infermiere);

- "decisioni diagnostiche e scelte terapeutiche collegiali" secondo protocolli preventivamente concordati, elaborati secondo la evidence-based psychotherapy e psychiatry ed in accordo alle principali linee-guida delle società scientifiche di riferimento periodicamente aggiornati;
- "uniformità del modello" di valutazione e intervento psicologico-psichiatrico relativamente ai pazienti oncologici, ematologici;
- favorire lo "scambio e la condivisione di conoscenze" in ambito psiconcologico;
- mantenimento di "elevati standard" qualitativi di attività.

Gli incontri vedono la partecipazione di varie figure professionali (oncologi, ematologi, radioterapisti, psicologi, psichiatri, infermieri), per un numero complessivo di circa 20 operatori. Gli incontri saranno comunque aperti anche ad altri specialisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e/o dell'Azienda USL o ai medici di famiglia interessati ai casi in discussione.

La partecipazione al progetto, che partirà a gennaio 2008 e si concluderà nel dicembre dello stesso anno, comporterà per ciascun professionista incontri mensili per un totale di 24 ore, incontri periodici di aggiornamento scientifico per circa 20 ore.

Accompagnamento empatico della fine della vita: un percorso formativo e i suoi risultati nell'organizzazione del lavoro ospedaliero

La qualità dell'azione professionale e la promozione di un ambiente lavorativo sicuro in un'azienda sanitaria spingono a cercare sostegno per il personale che assicura assistenza ai malati alla fine della vita e che evidenziano problematicità come la carenza di approcci efficaci nel sostegno alla sofferenza dei malati in fase terminale o come, all'opposto, il forte stress professionale derivante dal "farsi carico" dei malati. Da qui prende corpo l'idea di formare i professionisti per aiutarli a realizzare l'accompagnamento empatico o spirituale dei pazienti e delle loro famiglie secondo la tradizione tibetana e inserito nel contesto ospedaliero.

L'accompagnamento spirituale (o empatico) della sofferenza si basa su un rapporto paritetico, giacché si prende parte alla relazione come persone e non come ruoli, coinvolgendo l'intero bagaglio di esperienze personali, tra cui debolezze, sconfitte e difetti, le quali, lungi dall'essere incompatibili con i ruoli terapeutici, arrivano a rinforzarli. I rischi insiti nella relazione di aiuto come manifestazione di compassione sono ovviati dalla relazione empatica.

Il rapporto è paritetico, caratterizzato da uno stato empatico raggiunto dall'operatore mediante apposite tecniche meditative e dal paziente per le vie naturali (il malato, soprattutto il morente, ha una naturale inclinazione verso tale stato secondo la medicina tibetana).

Dovendo basarsi su uno stato di apertura e di creatività congiunta di entrambi i compagni di strada, ossia il malato e l'operatore, l'accompagnamento spirituale non è codificabile in procedure a priori, se non quelle meditative (che però l'accompagnatore applica perlopiù a se stesso, non al paziente). In tale relazione il soggetto è costretto a rinnovare perenne-

mente i propri atteggiamenti, a essere aperto e creativo in ogni istante: in assenza di procedure, niente "proiezioni" e assoluto rispetto del compagno di strada.

Accompagnatore e accompagnato "condividono lo stesso pane" (accompagnare deriva, non a caso, dal latino cum panem): al calore professionale si sostituisce il calore umano, al posto della barriera difensiva nei confronti della sofferenza dell'altro c'è l'abbattimento di ogni barriera.

Il percorso formativo si è svolto nel triennio 2005-2007 ed è stato rivolto a 90 professionisti sanitari, in prevalenza infermieri e tecnici, operanti nelle strutture più a stretto contatto con la fine della vita dei pazienti ed è stato realizzato con la collaborazione della tanatologa e ricercatrice indipendente Daniela Muggia.

Collateralmente al corso di formazione, è stato realizzato – nel maggio 2007 – un convegno al quale hanno preso parte oltre 400 persone sul tema delle relazioni tra malati, famigliari e operatori sanitari nelle fasi critiche del decorso della malattia e al quale sono intervenuti i massimi esperti del settore, tra i quali Eric Dudoit, psicologo clinico dell'ospedale "La Timone" di Marsiglia. I due primi step formativi sono stati realizzati nel 2005 e nel 2006. Nel corso dell'anno 2007 è stato realizzato un retraining, rivolto agli stessi corsisti che hanno partecipato alle prime due parti dell'iniziativa, dedicato alla ricerca di forme di comunicazione che consentano agli operatori di esprimere i contenuti del loro approccio, per non creare incomprensioni o attriti nella loro attività professionale quotidiana.

Prima del retraining formativo, sono stati condotti due studi che mostrano che gli stati meditativi non sono momenti privati, ma stati mentali misurabili, raggiungibili con lo studio e l'addestramento. La meditazione, inoltre, produce benefici misurabili concretamente contro lo stress del personale (primo studio), con una ricaduta positiva anche sul servizio erogato e sulla percezione del malato e della famiglia (secondo studio). I benefici dell'utilizzo delle tecniche meditative sullo stress del personale è tale che nel 79% dei professionisti formati si è osservata una diminuzione oggettiva dello stress (test usati: Maslach Burn-Out Inventory +Hospital Anxiety and Depression Scale), più marcata in coloro che hanno continuato la formazione e si sono esercitati nelle pratiche meditative tibetane dette "della compassione" (risultati valutati con un gruppo di riscontro).

Col procedere della formazione, anche i risultati di chi inizialmente presentava uno stress inamovibile, sono migliorati, fino a consentire di parlare di una diminuzione durevole di stress per quasi il 100% del personale formato. A dimostrazione di questi dati, il confronto tra le assenze dal lavoro nei sei mesi precedenti la formazione rispetto ai sei mesi successivi, ha fatto riscontrare una diminuzione delle assenze del personale coinvolto di circa il 50%.

Circa la percezione del malato e della famiglia sono state raccolte testimonianze di elaborazione precoce del lutto quando la famiglia del malato terminale è accolta con l'accompagnamento empatico, e di effetti analgesici e tranquillizzanti per piccoli pazienti oncologici.

Fra le testimonianze raccolte, ne emergono alcune relative a miniprogetti altamente creativi e a costo zero che hanno cambiato la qualità della vita di malati claustrofobici con necessità di sottoporsi a TAC o a RM con anestesia in condizioni generali che non lo consentono e che, grazie a uno stato



empatico, ristabiliscono la comunicazione; di malati menomati (laringectomizzati, o con miastenia grave) e di pazienti oncologici trattati in day hospital.

Nel 2007, l'intero progetto è stato inviato al **Premio Terzani** per l'umanizzazione dell'assistenza e ha vinto il primo premio. Si tratta di un riconoscimento biennale istituito dalla Scuola di umanizzazione della medicina di Bra (ente formativo nato per iniziativa di alcune Aziende sanitarie del Piemonte e dalla Regione Piemonte stessa), giunto alla sua seconda edizione. Il premio è attribuito a persone o enti che abbiano contribuito all'individualizzazione della cura, all'umanizzazione della medicina e all'integrazione di pratiche mediche provenienti da culture diverse. Alla selezione hanno partecipato sessantanove progetti: quello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è risultato vincitore alla pari con il progetto presentato dall'Istituto nazionale tumori. Il premio assegnato alla nostra Azienda ammonta a 25.000 euro.

Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale

I gruppi professionali, nei luoghi di cura, soprattutto nei reparti ad elevata criticità, sono caratterizzati da relazioni sempre più complesse e da un malessere diffuso.

Nella realtà attuale appare evidente l'enorme divario fra l'alto livello di investimento sulle competenze tecniche e il disconoscimento del ruolo che la relazione con i pazienti riveste.

La soggettività, il coinvolgimento emotivo, sono tuttora considerati "corpi estranei", scomode interferenze da negare perché ostacolanti rispetto all'oggettività, alle tecniche.

Questa scissione e la conseguente mancanza di percorsi formativi sulla gestione delle emozioni, comportano in realtà costi rilevanti sul piano della salute psichica sia dei pazienti sia degli operatori.

Il personale sanitario infatti è sottoposto alla sofferenza emotiva dei pazienti e dei familiari e quotidianamente si confronta con la fatica di tollerare il contatto con il dolore, con la fragilità e con sentimenti molto forti di impotenza.

Le emozioni e i conflitti, se non riconosciuti e compresi, inducono risposte impulsive e meccanismi di difesa disfunzionali con il rischio che le componenti più immature della personalità interferiscano in maniera deleteria sulla qualità dei rapporti con i colleghi e con i pazienti.

Pertanto l'esperienza di confronto all'interno di un gruppo sulle risonanze emotive che inevitabilmente accompagnano gli operatori nella loro pratica clinica, ha una doppia valenza: stimola il riconoscimento degli aspetti irrazionali che influenzano la relazione con il paziente e facilitano la conoscenza reciproca e la costruzione dell'appartenenza al gruppo.

Con questo orientamento teorico-clinico, nel 2007 sono stati dedicati incontri individuali e di gruppo alla comprensione della richiesta di formazione che alcuni operatori sanitari della U.O. Neonatologia, appartenenti a varie categorie professionali, medici, infermieri e caposala, avevano posto.

È stato quindi elaborato un progetto di formazione sul campo e sono state raccolte le adesioni in base all'interesse e alla motivazione. Il progetto è stato presentato al Settore Formazione nel novembre 2007, con il titolo "Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale" e col proponimento di fa-

vorire, all'interno del gruppo, il riconoscimento dei sentimenti percepiti nella pratica clinica e l'utilizzo degli stessi come risorsa per arrivare alla comprensione empatica dei bisogni dei pazienti e dei familiari.

Ciò significa avvicinarsi al modello di care o "presa in cura della persona" in senso globale e, contemporaneamente, "occuparsi della salute psichica di chi lavora". È prevista la partecipazione di operatori con qualifiche differenti: medici, strutturati e specializzandi, infermieri, caposala, personale ausiliario, operatore socio-sanitario.

La metodologia proposta è riconducibile al gruppo di discussione eterocentrato: descrizioni di esempi tratti dal lavoro clinico e osservazioni condotte durante l'attività di reparto, vengono proposte a turno dai partecipanti e diventano l'oggetto della discussione.

Il conduttore interviene per stimolare e orientare il confronto fra i vari punti di vista, con la finalità di comprendere il tipo di relazione che caratterizza il rapporto operatore sanitario-paziente, alla ricerca di modalità di intervento condivise.

Partecipazione al Master I livello in Infermieristica Pediatrica

In accordo con il tutor del master, le ore di docenza in psicologia clinica sono state impostate come esperienza formativa di gruppo, realizzata con discussioni di situazioni emblematiche, tratte dal lavoro clinico e dall'esperienza del tirocinio, integrate con approfondimenti teorici.

Il gruppo ha trattato temi delicati e complessi, fra cui: relazione empatica e "contagio emotivo", la relazione terapeutica con chi soffre di patologia cronica, la fase terminale, i bisogni psicologici di coloro che curano, ed è emerso il bisogno condiviso di un supporto psicologico specifico e continuativo, per poter far fronte al disagio emotivo che inevitabilmente insorge nella pratica quotidiana dei reparti più impegnativi.



Sebastiano Ricci, Dipinto raffigurante Antioco visitato dai medici in presenza della matrigna Stratonice, 1684 ca., olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)



Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

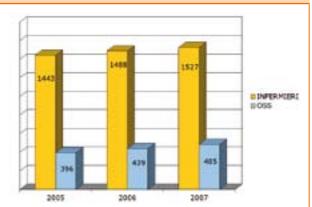
La primaria funzione delle aziende sanitarie è quella di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività. Tale obiettivo, fondamentale per tutti i soggetti istituzionali che nella nostra società si occupano di salute, deve potersi realizzare attraverso risposte ai bisogni di salute espressi dall'individuo, al massimo livello qualitativo possibile e realizzate in modo appropriato, efficiente ed efficace.

La condivisione dei principi e degli obiettivi aziendali da parte dei professionisti si traduce nella possibilità, offerta a ciascun operatore, di esprimere al meglio capacità e conoscenze proprie delle professioni sanitarie e indirizzare tali energie alla realizzazione di cambiamenti che producono i miglioramenti attesi. L'integrazione delle diverse professionalità e delle competenze specifiche, favorisce inoltre i processi di cambiamento producendo risposte adeguate anche a problemi complessi. La scelta dell'Azienda attraverso il Servizio Assistenziale è pertanto rivolta all'individuazione di tematiche assistenziali ed organizzative, in cui i professionisti infermieristici e tecnici possano realizzare un pieno sviluppo delle competenze anche attraverso l'integrazione con le altre professioni sanitarie.

Modelli organizzativo-assistenziali multiprofessionali

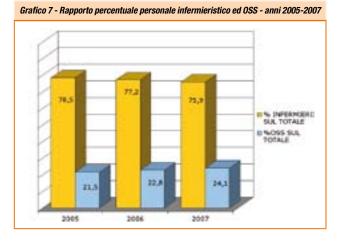
Nel corso del 2007, è stato ulteriormente implementato il progetto volto alla valorizzazione della professione infermieristica, attraverso l'adozione di un modello assistenziale di tipo multiprofessionale, che aveva visto la luce nel biennio 2005-2006. Tale progetto, basato su modello multiprofessionale, ha visto il coinvolgimento di diverse ulteriori unità operative nelle quali è stata inserita la figura dell'operatore socio-sanitario (OSS), peraltro tutti gli inserimenti sono stati preceduti da un'azione formativa ed informativa volta alla conoscenza dei singoli ambiti professionali ed alla costruzione di team integrati nei quali ogni professionista possa essere valorizzato al massimo delle proprie potenzialità professionali specifiche.

Grafico 6 - Offerta assistenziale personale infermieristico ed OSS - anni 2005-2007



Tale indirizzo ha prodotto nelle équipe assistenziali l'adozione di modelli organizzativi maggiormente indirizzati all'assistenza personalizzata, al fine di perseguire obiettivi di qualità delle cure e soddisfazione dell'utente, nonché di motivazione e sviluppo professionale per il personale infermieristico e ostetrico:

- Neurologia e Neurochirurgia ad indirizzo Traumatologico: il cambiamento organizzativo ha previsto l'introduzione dell'OSS e l'approccio assistenziale al modello organizzativo delle microéquipes. Sono stati individuati gruppi di utenti con caratteristiche di omogeneità per intensità o tipologia di cure, e definita la composizione dell'équipe assistenziale che meglio può rispondere ai bisogni di cura degli utenti affidati.
- Chirurgia d'Urgenza: l'integrazione nell'équipe infermieristica dell'OSS ha portato alla revisione del modello assistenziale monoprofessionale precedentemente adottato, verso una visione multiprofessionale. Il percorso formativo, promosso dagli stessi operatori, ha supportato il gruppo dei professionisti nella fase di revisione dei piani di lavoro e nella ridefinizione delle procedure assistenziali. Il modello assistenziale per piccole équipe adottato ha pertanto portato ad un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata, consentendo una buona integrazione delle diverse professionalità presenti.
- Clinica Ostetrica: l'inserimento degli operatori socio-sanitari definisce l'avvio della riorganizzazione dell'area assistenziale ostetrica e la realizzazione del progetto "Percorso Nascita". Tale progetto si pone l'obiettivo di potenziare il processo di presa in carico della donna, secondo un modello organizzativo fondato sull'integrazione interna ed esterna con tutte le strutture interessate. Ciò al fine di garantire la continuità degli interventi di cura, sviluppare e promuovere gli interventi socio-sanitari rivolti alla salute della donna, del neonato, della coppia, della famiglia. Il progetto prevede una prima fase di intervento con l'estensione sulle 24 ore del modello Rooming-in, oggi realizzato nelle sole ore diurne. Tale modalità, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza erogata, permette la valorizzazione e lo sviluppo della professionalità ostetrica, attraverso la presa in carico della mamma e del neonato ed altresì prevede una rilevante modifica nella composizione dell'équipe assistenziale che risulterà costituita da personale ostetrico ed OSS, con forte grado di integrazione e collaborazione tra le professionalità. A questo scopo sono stati realizzati corsi di formazione diretti al personale di supporto e al personale ostetrico.



Sviluppo di ruoli e responsabilità nella gestione dei processi organizzativo-assistenziali

Al fine di promuovere la qualità delle attività assistenziali vengono identificati dei processi organizzativi che, per le caratteristiche insite di importanza strategica, il forte impatto sulla qualità delle cure e la considerevole importanza economica, necessitano di una gestione connotata da una ampia responsabilità degli operatori nelle scelte tecniche e professionali. In tale ottica, per la gestione di alcune aree, sono stati identificati operatori infermieristici che, per competenza tecnico professionale e capacità di individuare scenari di sviluppo futuro, hanno elaborato e realizzato processi di intervento trasversale sulle unità operative aziendali.

• Processo di integrazione delle Lungodegenze e dimissioni difficili (cfr. capitolo 3): l'analisi delle attività realizzate nel corso del 2006 ha individuato, tra gli obiettivi prioritari per l'anno 2007, quello della rivisitazione del protocollo riguardante le procedure di presa in carico, da parte dei servizi territoriali, del paziente al momento della dimissione. La commissione interistituzionale, costituita secondo l'Accordo di programma fra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL e Comune di Parma, ha evidenziato quale momento di maggiore criticità, il percorso informativo, essenziale per la continuità delle cure. La modalità di trasmissione delle informazioni cliniche e assistenziali è stata quindi ridefinita individuando, nella comunicazione tra il medico di medicina generale e il medico dell'U.O. ospedaliera, la via preferenziale per concordare ed individuare i servizi necessari per la prosecuzione delle cure in previsione della dimissione dei pazienti con bisogni di tipo sanitario. Le informazioni comprendono tutte le necessità di assistenza infermieristica, individuate congiuntamente al personale infermieristico che segue il percorso di ricovero dell'utente. L'ulteriore sviluppo del processo descritto prevede l'estensione alla totalità delle unità operative dell'Azienda, della procedura "Dimissioni difficili" sino ad ora adottata dalle sole UU.OO. di Lungodegenza, assicurando in tal modo la continuità assistenziale dei pazienti che necessitano di proseguire le cure presso il proprio domicilio o i Servizi territoriali.

Al fine di sviluppare il processo di integrazione delle unità operative di lungodegenza ospedaliera, sono stati formulati protocolli inerenti le attività assistenziali che presentano caratteristiche di complessità, elevata frequenza di esecuzione, elevato grado di criticità assistenziale, rischio per l'utente, difformità di comportamenti degli operatori. Le istruzioni operative elaborate dai professionisti sono state adottate nella totalità delle unità operative di lungodegenza, con positive ricadute in termini qualitativi dell'assistenza erogata e di facilitazione del processo di inserimento del neoassunto.

Osservatorio aziendale ulcere cutanee: la prevenzione delle lesioni da decubito (Ldd) è un obiettivo regionale di particolare rilevanza, che permette di valutare la qualità assistenziale delle aziende sanitarie. Al fine di raggiungere la migliore performance è necessario conoscere l'incidenza del fenomeno "lesioni cutanee" a livello aziendale, predisponendo un'attività di monitoraggio, attuando dei percorsi formativi specifici rivolti al personale coinvolto nel processo assistenziale, adottando delle linee guida e istruzioni ope-

rative inerenti la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito, realizzando un idoneo uso e una corretta gestione dei presidi antidecubito. Tali obiettivi sono stati perseguiti nel corso del 2007 attraverso diverse attività, quali: la formazione del personale assistenziale, il monitoraggio della prevalenza delle Ldd, le verifiche sull'appropriatezza di utilizzo dei presidi antidecubito, la revisione e diffusione del protocollo aziendale per la prevenzione e il trattamento delle Ldd, l'attività di consulenza per la valutazione di ferite difficili, la collaborazione con l'Agenzia Intercent-ER.

L'attività di formazione relativa alla prevenzione ed al trattamento delle Ldd è stata realizzata nella U.O. Ortopedia e nella S.S.D. di Medicina interna, Reumatologia e sezione detenuti aziendale, con il coinvolgimento di molti operatori, sia infermieri che OSS. Il corso ha previsto un iniziale momento di approfondimento teorico in aula, seguito da una formazione sul campo per una durata complessiva di 30 ore. Considerato il livello di interesse e la motivazione mostrata dagli operatori, l'esperienza formativa verrà estesa agli operatori afferenti alle unità operative in cui si è evidenziata una maggiore prevalenza nelle lesioni da decubito. Il monitoraggio relativo all'insorgenza di Ldd si è avvalso di audit clinici e di indagini di prevalenza, modalità operative essenziali al fine di una corretta valutazione complessiva del fenomeno. I dati ricavati consentono di pianificare gli interventi adeguati al fine della corretta gestione del fenomeno Ldd.

Tab. 9 - Indagini di prevalenza			
	Dicembre 2006	Giugno 2007	Dicembre 2007
Pazienti valutati	895	827	868
Pazienti con Ldd	97	105	80
Prevalenza	10.84%	13%	9 22%

La revisione del protocollo sulla prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito consente agli operatori di usufruire di un documento costantemente aggiornato che recepisce e contestualizza le più recenti linee guida internazionali in tema di Wound Care, offrendo all'utente elevati standard qualitativi. Per ottenere una capillare diffusione del documento e renderne agevole la consultazione, il protocollo è stato inserito nella intranet aziendale. Una ulteriore implementazione avrà luogo grazie ai corsi di formazione previsti per l'anno 2008.

L'attività di consulenza offerta dai professionisti esperti per la valutazione ed il trattamento di ferite difficili ha lo scopo di migliorare ed uniformare le procedure adottate dai professionisti e rappresenta uno degli obiettivi perseguiti nell'anno 2007. Sono stati eseguiti circa 500 interventi di prima consulenza e, in un numero considerevole di casi, si è proceduto a rivalutazioni successive. È in fase di elaborazione un database per la raccolta ed elaborazione dei dati relativi all'attività descritta. Per le specifiche competenze in Wound Care il Responsabile dell'Osservatorio è stato componente della Commissione tecnica dell'Agenzia Intercent-ER nell'ambito della stesura dei capitolati tecnici relativi alla gara regionale per l'acquisizione di medicazioni tradizionali ed avanzate e dei presidi antidecubito.





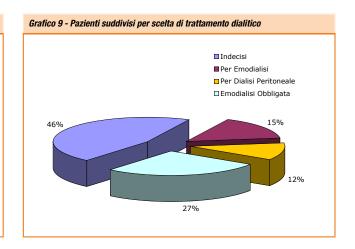
Sviluppo dell'apporto specialistico dei professionisti

Lo sviluppo delle competenze dei professionisti riveste una fondamentale importanza per il miglioramento dei processi assistenziali, non solo in termini di qualità della prestazione erogata ma anche di qualità percepita dagli utenti. Il patrimonio professionale dei singoli, arricchito dalla formazione continua e dall'esperienza, acquisita in contesti lavorativi motivanti, produce cambiamenti organizzativi creando sinergie che coinvolgono le diverse professionalità, infermieristiche, tecniche e mediche, rispondendo ad obiettivi propri delle aziende.

· Ambulatorio Predialisi: il percorso dell'utente affetto da insufficienza renale cronica è stato riorganizzato creando una rete di interazioni tra i professionisti. L'obiettivo del progetto è di offrire tutte le opzioni terapeutiche del trattamento dell'uremia per permettere al paziente di scegliere in libertà e conoscenza, attraverso la collaborazione di medici e infermieri dedicati. Il percorso elaborato ha previsto la creazione dell'ambulatorio predialisi, intendendo con tale termine l'attività di accompagnamento del paziente nella scelta del trattamento dialitico e al trapianto renale. Vengono infatti realizzati incontri informativi condotti dagli infermieri esperti in assistenza al paziente dializzato e al paziente portatore di trapianto renale, e da medici specialisti in nefrologia. L'équipe multidisciplinare si completa con l'apporto di altri professionisti: psicologo, genetista, dietista. Nei primi 13 mesi di attività (dicembre 2006 - dicembre 2007) sono stati seguiti 52 pazienti, con un incremento significativo dei pazienti che hanno scelto il trattamento dialitico peritoneale: 5 pazienti in trattamento dialitico peritoneale a dicembre 2006, 17 pazienti a dicembre 2007.

- Grafico 8 Distribuzione dei pazienti predialisi in relazione al trattamento dialitico
- Trattamento Emodialisi Dialisi Peritoneale

- Gestione del paziente con sindrome coronaria acuta con ST sopraelevato (si veda il capitolo 3): il progetto ha previsto il coinvolgimento di professionisti medici e infermieristici esperti nelle diverse attività assistenziali (Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso, Servizio di Emodinamica, UTIC) per il raggiungimento dell'obiettivo di miglioramento della prognosi, a breve e lungo termine, della persona che presenta Sindrome Coronarica Acuta STEMI, oltre che di creazione di uno strumento mirato alla realizzazione della tempestività degli interventi assistenziali (door to ballon < 90 minuti). Il Percorso Diagnostico Terapeutico prevede la definizione delle procedure da adottare dall'insorgenza dei sintomi, all'effettuazione dell'intervento di angioplastica sino alla dimissione e ai follow up programmati. Nella fase di presa in carico del paziente sono stati perseguiti obiettivi di qualità e tempestività di intervento e particolare cura all'approccio olistico alla persona e alla famiglia. La procedura ha previsto l'identificazione di un Case Manager infermieristico che, in stretta collaborazione con il cardiologo, accoglie il paziente all'ingresso in Pronto Soccorso, ne segue il percorso presso il Servizio di Emodinamica e, nella fase di ricovero, presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC). Per l'individuazione del personale infermieristico più idoneo a ricoprire tale ruolo sono stati utilizzati criteri di competenza ed esperienza specifica nel trattamento del paziente in fase acuta. Nell'anno 2007 la fase di avvio del progetto ha previsto la stesura delle procedure, la formazione del personale infermieristico dell'UTIC, individuando in tale équipe il gruppo professionale che maggiormente risponde ai criteri definiti. Nel dicembre 2007 la fase di implementazione della precedura ha previsto la realizzazione di un convegno, in 8 edizioni, indirizzato a tutto il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL, avente per tema "Il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale del paziente con IMA".
- · Centro Emofilia (si veda il capitolo 3): il progetto "Collegamento in rete dei centri emofilia", implementato nel 2007, ha esteso l'utilizzo della cartella informatizzata a tutti i centri emofilia regionali, diffondendo tale importante strumento per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni cliniche dei pazienti. Allo scopo di migliorare la qualità delle cure offerte, è stata inserita, nell'équipe assistenziale, una infermiera dedicata, con l'obiettivo di integrare l'attività medica con interventi di tipo educativo rivolti al paziente, ed attivi-



174

conservativo

tà di formazione indirizzata agli operatori infermieristici dei centri emofilia della regione. A tal proposito, nel 2007, sono stati effettuati due corsi formativi sul ruolo dell'assistenza e sull'utilizzo della nuova cartella clinica informatizzata, rivolti agli operatori e agli utenti. L'équipe medico-infermieristica ha inoltre elaborato procedure e percorsi diagnostico-terapeutici rivolti al corretto approccio del paziente emofilico ricoverato in degenza ordinaria e in day hospital quale strumento di presa in carico del paziente in diverse specialità quali quelle ortopediche, odontoiatriche, fisiatriche, pediatriche, chirurgiche, eccetera.

Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema di valutazione delle performance professionali

La riforma che ha interessato in questi ultimi anni la Pubblica Amministrazione ha ridisegnato il ruolo del "dirigente" conferendo una "responsabilità" maggiore rispetto al passato, e questo in relazione a nuove funzioni e a nuovi compiti.

La rilevanza di tale ruolo è percepita con chiarezza nel settore sanitario per la caratterizzazione delle specificità in compresenza di una riorganizzazione delle strutture su base dipartimentale, che richiede una profonda revisione del modo di operare dei servizi e dei professionisti in essi impegnati.

L'Azienda si propone di sviluppare le capacità delle proprie risorse umane con un forte orientamento allo sviluppo della professionalità, intesa come incremento di conoscenze, di capacità, di consapevolezza e disponibilità ad assumere responsabilità, adottando sistemi coerenti con le politiche di coinvolgimento e di potenziamento del personale.

L'affidamento degli "incarichi" consentirà all'azienda di raggiungere l'assetto produttivo e gestionale più consono ai propri obiettivi e meglio rispondente al nuovo modello organizzativo e si presenta come uno dei momenti principali della conduzione aziendale che, per mezzo di esso, si identifica, definendo:

- il proprio modello organizzativo;
- le tipologie di incarico che meglio possono corrispondere alle esigenze gestionali, superando un modello che privilegiava meccanismi legati all'anzianità o ad altri automatismi;
- il rango delle posizioni e delle relazioni professionali, agevolando in tal modo la differenziazione sia delle responsabilità che di quella parte della retribuzione del dirigente correlata a ciò che realmente realizza o che dovrebbe realizzare;
- il superamento della visione del rapporto di lavoro come scambio operato/retribuzione, tipico dell'attività subordinata, con una che ha come base il riconoscimento all'obbligazione di risultato, elemento primario del rapporto stesso.

Le parti coinvolte, nell'attuazione di questi indirizzi, hanno riconosciuto l'importanza di questo orientamento ed hanno scelto criteri di graduazione delle posizioni per sviluppare una corretta differenziazione rispetto ai contenuti di responsabilità ed alla valorizzazione delle figure professionali. È stato effet-

tuato un importante lavoro di descrizione e graduazione delle posizioni aziendali per il personale sia della dirigenza che del comparto, in ordine alle nuove responsabilità individuate con l'istituzione delle posizioni organizzative e con la possibilità di modulare i coordinamenti in relazione alla complessità.

Relativamente all'area della dirigenza medica, l'Azienda ha provveduto a rivederne l'assetto pervenendo alla modifica del modello organizzativo e degli incarichi dirigenziali. Ciò si è reso necessario in conseguenza all'adozione dell'Atto aziendale e alla definizione dell'Accordo Attuativo Locale del Protocollo d'intesa Regione Emilia-Romagna e Università e allegati. Quale diretta conseguenza sono state avviate le procedure per la valorizzazione degli incarichi dirigenziali, mediante loro istituzione, trasformazione ed integrazione, interessando sia personale medico ospedaliero che universitario con attività assistenziale, descrivendo le specifiche competenze mediante stipula di apposito contratto individuale contenente tutti gli elementi essenziali per tipologia, missione e area di responsabilità, obiettivi generali, modalità di verifica e valutazione, retribuzione di posizione. Gli incarichi dirigenziali hanno durata triennale.

Tutto il sistema della valutazione opera in stretta connessione con la mappatura e i contenuti professionali di ogni singolo incarico: compiti e responsabilità lavorative, graduazione delle funzioni, assegnazione di obiettivi gestionali e professionali; divenendo parte integrante dell'assetto organizzativo aziendale. Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi generali:

- "trasparenza" dei criteri e delle metodologie adottate ed obbligo di "motivazione" della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio.

I Dipartimenti ad Attività Integrata, le strutture complesse, le strutture semplici e i programmi equivalenti così determinati sono sottoposti ai medesimi criteri di verifica sotto il profilo gestionale ed economico. I relativi responsabili rispondono delle risorse assegnate e dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assistenziali programmati.

Ogni incarico di direzione è soggetto a verifica periodica delle capacità organizzative e dei risultati di gestione. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico. Le verifiche concernono le attività professionali svolte e i risultati raggiunti, il livello di partecipazione con esito positivo ai programmi di formazione continua e sono effettuate da un apposito Collegio Tecnico.

Il Collegio Tecnico esprime il giudizio relativamente alle capacità professionali e gestionali del valutato, che costituirà condizione per l'eventuale rinnovo o revoca dell'incarico ricoperto. Il Collegio Tecnico è un organismo a composizione variabile costituito di volta in volta ed in relazione al Dipartimento di afferenza del soggetto da valutare; la composizione è definita da apposita regolamentazione aziendale.

Il giudizio del Collegio Tecnico tiene conto:

- delle esperienze e competenze specialistiche riferite alla posizione;
- delle esperienze e capacità gestionali riferite alla posizione. In particolare, la valutazione tiene conto dei seguenti indicatori:
- conoscenze tecniche e di ruolo: pubblicazioni e attività scientifica; documenti interni prodotti nel periodo oggetto di



valutazione (linee guida, PDT, eccetera); attività di aggiornamento con particolare riferimento a quelle promosse;

- abilità pratiche: casi trattati nel periodo considerato per tipologie principali; progetti o ricerche di sviluppo;
- orientamento al risultato e capacità di relazione: appropriatezza e tempestività nella tenuta della documentazione clinica; attenzione al risultato, ai tempi di attesa, ai costi, agli indicatori di domanda e offerta; capacità di lavorare insieme, di motivare e valutare i collaboratori, sia medici che infermieri; attenzione alla gestione della relazione di cura con i pazienti; consapevolezza e capacità di gestire i rischi possibili per i pazienti e per il personale;
- area dell'organizzazione e della leadership: capacità di organizzare e pianificare le attività proprie e dei collaboratori; capacità di guida, affiancamento, sviluppo dell'autonomia professionale dei collaboratori; capacità ed attitudine ad affrontare i problemi con una visione globale delle aree di responsabilità e degli obiettivi delle differenti funzioni;
- area dei comportamenti nel gruppo: capacità di porsi obiettivi e disponibilità alla cooperazione e ad offrire il proprio contributo per il raggiungimento dei risultati professionali e aziendali;
- area della comunicazione: capacità di stabilire e mantenere rapporti professionali con i colleghi dell'ospedale e della rete clinica (specialisti, medici di medicina generale, eccetera).

Nel biennio 2006-2007 è continuata la gestione del processo di verifica degli incarichi relativamente all'area della dirigenza, sottoponendo a valutazione da parte del Collegio Tecnico 232 dirigenti ospedalieri e 78 dirigenti universitari.

Nel corso dell'anno 2007 è stato inoltre consolidato il sistema classificatorio del personale definito dalla contrattazione nazionale, che ha inteso superare definitivamente il precedente sistema di inquadramento del personale del Servizio Sanitario Nazionale basato sulle posizioni funzionali di cui al D.P.R. 761/1979 e del D.P.R. 384/1990, attraverso l'introduzione di un nuovo e diverso sistema tale da consentire un giusto contemperamento tra valorizzazione dell'autonomia organizzativa delle aziende ed enti, esigenze di sviluppo professionale dei dipendenti e rispetto dei vincoli di bilancio e risorse contrattualmente definite.

L'attuale sistema di classificazione del personale dell'area del comparto ha modificato alcuni aspetti peculiari del precedente modello anche per aumentare il grado di flessibilità dell'utilizzazione delle risorse umane, introducendo significative innovazioni:

- consentire sviluppi retributivi e di carriera non ancorati al posto e all'anzianità ma ad una evoluzione delle competenze professionali;
- lasciare agli enti la definizione dell'articolazione organizzativa e le modalità di gestione, con l'autonoma definizione delle modalità di gestione dei sistemi di progressione verticale.

Pertanto, tenendo conto del processo di riqualificazione del personale iniziato nella precedente tornata contrattuale, sono stati realizzati, in relazione alle esigenze organizzative dell'Azienda, nuovi interventi di sviluppo professionale del personale appartenente al ruolo amministrativo ed al ruolo tecnico mediante progressione verticale.

Dal 2001 ad oggi, in virtù di tali processi di riqualificazione, 256 dipendenti hanno beneficiato di un passaggio alla categoria

superiore a quella di inquadramento, di cui 137 operatori del ruolo amministrativo e 119 operatori del ruolo tecnico.

Già dal 2002 l'Azienda ha provveduto alla individuazione delle posizioni organizzative nelle quali opera il personale del comparto nei ruoli sanitario, tecnico ed amministrativo.

Esse prevedono lo svolgimento di funzioni con assunzione di diretta elevata responsabilità. Esse sono:

- posizioni gerarchico-funzionali riconducibili ad articolazioni organizzative aziendali;
- posizioni di processo riconducibili ad aree critiche assistenziali volte all'integrazione tra i servizi.

Le posizioni sono istituite e conferite con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Responsabile della struttura di afferenza che ne determina contestualmente lo scopo, le aree di responsabilità, le finalità principali attraverso la redazione di singole job description.

Le singole posizioni organizzative dell'Azienda vengono sottoposte ad un "processo di pesatura" che permette di attribuire a ciascuna un "peso" cui corrisponde quella che sarà la valorizzazione economica.

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

La retribuzione di risultato per il personale dirigente si basa sui principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e, in ambito aziendale, è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi specifici dei dipartimenti e delle strutture organizzative aziendali prefissati e concordati durante il processo negoziale di budget.

L'accordo aziendale riguardante l'anno 2007, pur confermando l'impianto generale adottato per l'anno 2006, mette in evidenza e valorizza, in modo ancora più significativo, il ruolo dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura in ordine al processo di verifica sull'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget ed assegnati alle articolazioni aziendali.

Il sistema premiante per il personale dirigente previsto per l'anno 2007 si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

- attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato;
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie (verbali delle riunioni riportanti le firme dei presenti, obiettivo della riunione, contenuti delle discussioni, decisioni prese, eccetera), da far pervenire alla Direzione Aziendale entro il termine fissato;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica;
- valutazione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle strutture organizzative (strutture complesse/strutture semplici) sulle modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.



Viene data, inoltre, particolare importanza all'introduzione di specifici obiettivi individuali assegnati ai Direttori di Dipartimento quali:

- verifica dell'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget tramite l'invio di relazioni trimestrali alla Direzione Aziendale;
- governo della domanda (miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati), diffusione e condivisione delle linee guida regionali e nazionali e verifica adesione mediante audit clinici strutturati.
 Un altro aspetto innovativo importante, nell'ambito del percorso valutativo, in ordine alla determinazione della quota individuale di risultato, che viene erogata a consuntivo (il regime dell'acconto per tutti i dirigenti è stato sospeso a far tempo dall'1.1.2006), sta nel rapporto tra la percentuale che rappresenta il grado del risultato ottenuto e l'abbattimento che ne consegue sulla retribuzione di risultato, adottando i seguenti parametri:
- l'abbattimento è totale se la percentuale si colloca al di sotto o pari al 70%;
- l'abbattimento è pari al 40% se la percentuale si colloca tra il 71% e l'80%;
- l'abbattimento è proporzionale alla percentuale se il risultato ottenuto si colloca tra l'81% e l'89%;
- la quota non subisce alcun abbattimento se il risultato ha registrato un conseguimento tra il 90% ed il 100%.

Il processo di valutazione degli obiettivi avviene a consuntivo e con cadenza annuale secondo il seguente percorso:

- da parte della Direzione Aziendale per tutti i dirigenti circa il grado di conseguimento degli obiettivi d'équipe assegnati alle articolazioni/strutture di riferimento e per i Direttori di Dipartimento relativamente agli obiettivi individuali sopra esplicitati;
- da parte del Nucleo di valutazione, in seconda istanza, che verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di avvalorarne l'esito definitivo.
 Ulteriore elemento qualificante nel contesto del sistema della retribuzione di risultato è il percorso, tra l'altro già sperimentato per l'anno 2006, relativo all'individuazione di un premio individuale, da riconoscere, a seguito di una valutazione di merito da effettuarsi da parte della Direzione Aziendale, a quei professionisti che hanno dimostrato specifiche capacità gestionali ed organizzative per la realizzazione di programmi e di attività di elevato contenuto strategico aziendale.

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 2007 ha confermato, relativamente alla quota d'incentivo di produttività ricorrente, sia i criteri generali che le modalità di gestione già adottati nei precedenti accordi.

All'interno di tale impianto, assume particolare rilievo la stretta correlazione tra le quote premianti ed il grado di realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché il riconoscimento dell'impegno individuale (in termini di presenza in servizio) ga-

rantito da ciascun operatore e finalizzato al mantenimento dei livelli prestazionali quali-quantitativi di ciascuna unità operativa. L'erogazione dell'incentivo di produttività avviene attraverso il regime degli acconti mensili e sostanzialmente si basa sulla valorizzazione dei seguenti parametri:

- la qualifica funzionale d'inquadramento;
- il profilo orario per il personale assistenziale impiegato nella turnistica;
- l'effettiva presenza in servizio.

Parallelamente all'incentivo di produttività ricorrente, nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale, si è dato spazio all'introduzione di un ulteriore premio: "premio per progetto responsabilità".

L'erogazione di detto premio avviene a consuntivo, a seguito di una valutazione da effettuarsi da parte della Direzione Aziendale, a quegli operatori che hanno dimostrato di essere il punto di riferimento per la capacità dimostrata nell'assunzione di responsabilità nel contesto organizzativo in cui operano. Nei grafici che seguono si evidenzia come nell'anno 2007, rispetto ad un ammontare complessivo dei fondi contrattuali per le aree della dirigenza pari a € 12.359.963,40, la quota destinata alla retribuzione di risultato incida per il 36%, mentre per i fondi contrattuali dell'area del comparto, a fronte di un totale complessivo pari a € 18.723.363,39 la quota destinata a retribuire l'incentivazione alla produttività incide per il 22%.

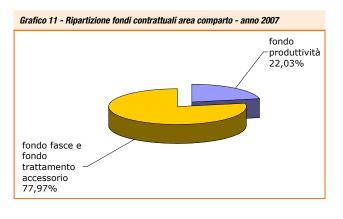
fondo posizione e fondo trattuali aree della dirigenza - anno 2007

fondo retribuzione di risultato

64,11%

35,89

fondo posizione e fondo trattamento accessorio





Formazione

Il quinquennio di sperimentazione dell'Educazione Continua in Medicina prevede per il 2007 un periodo di transizione in attesa di una revisione degli indirizzi e delle modalità di formazione dei professionisti sanitari.

Particolare attenzione è rivolta alla formazione alla ricerca, in base agli indirizzi del programma di Ricerca Regione-Università 2007/2009 e alla formazione sul campo (FSC), paradigma formativo che oggi meglio si presta a sostenere lo sviluppo del Sistema Sanitario.

Il programma di Ricerca Regione-Università 2007/2009 prevede una formazione alla ricerca e la creazione dei research network, attraverso la definizione di progetti formativi mirati a fornire ai professionisti le competenze necessarie perché gli operatori possano essere protagonisti di attività di ricerca e accompagnino l'introduzione delle innovazioni clinico organizzative. La formazione sul campo, nell'ambito dell'ECM, evidenzia l'opportunità di utilizzare i processi di apprendimento che avvengono nelle pratiche quotidiane di lavoro attraverso periodi di affiancamento, partecipazione a gruppi di miglioramento, a commissioni, ad audit e a ricerche.

Obiettivi della formazione aziendale nell'anno 2007

Si delineano, di seguito, gli obiettivi generali che hanno connotato la Formazione nell'anno 2007:

- sostenere la riorganizzazione dipartimentale: l'attivazione dei Dipartimenti ad attività integrata sta mutando l'assetto organizzativo dell'Azienda e dell'Università degli Studi. Risultano quanto mai opportuni sistematici interventi formativi che favoriscano e potenzino l'assimilazione del nuovo assetto:
- migliorare la comunicazione con l'utente e la famiglia: la capacità di comunicazione con l'utente e la famiglia entra di diritto nelle competenze dei professionisti della sanità. Sviluppare competenze relazionali nei professionisti permette di integrare il tradizionale modello di cura con la presa in cura della persona e della famiglia in senso globale. Inoltre viene sempre più valorizzato il ruolo della comprensione empatica come atto terapeutico;
- incentivare la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro: gli attuali sistemi organizzativi sono connotati da alti livelli di complessità riconducibile alla struttura a rete dei flussi informativi, a sistemi di decisione multipolari, ad ambiti di competenza differenziata ed obiettivi multipli. Lavorare sulle dinamiche dell'équipe pluri-professionale fornisce competenze per affrontare la complessità del lavoro;
- formare alla ricerca al fine di integrare la ricerca scientifica con le esigenze assistenziali: i progetti di formazione sostenuti dal Servizio Sanitario Regionale devono essere finalizzati ad aumentare il numero di operatori sanitari capaci di utilizzare adeguatamente la ricerca nella clinica e di essere partecipanti attivi di progetti di ricerca, accompagnando l'introduzione delle innovazioni clinico-organizzative con stili di pratica efficaci ed appropriati;

 integrare la didattica con le esigenze assistenziali: si rende necessaria una ridefinizione e condivisione tra Azienda sanitaria e Università relativamente ad obiettivi e performance attese nei percorsi formativi di base, post-base, specialistici e di educazione continua affinché vi sia continuità e sinergia.

Educazione Continua in Medicina

Il Servizio Formazione, per l'area ECM, prevede percorsi formativi strutturati su due livelli:

- formazione trasversale: comprende i progetti formativi di supporto alle attività strategiche aziendali ed alle strutture di staff (Governo Clinico, Qualità ed Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico, eccetera). Questa formazione intende sviluppare percorsi integrati su tematiche specifiche, quali la comunicazione, lo sviluppo della motivazione, la gestione dei gruppi di lavoro con particolare riferimento allo sviluppo di reti di professionisti (Reti di Referenti Dipartimentali);
- formazione dipartimentale: si rivolge essenzialmente allo sviluppo di competenze clinico professionali, organizzative e relazionali. Con la costituzione dei Dipartimenti ad attività integrata, i bisogni formativi dei professionisti verranno identificati secondo l'indirizzo del Collegio di Direzione in relazione agli scenari organizzativi determinati dai processi di innovazione e di sviluppo che si intendono perseguire.

Dati di attività

Per quanto riguarda l'aggiornamento interno, nel 2007 sono state proposte n. 539 iniziative formative (il dato è comprensivo delle riedizioni dei corsi) sia organizzate dai dipartimenti clinici che dai servizi trasversali, per un totale di 54.626 ore di formazione. La maggior parte di queste iniziative è rappresentata da eventi residenziali (n. 527) di cui:

- il 56% di tipologia tecnico-professionale;
- il 23% di tipologia organizzativo-gestionale;
- il 16% di tipologia comunicativo-relazionale;
- il 5% a carattere etico.

Rispetto ai dati dell'anno 2006, si riscontra un incremento delle iniziative a carattere organizzativo gestionale (+5%) ed a carattere comunicativo-relazionale (+4%). Si registra, inoltre, un incremento del numero dei percorsi formativi di durata superiore alle 20 ore (+3%) mentre rimane pressoché invariato il numero di iniziative di durata media 3-6 ore (46%). La maggior parte delle iniziative formative organizzate (69%) è rivolta ad un numero non elevato di partecipanti; ciò sta ad indicare che nella progettazione dei corsi sono state favorite le metodologie didattiche attive od interattive che prevedono l'intervento diretto dei partecipanti piuttosto che lezioni frontali, utilizzate in convegni, workshop e seminari.

L'apprendimento tramite l'attività di formazione sul campo (FSC) è ancora parzialmente utilizzato (solo il 10% sul totale complessivo delle iniziative proposte) ed è rappresentato prevalentemente da partecipazione a progetti di miglioramento (67%) e da attività di addestramento (29%). Si registra un leggero decremento dei progetti di FSC rispetto all'anno 2006, in tendenza con la più generale diminuzione degli eventi



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

proposti, anche in considerazione del più esiguo numero di crediti da conseguire. L'accesso all'aggiornamento esterno, rispetto all'anno 2006, è leggermente diminuito (28.533 ore), come si evince dalla tabella 10 relativa ai costi che rileva una flessione delle spese per finanziamento della partecipazione ad iniziative esterne (- 3%).

Tab. 10 - Costi complessivi dell'Educazione Continua in Medicina - anni 2006-2007				
2006 2007				
Formazione interna	304.725,65	340.528,39		
Formazione esterna	153.291,43	139.316,09		
Totale	458.017,08	479.844,48		

Anche nel corso dell'anno 2007 si è garantita, a tutte le professioni sanitarie, la possibilità di acquisire i crediti formativi a completo adempimento del numero totale di 150 crediti per il periodo sperimentale 2002-2007. I professionisti con obbligo ECM presenti in Azienda sono 3.058 (2.733 dipendenti dell'Azienda e 325 professionisti convenzionati) e nell'anno in considerazione hanno conseguito complessivamente 83.160 crediti:

- il 30% ha maturato meno di 15 crediti (dato da leggersi in relazione al fatto che buona percentuale di essi aveva già maturato i crediti nel precedente quinquennio di sperimentazione);
- il 45% ha maturato dai 15 ai 30 crediti;
- il restante 25% ha maturato oltre 30 crediti ECM.

Il 66% dei crediti è stato maturato attraverso la partecipazione ad iniziative progettate in Azienda; il restante 34% attraverso l'aggiornamento esterno.

Principali risultati raggiunti rispetto agli obiettivi della formazione

Sostenere la riorganizzazione dipartimentale

Si è scelto di lavorare in modo particolare con i coordinatori, dando prosecuzione al progetto di formazione già attivo nel 2006. Si sono infatti concluse 3 edizioni del 2° modulo relativo agli strumenti del management e si è attivato un nuovo modulo, il 3°, per due edizioni sulla gestione delle risorse umane. Il progetto formativo pluriennale, rivolto a tutti i coordinatori dell'Azienda, si è sviluppato con il modulo 2° e 3°. Il secondo modulo ha avuto come finalità fondamentale quella di sviluppare nei partecipanti la consapevolezza del ruolo del coordinatore. I coordinatori che hanno completato il modulo formativo sono stati 90. Il terzo modulo ha sviluppato competenze nella gestione delle risorse umane e ha coinvolto 43 coordinatori. È stato utilizzato prevalentemente il modello di apprendimento di Kolb, che prevede attività in gruppo e impegno a lavorare su casi vissuti nella propria esperienza professionale con supervisione di un esperto.

Migliorare la comunicazione con l'utente e la famiglia

Sono state realizzate le tre seguenti iniziative:

 si è inteso dare prosecuzione all'esperienza "Accompagnamento empatico della fine della vita" iniziata nel biennio 2005-2006 con un retraining, rivolto agli stessi corsisti già precedentemente formati. Il retraining è stato dedicato all'individuazione delle forme di comunicazione tra il personale;

- percorsi di cura in una società multiculturale. A seguito della frequenza di un percorso biennale di formazione per diventare mediatori culturali, seguito da alcuni professionisti dell'Azienda, e sulla scorta del bisogno sempre più emergente di formazione in ambito interculturale richiesto dai professionisti, si è attuato un evento formativo rivolto a 25 operatori che lavorano nei servizi in cui il rapporto con l'utente straniero è particolarmente rilevante, con l'obiettivo di sensibilizzare i professionisti al tema dell'interculturalità;
- frequenza al corso di perfezionamento: psicologia ospedaliera. Al corso, promosso dal Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma, sono state indirizzate tre professioniste dell'Azienda (1 ostetrica e 2 infermiere) con l'obiettivo di approfondire le conoscenze e le abilità in ambito comunicativo.

Incentivare la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro

Di particolare rilievo l'iniziativa progettata ed attuata dal Dipartimento Chirurgico, che ha scelto di lavorare sul "teamwork in sala operatoria" con gruppi di professionisti multidisciplinari. Il Teamwork è importante nell'ambiente chirurgico dove sono richieste flessibilità e velocità di reazione, capacità di focalizzare l'attenzione sulle priorità, capacità di interazione fra professionisti. In sala operatoria la comunicazione inadeguata o l'insorgenza di conflitti fra le figure professionali possono compromettere la qualità delle cure e la sicurezza del paziente stesso. È stato perciò progettato, con l'intervento di un esperto esterno, un modulo formativo, svolto in più edizioni, che ha coinvolto medici e infermieri del Dipartimento e si è sviluppato utilizzando metodologie di apprendimento innovative e di coinvolgimento attivo.

Formare alla ricerca: integrare la ricerca scientifica con le esigenze assistenziali

Formazione alla ricerca: l'Azienda ha contribuito al Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009 tramite due progetti approvati e finanziati dalla Regione:

- Corso teorico pratico di formazione alla ricerca psicosociale per le professioni sanitarie.
- Il progetto intende sviluppare competenze specifiche nell'ambito delle metodologie della ricerca psicosociale rivolte alle professioni sanitarie ed applicate ai contesti assistenziali. Il percorso teorico-pratico intenderebbe sensibilizzare i professionisti sanitari alle problematiche di tipo relazionale al fine di attivare un progressivo interesse ad individuare i nodi critici presenti nelle proprie realtà locali e a trovare nella ricerca le possibili soluzioni ai problemi.
- Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano (per questo progetto si veda il capitolo 6 del presente volume).

Alla formazione per l'adozione di buone pratiche cliniche risultano significative le seguenti iniziative formative:

 Percorso di formazione all'audit clinico. È stato realizzato, nel periodo settembre-ottobre 2007, un percorso di formazione all'audit clinico rivolto a formare 50 medici dell'Azienda, afferenti a strutture complesse o semplici aventi attività di ricovero in regime ordinario. Il corso si è inserito nell'am-



bito dello sviluppo di un progetto aziendale relativo al "Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di prestazioni intermedie per pazienti ricoverati".

- Corso Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna. Nell'ambito del progetto "LASER" Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna, con il fine di migliorare l'identificazione ed il trattamento del paziente affetto da sepsi, sepsi grave e shock settico, sono stati attivati a livello aziendale, nei Dipartimenti medici e chirurgici, corsi trasversali di 12 ore, per trasferire nella pratica assistenziale gli interventi di provata efficacia per ridurre, nell'adulto, la mortalità attribuibile a sepsi severa. Al corso hanno partecipato circa 400 professionisti.
- Corso Guida sulle buone pratiche infermieristiche nelle Unità di Terapia intensiva. È stato realizzato un seminario itinerante sulle Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva. La finalità dell'evento formativo è stata quella di favorire la conoscenza e l'implementazione delle pratiche per la prevenzione e il controllo dell'evento infettivo nelle unità di terapia intensiva. Al corso hanno partecipato 153 collaboratori.

Integrare la didattica con le esigenze assistenziali

Corso di formazione alla tutorship. Nell'anno 2007 si è concluso positivamente il corso "attività di tutoraggio delle professioni sanitarie" che ha coinvolto 50 dipendenti dell'Azienda, distribuiti in varie aree di lavoro. Alla fine del corso si è scelto di presentare questa importante esperienza formativa in un workshop rivolto sia ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sia ai professionisti di altre Aziende sanitarie della Regione.

Formazione sul campo

In tutti i Dipartimenti ad Attività Integrata sono stati realizzati progetti che propongono le seguenti tematiche: discussione

di casi clinici complessi, percorsi di presa in carico del paziente, management delle problematiche organizzative-gestionali in U.O., analisi delle dinamiche relazionali con malati, famiglia e con i colleghi, percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, integrazione dipartimentale tra i diversi professionisti, predisposizione e revisione di strumenti operativi, sperimentazione di protocolli aziendali per la medicazione delle lesioni da decubito.

Formazione in collaborazione con l'Università

Nello staff del personale afferente al Settore Formazione dell'Azienda sono presenti anche i professionisti che a tempo pieno o part time collaborano con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università per la formazione dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Nell'anno 2007, sono attivi diversi corsi (si veda a riguardo il capitolo 1 nella sezione dedicata alle relazioni con l'Università) con personale sanitario distaccato per attività didattica, fra i quali in particolare consideriamo:

- laurea di I livello in Fisioterapia (I; II; III anno);
- laurea di I livello in Infermieristica (I; II; III anno);
- laurea di I livello in Tecniche di laboratorio biomedico (I; II; III anno);
- laurea di I livello in Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia (I; II; III anno);
- master in management per le funzioni di coordinamento;
- master in infermieristica in pediatria;
- laurea Specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche (I e II anno).

Nella tabella 11 si evidenzia l'impegno dei professionisti nelle attività di docenza, di laboratorio didattico e di tutorato.

Tab 11 - Impegno dei professionisti saintari ili alcuni corsi di faurea delle professioni saintarie				
Corso di laurea	Infermieristica	Tecniche di radiologia medica	Т	

Corso di laurea	mermiensica	per immagini e radioterapia	torio biomedico	Fisioterapia	infermieristiche e Ostetriche
Numero tutor (didattici)	9	1	-	3 (1 tempo pieno + 2 part time)	1
Numero coordinatori teorico- pratici	1	1	1	1	1*
Numero tutor clinici/ di servizio	300	80	79	26	6
Numero docenti discipline professionalizzanti**	50	40	-	11	7
Ore docenza discipline professionalizzanti attribuite a docenti Azienda Ospedaliera	616	636	108	285	154
Ore laboratori (per tipologia di laboratorio)	120 laboratorio informatica 80 laboratorio abilità 280 laboratorio clinico	_	-	75 laboratorio di osservazione 25 laboratorio di abilità 175 laboratorio di di- scussione di casi	80 laboratorio informatica
Chi gestisce i laboratori	Tutor coordi- natori d'anno, esperti infor- matici			Tutor coordinatori d'anno	Esperti informatici

^{*} Il coordinatore del corso di laurea in Infermieristica è lo stesso del corso di laurea Specialistica in scienze infermieristiche e Ostetriche.

^{**} Il dato non evidenzia il fatto che diversi docenti prestano la propria attività didattica su più corsi di laurea.



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

Mentre i coordinatori teorico pratici e i tutor didattici sono di norma a tempo pieno distaccati nel settore formazione, i tutor clinici e dei servizi sono tutti professionisti operanti nei diversi settori dell'Azienda che ospitano, per funzioni didattiche, i tirocinanti.

Tab. 12 - Numero di studenti frequentanti ogni Dipartimento ad Attività Integrata aziendale per anno di corso

Corso di laurea	Dipartimenti	I anno	II anno	III anno
	Emergenza- urgenza	0	21	34
	Chirurgico	24	72	36
	Cardio-polmonare	24	19	19
	Testa-collo	0	8	5
	Neuroscienze	4	0	53
Infermieristica	Materno-infantile	0	0	72
	Geriatrico- riabilitativo	32	10	0
	Medico polispecialistico 1	5	21	4
	Medico polispecialistico 2	20	4	0
Totale		109	155	223
Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia	Radiologia e diagnostica per immagine	20	24	32
Tecniche di Laboratorio Biomedico *	Patologia e medicina di laboratorio	22	10	8
Fisioterapia	Geriatrico- riabilitativo	2	16	13

*tutta l'attività si svolge all'interno del Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio

Al fine di quantificare l'impegno complessivo aziendale per la gestione dei tirocini degli studenti dei corsi di laurea, nella tabella 13 si riportano le ore effettive di attività in Ospedale per ogni studente e per anno di corso.

Tab. 13 - Ore di frequenza in Ospedale per ogni studente per anno di corso

Corso di laurea	I anno	II anno	III anno
Infermieristica	412	704	832
Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia	135	210	285
Tecniche di Laboratorio Biomedico*	170	480	400
Fisioterapia	200	560	455

*tutta l'attività si svolge all'interno del Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio

Nell'ambito delle iniziative di formazione svolte in collaborazione con l'Università meritano evidenza: il Master in Management per le funzioni di coordinamento, i laboratori sulla comunicazione inseriti nei corsi di laurea di I livello (relazione con gli utenti in ambito clinico-assistenziale come strumento per l'umanizzazione) e l'inserimento della docenza di metodologia della ricerca e laboratori informatici nei corsi di laurea di I livello e nella laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, oltre che la costituzione di un gruppo di progetto per l'attivazione del Master in geriatria.

Formazione nell'area dell'emergenza-urgenza

Diverse sono state le iniziative formative che hanno contribuito a sviluppare competenze avanzate nel personale sanitario nella gestione dell'emergenza-urgenza intra ed extra-ospedaliera. Tra i percorsi formativi ormai consolidati, citiamo il BLS-D, e il BLS-D pediatrico, che si è sviluppato in 9 edizioni. Di più recente attivazione è il corso ACLS, che si propone di realizzare corsi di rianimazione cardio-polmonare avanzata, per la formazione di un numero crescente di medici e infermieri, delle aree cardiologica ed dell'emergenza. Sono state effettuate 5 edizioni del corso, per un totale di 88 partecipanti di cui 33 esterni all'Azienda.

A seguito dell'attivazione del "Trauma Center Emilia Occidentale", l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato il corso "Advanced Trauma Life Support (ATLS)", al quale hanno partecipato 16 professionisti.

Per la gestione del soccorso sanitario in caso di catastrofe è stato attivato il corso "Medical Disaster Manager". Il percorso formativo è stato rivolto a 16 medici che operano nell'area dell'emergenza.

Formazione dell'Operatore socio-sanitario (OSS)

Per poter rispondere alla D.G.R. 1979/2002, e completare le misure compensative previste dalla stessa, è stato effettuato un ulteriore censimento a livello aziendale e territoriale, gestito dalla Provincia di Parma, per valutare la necessità residua di formazione per la riqualifica del personale OTA non ancora in possesso della certificazione OSS.

A seguito dei dati raccolti e delle richieste pervenute dalla Provincia, è stato progettato l'ultimo corso di riqualificazione del personale OTA, strutturato in due edizioni.

La prima edizione (26 partecipanti) è stata attivata nel dicembre 2007 e terminerà nella primavera del 2008, mentre la seconda sarà attivata nel secondo semestre 2008 per concludersi nella primavera del 2009.

È stata inoltre mantenuta, come negli scorsi anni, in attuazione delle Linee Guida approvate con D.G.R. 1404/2000 e delle D.G.R. 986/2001 e D.G.R. 1979/2002, la collaborazione con i centri di Formazione Professionale territoriali, per la 1ª formazione del personale OSS e per le misure compensative previste per gli operatori 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 14. Un servizio di biblioteca on line è disponibile per i dipendenti grazie ad una convenzione tra Ospedale e Università, che permette l'accesso ai servizi e alle risorse della Biblioteca universitaria centrale di Medicina e a tutte le banche dati accademiche, le cui caratteristiche sono illustrate nel capitolo 6 dedicato alla Ricerca e Innovazione.



Tab. 14 - 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	1ª Form.ne OSS 1000 ore	2	2*	2*	7	40
	Riq. ADB 500 ore Riq. ADB 500 ore** Riq. ADB 95 ore	2 1 2	2* 1 /	2* 1 /	9 6 4	45 24 49
CIOFS	1ª Form.ne OSS 1000 ore	1	1	1	8	18
	Riq. ADB 95 ore	2	/	/	3	48
FORMA FUTURO	1ª Form.ne OSS 1000 ore 1ª Form.ne OSS 1000 ore (a pagamento)	1	1 1	1 /	2 2	20 24
ENAIP	Riq. ADB 500 ore Riq. ADB 95 ore	1 1	/	/	6	24
			/	/	3	24

^{1.} 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

Nei corsi di riqualifica ADB di 95 ore non è stato previsto il coordinamento e il tutoraggio sanitario.

Sistema informativo del personale

Il processo di implementazione di un sistema informativo automatizzato del personale che si proponeva di realizzare soprattutto una forte integrazione 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 - accompagnato da un corrispondente processo aziendale di "integrazione organizzativa" e di decentramento delle funzioni gestionali aziendali, sta sicuramente producendo i suoi frutti in termini di capacità di far fronte agli adempimenti di legge relativi alle registrazioni documentali e agli atti normativamente previsti. Si può dire che la fase di passaggio dal cartaceo all'informatica è sicuramente a buon punto.

Soddisfacente è stata la risposta relativamente all'obiettivo di rendere il sistema informativo del personale sempre più funzionale non solo alla gestione operativa delle strutture di produzione ma, soprattutto, in termini di disponibilità di dati e riscontri obiettivi, ai processi decisionali aziendali.

Così anche si sta rispondendo con puntualità alle nuove e più esigenti richieste informative che scaturiscono dal più generale processo di informatizzazione che investe tutto il pubblico impiego: dal S.S.R per quanto concerne la programmazione e il controllo della spesa, ai vari Ministeri relativamente alla consistenza del personale e ai flussi economici, ai nuovi obblighi di legge tendenti a un maggior controllo dello stato occupazionale nel paese, eccetera.

Il sistema non può ancora dirsi funzionale a descrivere esperienze lavorative, bisogni formativi e competenze acquisite anche se diverse procedure consentono di gestire sistemi di valutazione del personale (verifiche del Nucleo di valutazione, valutazione Collegi tecnici eccetera).

Uno sforzo si sta producendo per sistematizzare queste procedure che per ora consentono di gestire tutta quella parte che riguarda gli incarichi attribuiti al personale delle diverse aree contrattuali. Si sta procedendo alla mappatura delle funzioni, alla registrazione delle loro caratteristiche in termini soprattutto di carico di lavoro e responsabilità e viene quindi effettuata come accennato in precedenza la registrazione delle verifiche previste e della conseguente valutazione di risultato. Si conta sul rinnovamento del software in uso (che ha raggiunto il previsto ammortamento), per realizzare una maggior integrazione fra gli applicativi informatici di gestione della parte giuridica e quelli di gestione della formazione e aggiornamento. Che è avviata ma ancora solamente con l'obbiettivo di evitare duplicazioni e cioè nel senso di rendere l'attività dei diversi uffici preposti, più efficiente e di adempiere alle disposizioni di legge relative alle registrazioni documentali.

Il passo successivo sarà legare le informazioni relative alla valutazione dell'attività svolta rispetto agli obiettivi oltre che alla formazione e all'aggiornamento anche alla gestione del personale, ma ciò presupporrà oltre che un software più flessibile e moderno anche una più compiuta integrazione organizzativa.



^{*} Totale coordinatori e tutor per le 2 edizioni

^{**}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

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

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), sia per quanto riguarda i modelli relazionali (contrattazione integrativa) e gli strumenti di partecipazione sindacale (concertazione-consultazioneinformazione), 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 ha promosso e realizzato sui tre tavoli negoziali, nel corso della sessione negoziale 2007, le trattative concernenti la definizione degli accordi a carattere economico concernenti la quantificazione delle risorse economiche a disposizione per l'applicazione a livello locale degli istituti contrattuali previsti dai rispettivi articoli dei CC.CC.NN.LLL con particolare riferimento alla configurazione annuale del sistema della retribuzione di risultato.

L'Azienda, in relazione alla rilevanza della normativa inerente il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, ha effettuato periodicamente, ai sensi dell'art.11 del D. Lgs. 626/94, 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. Nell'ambito delle forme di partecipazione l'Azienda ha favorito altresì l'operatività dei Comitati mobbing e pari opportunità. A tale scopo si è provveduto all'insediamento del Comitato Mobbing Dirigenza e Comparto e sono stati ricostituiti i Comitati pari opportunità per entrambe le aree. A seguito dell'insediamento i presidenti dei comitati hanno prodotto, nel mese di ottobre, i Regolamenti di funzionamento degli organismi che sono stati recepiti con apposite deliberazioni aziendali.

L'Azienda ha inoltre favorito e supportato tecnicamente le Organizzazioni Sindacali in ordine alla elezione della RSU per il triennio 2007/2010 attivando tutte le procedure istruttorie di competenza e fornendo la massima collaborazione alla Commissione Elettorale. Le operazioni di voto, svoltesi nel mese di novembre hanno comportato la nomina di n. 42 componenti della RSU aziendale. L'insediamento della RSU, contestualmente alla proclamazione degli eletti da parte del Direttore Generale, è avvenuta nel mese di dicembre. Con riferimento all'anno 2007, oltre alla trattazione di materie previste dai CC.CC.NN.LL il confronto con la rappresentanza sindacale si è realizzato in ordine a due progetti aziendali strategici di notevole impatto non solo sui dipendenti ma anche sul tessuto sociale della città quali l'apertura del Nido Aziendale e la realizzazione del Piano Sosta Aziendale al fine di disciplinare gli accessi e le soste all'interno delle aree di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Riguardo a tale ultimo progetto la Direzione Aziendale ha promosso ed attivato tavoli di consultazione cui hanno partecipato attivamente non solo le Organizzazioni Sindacali di categoria del personale dipendente ma anche le Confederazioni Sindacali Territoriali, il Comitato Consultivo Misto, i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale, l'Ordine dei Medici di Parma.

In relazione alla rilevanza della normativa inerente il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, la Direzione Aziendale ha realizzato in modo unitario con la rappresentanza sindacale delle tre aree una concertazione finalizzata a definire i criteri per l'individuazione e la designazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza unitamente alla definizione delle modalità di svolgimento delle funzioni attribuite all'organismo. In esito alla concertazione, le parti hanno sottoscritto nel mese di marzo 2007 uno specifico accordo aziendale, peraltro tra i primi in ambito regionale, nel cui contesto la formazione e l'aggiornamento continuo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono stati assunti quali elementi fondamentali per assicurare l'esercizio del mandato loro conferito.

Ulteriore momento di confronto con la rappresentanza sindacale ha riguardato le modalità per le elezioni della componente elettiva dei Consigli di Dipartimento in relazione al coinvolgimento nell'elettorato passivo ed attivo di gran parte dei professionisti dell'Azienda, si veda al riguardo il precedente paragrafo "Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa" del presente capitolo.

Libera professione

L'Azienda, tenuto conto delle novità legislative sul tema della libera professione (cfr. capitolo 3), nel secondo semestre dell'anno 2007, ha programmato un percorso di passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria, superando il precedente sistema autorizzatorio basato, in parte e per diversi dirigenti medici, sull'utilizzo dello studio privato del singolo professionista richiedente.

Allo scopo di garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria a tutti i medici in regime cosiddetto "allargato", l'Azienda ha programmato un'iniziativa volta ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari a



rendere disponibili locali destinati a tale attività all'interno del perimetro aziendale, individuando, nelle more della realizzazione dei lavori edili necessari, un poliambulatorio cittadino in locazione per lo svolgimento delle attività libero-professionali, inclusa l'attività chirurgica ambulatoriale. Nel rispetto della normativa, sono intervenute modifiche organizzative idonee a conseguire con personale proprio o destinato, e con oneri da recuperare attraverso gli introiti dell'attività libero professionale, uno o più, punti di informazione e prenotazione specificatamente riservati all'attività libero professionale, ambulatoriale e in regime di ricovero. È stato inoltre uniformato e migliorato il meccanismo di riscossione diretta degli onorari relativi alle prestazioni erogate, prevedendo sia la possibilità di pagamenti in forma elettronica e decentrata sia l'organizzazione di punti di riscossione gestiti direttamente dalle Aziende.

Gestione del contenzioso

Nell'anno 2007 l'utilizzazione degli strumenti deflattivi del contenzioso del lavoro, avviata nell'anno precedente, ha consentito la gestione e la definitiva conciliazione presso la Direzione Provinciale del Lavoro di una percentuale superiore all'80% delle controversie avviate. Lo spirito di collaborazione e la sinergia esistente nei rapporti interpersonali tra colleghi hanno consentito di dirimere eventuali conflitti nella fase propedeutica all'avvio delle vertenze stesse. Le controversie si sono concluse con reciproca soddisfazione delle parti e la positiva conclusione delle stesse ha consentito di evitare un inutile dispendio di risorse umane ed economiche scongiurando l'attivazione delle liti avanti il Giudice del Lavoro.

Compatibilità tra lavoro e tempo di vita

"Il diritto del lavoro non può essere confinato alla concezione del tempo come scambio lavoro/salario, ma deve considerare nella sua interezza la vita del lavoratore e garantire la concordanza dei tempi che la compongono" (Rapporto Supiot). L'evoluzione attuale del rapporto di lavoro è verso la individualizzazione, secondo regole negoziate nella grande impresa con le organizzazioni sindacali. La flessibilità degli orari e dei ritmi è comunque subordinata alla domanda "dei prodotti"; nel caso di una Azienda Sanitaria il "prodotto" è richiesto 24 ore su 24 e questo impatta negativamente con la individualizzazione del tempo di lavoro. Si è cercato tuttavia, attraverso la concessione di part-time, congedi parentali o congedi di formazione, esonero dai turni, di venire incontro (nel rispetto dei tetti previsti dalla normativa vigente) alle necessità dei dipendenti per favorire il massimo benessere per le persone che lavorano, sia il massimo vantaggio per l'organizzazione, migliorando le condizioni psicologiche, le motivazioni ed i rapporti tra il lavoratore e l'ambiente di lavoro. È dimostrato infatti che il lavoratore risponde alla Direzione nella misura in cui essa ne rispetta i bisogni sociali e i sentimenti e le emozioni fanno parte della prestazione lavorativa.

Il nido aziendale

Una serie di attività e di accordi tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Comune e Provincia di Parma avvenuti nell'ultimo biennio hanno costituito il presupposto per l'apertura, già nel 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 e la Provincia di Parma con una formula innovativa rispondente alle esigenze del personale turnista.

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 è stata pensata per garantire ampi periodi di apertura e orari flessibili. Infatti, il servizio sarà disponibile con possibilità di apertura estiva e orari anticipati e posticipati rispetto agli asili comunali. È inoltre prevista la possibilità di apertura del nido al sabato mattina.

Tra gli aspetti maggiormente qualificanti il nido d'infanzia aziendale è opportuno evidenziare il progetto pedagogico. La realizzazione dell'asilo in primis deve rispondere ai bisogni dei bambini e delle famiglie, obiettivo attorno al quale deve ruotare l'intera iniziativa, un servizio che quindi coniuga una spiccata attenzione alle qualità pedagogiche e ad un'organizzazione innovativa di relazione con le famiglie.

Il nido prevede tre sezioni per 50 posti complessivi. I 2/3 dei posti sono riservati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria mentre 1/3 è riservato all'Azienda USL.

Promozione della salute e del benessere psicofisico

Vaccinazioni

Anche nel corso del 2007 è proseguita l'attività vaccinale.

Vaccinazione antinfluenzale

Si è provveduto a sottoporre a vaccinazione antinfluenzale i dipendenti ospedalieri.

Particolare cura è stata riposta nell'offerta attiva della vaccinazione agli operatori impiegati direttamente nell'attività



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

assistenziale, in particolare quella erogata per pazienti a rischio. Sono stati sottoposti a vaccinazione, il linea con le indicazione dell'Azienda USL, le categorie considerate particolarmente a rischio.

Vaccinazione contro il morbillo e la rosolia

Dopo l'accertamento dello stato immunitario, sono stati sottoposti a vaccinazione i dipendenti risultati non immunizzati. In particolare è stata offerta attivamente la vaccinazione contro il morbillo e la rosolia al personale che opera presso il Dipartimento Materno-Infantile.

Vaccinazione antipneumococcica

In linea con le linee-guida regionali e le indicazioni del Servizio di Igiene Pubblica, si è proposta la vaccinazione soprattutto alle categorie di pazienti a maggior rischio.

Rischio Tubercolare

Particolare rilevanza assumono la prevenzione ed il controllo della malattia tubercolare come indicato dalle Linee Guida Internazionali. A tal proposito nel 2007 sono state effettuate **853** intradermoreazioni secondo Mantoux come controlli periodici e post-esposizione. Le chemioprofilassi proposte sono state **21**. Nel corso del 2007, è poi proseguita l'attività di monitoraggio della popolazione ospedaliera a maggior rischio tramite la intradermoreazione secondo Mantoux.

Nel corso del 2007, si è andato affermando, in casi selezionati, anche l'impiego di un nuovo test per la diagnosi dell'infezione tubercolare latente, il QuantiFERON-TB.

Sono stati inoltre perfezionati, tramite specifica procedura, gli automatismi di sorveglianza post-esposizione dei dipendenti e dei pazienti ricoverati.

Monitoraggi Biologici

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.

Malattie Professionali

Nel 2007 è stato compilato dal Medico Competente un solo certificato di malattia riconducibile ad un'allergopatia cutanea. Non risulta che il caso sia stato riconosciuto dall'INAIL. Per patologie del rachide lombosacrale sono state redatte da parte di medici curanti dei dipendenti 5 domande di riconoscimento di tecnopatia di cui, al momento, non si conosce l'esito in termini assicurativi.

Nel corso del 2007 è proseguito ed è stato implementato il percorso per la diagnosi e la identificazione delle malattie di eziologia professionale che vede coinvolta la Cattedra di Medicina del Lavoro.

Facilitazioni

Nel 2007 è stato aperto un nuovo punto ristorazione all'interno del nuovo Ospedale Polispecialistico, migliorando l'accessibilità alla mensa per il personale che opera nelle strutture inaugurate negli ultimi cinque anni. Il nuovo barristorante si trova in prossimità del nuovo ingresso dal lato sud (via Volturno), ha 124 posti a sedere e si estende su una superficie di circa 300 mq. Il punto di ristorazione va ad aggiungersi all'altro bar-ristorante a disposizione del personale all'interno dell'area ospedaliera, situato in posizione centrale, che ha invece una capienza di circa 340 posti e occupa un'area di circa 800 mq.

Sempre in tema di ristorazione, è stato esteso l'orario di accesso alla mensa principale sino alle ore 15.00, in modo da favorirne l'accesso da parte del personale.

Sono stati inoltre introdotti tre nuovi "pacchetti pasto" a disposizione del personale per ampliare in modo significativo l'offerta alimentare. Si è provveduto infine a pubblicare sulla rete intranet tutte le possibili composizioni del pasto, le scelte a disposizione, gli orari e i giorni di apertura di mense e bar interni, per migliorare l'accessibilità delle informazioni da parte del personale.

In tema di vigilanza, è stato ampliato il servizio interno di ronda con guardie giurate in orario serale per ulteriori 3 ore al giorno dalle ore 18 alle 21, in modo da contribuire a migliorare la sicurezza all'interno dell'area ospedaliera, oltre che per il personale ovviamente anche per pazienti e visitatori. La fascia oraria in questione rappresenta infatti un momento di importante afflusso e deflusso di operatori e visitatori all'interno dell'area ospedaliera, in particolare nei parcheggi attigui agli ingressi. Il servizio di vigilanza in tal modo è stato esteso a 16 ore al giorno dal lunedì al venerdì (a 13 dal sabato alla domenica). È stato ampliato il servizio di sorveglianza del Pronto Soccorso, ora attivo per tutte le 24 ore, area particolarmente critica a qualsiasi ora del giorno, considerati anche i lavori di costruzione della nuova struttura in corso. Il servizio di vigilanza ha dato infine un decisivo apporto nell'implementazione della nuova regolamentazione degli accessi e delle soste all'interno dell'area ospedaliera, attraverso il presidio, 24 ore su 24, dell'accesso veicolare dal lato ovest (via Abbeveratoia) con la relativa gestione dei nuovi permessi per il personale autorizzato (in particolare gli operatori ad orario disagiato). Infine, visto il successo dell'iniziativa, si è provveduto ad estendere per ulteriori 5 ore al giorno l'orario del servizio di bus navetta interno fornito gratuitamente dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria con percorso all'interno dell'area ospedaliera. Il servizio è attivo con una frequenza di 15 minuti (12 nell'orario di maggiore utilizzo e cioè dalle 8 alle 13) e ha contribuito a agevolare gli spostamenti tra area nord e sud dell'Ospedale e a collegare le unità operative ai principali parcheggi riservati al personale. Il bus navetta funziona dalle 7 alle 20, dal lunedì al venerdì. Gli utilizzi del servizi sono costantemente monitorati in modo da modularne l'offerta in relazione alle esigenze di chi accede in ospedale.



Visitateci, visitatevi.



Centro Senologico dell'Ospedale di Parma. Il primo centro dedicato alla donna.





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 a tre ambiti.

- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- · La comunicazione interna aziendale



Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è una funzione strategica di sviluppo dell'Azienda, che agisce in modo diretto sull'**immagine** e sulla **cultura** della stessa. In questa prospettiva, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria promuove lo sviluppo di un sistema di comunicazione diretta ai cittadini-utenti e il rafforzarsi delle capacità relazionali tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari al fine di garantire una comunicazione corretta ed il più possibile esaustiva. Nelle pagine di questo capitolo si cercherà di rendere conto delle azioni, degli obiettivi e degli strumenti messi in atto per garantire, oltre ad una "buona comunicazione", una informazione trasparente.

Diversi sono i destinatari delle azioni di comunicazione, destinatari che spesso divengono veri e propri interlocutori sia nelle dinamiche relazionali quotidiane che in contesti più formali e istituzionali:

- gli operatori;
- l'utenza diretta che ha già attivato una richiesta di servizio o che la deve attivare;
- la collettività, quale potenziale fruitore di servizi e target rispetto al quale orientare le scelte di politica sanitaria;
- le associazioni di Volontariato, il Comitato Consultivo Misto, la stampa e i media.

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. Diversi sono gli strumenti utilizzati/attivati dall'Azienda per dare risposta ai diversi dubbi e quesiti che i cittadini hanno nel momento in cui entrano in contatto con la struttura.

Sito internet

A dicembre 2007 è stato pubblicato il nuovo sito web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - www.ao.pr.it, completamente rinnovato nella grafica e rimodellato nei percorsi di navigazione. Le principali caratteristiche del nuovo sito sono la maggiore semplicità e l'elevata ricchezza sia di contenuti e approfondimenti, sia di immagini. La semplicità sta nell'aver ridotto a tre i percorsi da seguire: Curarsi, Lavorare e Azienda. L'obiettivo è quello di rendere più immediata per i visitatori del sito la percezione e l'individuazione di quale via seguire per giungere alle informazioni che interessano. Inoltre, in home page sono direttamente presenti quattro collegamenti alle informazioni più richieste dagli utenti: raggiungere l'ospedale, reparti e servizi, visite ed esami, ricovero. Sempre nell'ottica di rispondere alle esigenze degli utenti che desiderano informazioni sulle strutture, i servizi, i numeri di telefono e il personale dell'Azienda, le schede di tutte le strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali (in totale 78) riportano il "chi" (elenco del personale dirigente), il "cosa" (le attività svolte) e il "dove" (telefoni, orari e ubicazione) di ciascuna struttura, oltre ad alcuni contenuti aggiuntivi (curriculum del direttore, approfondimenti su attività di ricerca, patologie trattate e tecniche). Una scelta precisa, peraltro unica finora nel panorama nazionale dei siti web di aziende ospedaliere, è stata quella di proporre ai visitatori una documentazione fotografica di tutti i reparti e servizi dell'Ospedale, mostrando gli ambienti, le tecnologie e il personale. Un modo per avvicinare e far conoscere l'Ospedale, e i professionisti che vi lavorano, ai cittadini. Per mettere ulteriormente in evidenza le attività svolte all'interno dell'Ospedale e per rispondere alle esigenze di un pubblico che ricerca on line informazioni anche di tipo specialistico-divulgativo, nella parte inferiore della home page sono presenti le notizie sull'attività e le ricerche svolte in Ospedale; in particolare, nella sezione "Oggi parliamo di..." vengono intervistati i professionisti dell'Azienda su particolari patologie, ricerche o convegni. Il sito verrà ulteriormente arricchito di nuovi contenuti, in particolare per quanto riguarda i servizi amministrativi e tecnici dell'Azienda, nel corso del 2008. È previsto inoltre un monitoraggio degli accessi alle diverse sezioni del sito, per valutarne l'efficacia. Il sito è realizzato in XHTML 1.0 Strict, CSS 2.1 e secondo gli standard di accessibilità WAI-AAA WCAG 1.0.



Carta dei Servizi

La Carta dei servizi presenta l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, vi sono descritti strutture e servizi per rendere più semplice l'accessibilità del cittadino alle attività di diagnosi, cura e riabilitazione. La Carta dà altresì indicazione sui diritti degli utenti e sugli impegni che l'Azienda si assume per assicurare il miglior livello di qualità. Nel marzo 2007 a tutte le famiglie 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.

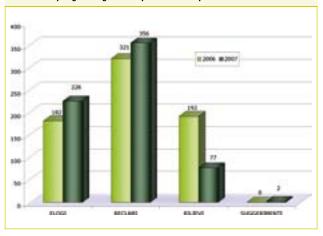


Numero Verde Regionale

Il Numero verde regionale è un servizio di informazione telefonica gratuita che, attraverso operatori qualificati, spiega ai cittadini cosa fare, dove andare e come rivolgersi ai servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna. Gli Urp delle aziende sanitarie sono collegati in rete per la gestione delle informazioni della banca dati del numero verde. Durante l'anno 2007 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.

Per garantire l'ascolto e migliorare la comunicazione fra l'Azienda ed il contesto sociale allargato cui questa appartiene sono attivi: il **Comitato consultivo misto e l'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp)**. L'Ufficio relazioni con il pubblico è un'unità organizzativa che garantisce informazioni ai cittadini su diritti e percorsi, accoglie reclami, segnalazioni ed elogi, e predispone annualmente una reportistica al fine di orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi. Realizza inoltre indagini di soddisfazione degli utenti. Per gli operatori interni garantisce informazioni ed ascolto.

Grafico 1 - Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp - anni 2006-2007



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 **deburocratizzazione** delle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali successive a prima visita attraverso l'implementazione del programma CUP/WEB con il coinvolgimento del personale.

All'interno dell'Azienda sono presenti **14 Punti di Accoglienza** che forniscono informazioni ed eseguono prenotazioni di specialistica ambulatoriale.

Nel corso del 2007 sono stati attivati tre **Punti Informativi** con personale dedicato con fascia oraria 7.00-21.00 al fine di garantire una puntuale informazione all'utenza.

Progetto Sole, Sanità On LinE

Nel 2007 è proseguita la sperimentazione di nuove e più integrate forme di relazione, on line, tra specialisti e medici di medicina generale finalizzate ad una più puntuale assistenza rispetto al singolo caso clinico, si veda a tale riguardo la sezione dedicata alla Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria del capitolo 3 del presente Bilancio di Missione.

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 individuali.

È per fornire risposte puntuali e mirate che, durante l'anno 2007, sono continuate l'elaborazione e l'aggiornamento delle **schede di accoglienza** per ciascuna unità operativa. Le schede descrivono le principali caratteristiche dell'articolazione organizzativa. Inoltre è continuata la distribuzione dell'opuscolo **"NOI PER VOI"**, la guida per una migliore permanenza in ospedale, rivolta agli utenti ricoverati e destinato ad informare il paziente e i suoi familiari circa le modalità organizzative che caratterizzano la degenza ospedaliera.



La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso

Sempre nel corso del 2007 è stata implementata 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 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 impegnati gli operatori degli Uffici Comunicazione e degli URP delle aziende sanitarie.

Anche la promozione di specifiche iniziative aziendali, tese ad incidere su abitudini e comportamenti, è spesso veicolo di comunicazione per le scelte di interesse per la comunità. In particolare, nel corso del 2007 sono state realizzate alcune campagne informative:

apertura nuovo ingresso di via Volturno (2 gennaio);



Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

- festa Disney per nuova RMN, ambient experience e Ospedale a colori (25 gennaio);
- Sette di Cuore, iniziativa del Dipartimento Cardio-Polmonare (11-18 febbraio);
- campagna promozionale per il Centro Senologico (marzoaprile).

Apertura del nuovo ingresso di via Volturno

Per l'apertura del nuovo ingresso sono state aggiornate le mappe informative dell'area ospedaliera, con la cartina e l'ubicazione dei reparti, affisse nei punti di accesso dell'Ospedale. Per l'occasione è stata stampata, in 5.000 copie, una mappa in formato tascabile per agevolare il pubblico nel raggiungere i servizi e le degenze.

Festa Disney per nuova RMN Ambient Experience e Ospedale a colori

La risonanza magnetica 1,5 tesla, con l'innovativa ambient experience e l'Ospedale a Colori (una sala d'attesa dedicata ai bambini) sono state inaugurate a gennaio 2007. Si tratta della prima esperienza in Italia e tra le prime a livello europeo. Questa nuova tecnologia è stata illustrata nel Bilancio di Missione 2006 dell'Azienda al capitolo 7.

Il progetto è nato e si è sviluppato attorno alla necessità dell'Ospedale di Parma di dotarsi di una nuova risonanza magnetica e di ampliare e riunire in un unico luogo l'offerta radiologica. L'obiettivo è affiancare all'innovazione tecnologica l'umanizzazione del servizio, favorendo il rilassamento e la riduzione dell'ansia per i pazienti in attesa dell'esame.

Nell'ambito della presentazione è stata organizzata una festa per i bambini.



Sette di Cuore

Avere un cuore più sano è possibile. Conoscere i fattori di rischio è fondamentale per una efficace prevenzione delle malattie cardiovascolari. Per questi motivi è stata ideata e realizzata "Sette di Cuore", una settimana per la prevenzione cardio-vascolare organizzata dal Dipartimento Cardio-Polmonare per invitare tutti i cittadini ad informarsi sulle sane abitudini che aiutano a salvaguardare il nostro cuore. L'evento più significativo, il *cuore* della settimana, si è tenuto domenica 18 febbraio, quando, il Dipartimento ha aperto le porte ai cittadini. Durante la mattinata sono state effettuate cinquanta visite cardiologiche gratuite, comprensive di esecuzione e refertazione di elettrocardiogramma, misurazione della pressione arteriosa ed eventuale dosaggio della colesterolemia.

Nei giorni precedenti si sono svolti incontri rivolti al personale sanitario sui temi della prevenzione. A "Sette di Cuore" è stata dedicata anche una puntata della trasmissione Serata Salute di una emittente televisiva locale.



Campagna promozionale per il Centro Senologico

Il Centro Senologico ha iniziato la sua attività nel marzo del 2007. Il Centro ha riunito in unico luogo, al Monoblocco, l'attività integrata di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso diagnostico-terapeutico della patologia della mammella, con un punto di accoglienza dedicato. Per la comunicazione è stata scelta la strada della pubblicizzazione diretta, con la produzione di un folder che presenta in copertina un titolo generico ma diretto "Visitatevi, visitateci" con la foto dei professionisti che operano nel Centro e rappresentativi di alcune delle tante specialità coinvolte: oncologi, radiologi, chirurghi, tecnici ed infermieri. Il folder è stato diffuso in Ospedale e presso tutti i medici di base e le farmacie di Parma.

Campagna di comunicazione per il Piano mobilità e sosta

Nuove regole per la sosta e la viabilità all'interno dell'area ospedaliera del Maggiore sono entrate in vigore il 22 agosto 2007. L'accesso e la sosta sono consentiti solo con un apposito permesso e ad usufruirne sono, in via prioritaria, gli utenti deboli e gli operatori sanitari con orario disagiato.

Tutte le necessità di accesso all'ospedale (operatori, pazienti e familiari, fornitori, visite ufficiali) sono state vagliate e regolamentate alla luce di una dettagliata analisi della mobilità e della sosta effettuata nei mesi precedenti, contenuta nel progetto di completamento del nuovo ospedale e approvata anche dal Comune di Parma. Nel paragrafo dedicato all'impatto ambientale del capitolo 2 del presente volume, sono esplicitati obiettivi e interventi attuati dall'Azienda per il piano mobilità e sosta. Il cambiamento introdotto è molto rilevante perché riguarda tutte le persone che accedono all'ospedale: utenti, dipendenti, fornitori e visitatori. Per questo motivo la fase preparatoria del Piano mobilità e sosta è stata lunga ed elaborata. Data l'importanza dell'argomento è stata definita una strategia comunicativa dettagliata nelle azioni e nei tempi di attuazione.



Tab. 1 - Strategia comunicativa per Piano mobilità e sosta, comunicazione interna - anno 2007

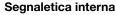
Cronologia	Azione
9/10 agosto 2007	Numero monotematico della Newsletter aziendale • intervista al Direttore Generale • spiegazione dell'etica del Piano sosta e della non derogabilità delle regole • punti essenziali del Piano sosta per i dipendenti
10 agosto 2007	Pagina dedicata sulla Intranet • pubblicazione della notizia nella home page • creazione di una pagina "Piano sosta" • regolamento e moduli da compilare direttamente scaricabil • pagina di FAQ (risposte alle domande più frequenti) • indirizzo e-mail per accogliere domande e suggerimenti
10/22 agosto 2007	Locandina, apposta nei luoghi più frequentati, con informazioni essenziali e rimandi ai punti informativi
Dal 10 agosto 2007	Depliant per i dipendenti • regole e mappa aree sosta. Distribuzione in reparti, servizi e mensa
Dal 10 agosto 2007	Depliant per gli utenti • regole e mappa aree sosta. Distribuzione c/o Urp, Punti di accoglienza, punti informazioni e ambulatori
Settembre 2007	Nuovo numero della newsletter per dare ragguagli utili sulla base della prima settimana di avvio del Piano Sosta

Tab. 2 - Strategia comunicativa per Piano mobilità e sosta, comunicazione esterna - anno 2007

Cronologia	Azione
Luglio/agosto	Impostazione campagna informativo-pubblicitaria
2-10 agosto 2007	Conferenza stampa del Direttore Generale per annunciare notizia a media e cittadini
2-10 agosto 2007	Sito internet - News e pagina apposita con indicazioni utili
19 agosto	Comunicato stampa di richiamo di imminente avvio
22 agosto	Conferenza stampa del Direttore Generale per avvio Piano sosta
Ottobre 2007	Lancio campagna informativo-pubblicitaria con inserzioni, depliant e spot pubblicitari

Nel primo mese di introduzione delle novità, per permettere una miglior comprensione da parte di tutta la cittadinanza dei provvedimenti adottati per ridurre il traffico interno all'area ospedaliera e regolamentare la sosta, è stata tenuta alta l'attenzione della stampa sul Piano. Il lancio della campagna informativo-pubblicitaria, con inserzioni sui giornali e diffusione dei depliant è avvenuta nel mese di ottobre, cogliendo l'occasione per comunicare alla stampa il bilancio (positivo) dei primi due mesi di attuazione del Piano mobilità e sosta.





Nel luglio 2007 è stata assegnata la gara per la segnaletica ospedaliera esterna e interna. A seguito della formalizzazione del contratto e dell'individuazione dei criteri generali per le denominazioni e per la posa della segnaletica nel mese di dicembre è stato installato, nel servizio Radiologia al piano terra della Piastra Tecnica, il primo percorso contraddistinto

dalla nuova segnaletica interna. L'oggetto della gara assegnata prevede la gestione, manutenzione e aggiornamento della segnaletica ospedaliera, da quella esterna dedicata in particolare al visitatore pedonale, a quella interna nei padiglioni (vani scala e ascensori) e nei reparti con le targhe fuori porta. Il grado di dettaglio sulla segnaletica esterna e su quella interna generale è limitato alla indicazione delle strutture complesse e dipartimentali, tralasciando le strutture semplici. Inoltre il nome del responsabile dell'unità operativa sarà riportato solo a partire dalla porta di accesso dell'unità operativa stessa, evitando di inserirlo nella segnaletica esterna, sugli ingressi della struttura e all'interno degli ascensori. Si userà il colore per le strutture più articolate in modo da consentire la differenziazione dei padiglioni.

Bilancio di Missione 2006

All'inizio del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha pubblicato per la prima volta il Bilancio di Missione. Si è trattato di un'esperienza nuova (come per le altre aziende ospedaliere della Regione), che ha comportato l'integrazione di diversi percorsi e strumenti di rendicontazione in una rilettura della nostra organizzazione, a cui ha prestato un importante contributo l'Università degli studi di Parma.

Il Bilancio di Missione è un documento caratterizzato da un elevato tasso tecnico, che costituisce una fondamenta-le opportunità per dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda, infatti rende conto dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Finalità del documento, previsto dalla normativa regionale di riforma del S.S.R., è il confronto con i referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria in primo luogo. La valenza informativa del



Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

documento lo rende di interesse anche per diversi altri interlocutori, come volontariato, organizzazioni dei cittadini e degli utenti, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, fondazioni e tutti coloro che partecipano alla crescita dell'Ospedale. Il volume presenta una veste grafica colorata e accattivante e raccoglie informazioni sull'attività dell'azienda e sulle persone che vi lavorano e per questo può essere interpretato come una finestra aperta sul mondo della sanità.



Comunicazione tramite emittenti televisive

L'Azienda, durante l'anno 2007, 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

I rapporti con i mass-media sono seguiti dall'ufficio stampa aziendale. Nel corso del 2007, sono state organizzate 37 conferenze stampa e redatti 127 comunicati stampa per rendere note alla collettività, tramite i mass-media, iniziative e attività dell'Azienda.

La comunicazione interna aziendale

Il 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. Gli obiettivi del 2007 sono stati di mantenimento degli strumenti in essere, con l'eccezione di due rilevanti interventi compiuti sulla intranet.

Aggiornamento del sito Intranet aziendale

Per la rete intranet è stata realizzata ex novo la sezione del servizio Farmacia, con completezza di documentazione utile per l'interfaccia con tutti gli operatori aziendali. Da rimarcare anche l'ampliamento e aggiornamento della sezione Azienda con la creazione di due nuove sezioni, una per l'Atto aziendale e relativa documentazione e l'altra per mobilità e sosta. Quest'ultima ha comportato un lavoro articolato, con apposite sottosezioni, per ospitare in modo chiaro e distinto tutte le novità concernenti il piano già citato nell'ambito della campagna comunicativa apposita. Il costante aggiornamento delle news di rilevanza interna, sulla intranet, consente la più ampia diffusione tra tutti gli operatori delle informazioni e delle conoscenze utili a svilupparne la valorizzazione delle competenze specifiche.



Diffusione di Newsletter

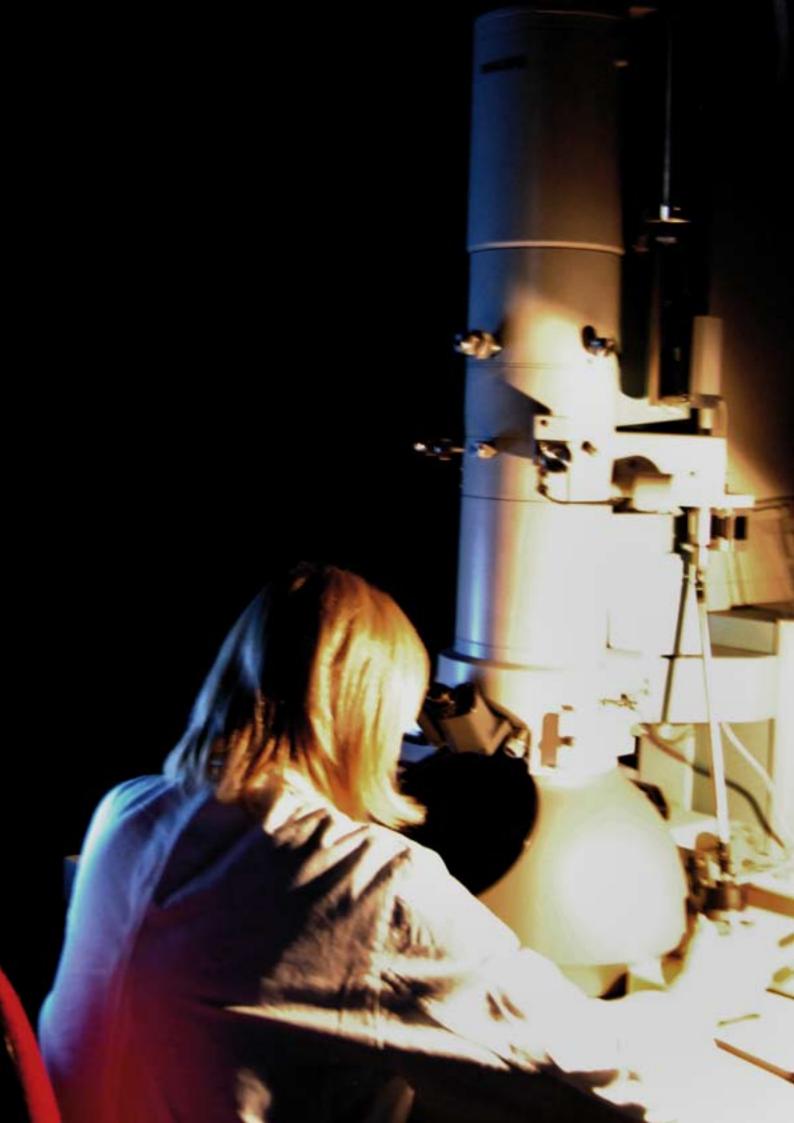
È proseguito nel 2007 il progetto editoriale specifico per sistematizzare, condividere e portare a conoscenza degli operatori dell'Azienda i progetti e gli eventi della stessa. La newsletter è inviata nominativamente a tutti i dipendenti, con cadenza mensile. Gli argomenti trattati riguardano sia le innovazioni introdotte, dal piano mobilità e sosta all'asilo nido, sia momenti importanti di vita interna, quali le elezioni delle Rsu, per le quali, ad esempio, sono stati pubblicati tutti i nominativi dei candidati. Altre notizie che caratterizzano la newsletter sono i trasferimenti dei servizi legati all'avanzamento dei lavori del nuovo ospedale e la comunicazione in merito a nuovi incarichi e a nuove nomine.



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.







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. Di seguito sono individuati gli ambiti di riferimento.

- Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione
- Sviluppo di un ambiente culturale favorevole
- Garanzie di trasparenza



Ricerca e innovazione

Negli ultimi anni, il concetto di ricerca si sta ampliando, fino ad arrivare a comprendere le sperimentazioni volte ad acquisire le nuove conoscenze scientifiche, ma 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 (legge regionale del 23 dicembre 2004 n. 29) 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.

Pertanto, la Regione Emilia-Romagna ha invitato le aziende sanitarie ad adeguare gradualmente la propria organizzazione attraverso la creazione di un'infrastruttura locale, lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole e la garanzia di trasparenza.

Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

L'istituzione della struttura Ricerca e Innovazione, avvenuta con l'Atto aziendale, mira a favorire lo sviluppo della funzione di ricerca come attività sistematica e costitutiva della mission aziendale. I tre fronti sui quali la struttura dovrà operare sono:

- il supporto tecnico e metodologico per la realizzazione di programmi di ricerca e per l'introduzione di innovazioni scientifiche,
- lo stimolo e la creazione di una cultura favorevole alla ricerca, tramite l'offerta di formazione specifica e qualificata,
- la partecipazione attiva alla ideazione e conduzione di proqetti di ricerca.

Nel 2007, anno di avvio del processo, gran parte delle attività sono state volte a favorire e promuovere la partecipazione dei professionisti aziendali ad attività di ricerca, attraverso le seguenti tipologie di azioni:

- 1. diffusione delle opportunità di finanziamento pubblicazione dei bandi di ricerca ministeriali e regionali su intranet e internet aziendali, incontri informativi in Azienda relativi ai singoli bandi, partecipazione a incontri e audioconferenze con le altre strutture di ricerca regionali e con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, e successiva diffusione ai professionisti aziendali delle informazioni/indicazioni così ottenute;
- 2. supporto alla preparazione e presentazione di progetti di ricerca comunicazioni periodiche con i ricercatori e/o i Direttori di Dipartimento al fine di ricordare scadenze, fornire istruzioni e indicazioni utili al processo di compilazione e presentazione delle proposte, incontri con i proponenti di progetti per coadiuvarli nel processo di stesura del protocollo offrendo supporto scientifico, su aspetti metodologici, biostatistici e analisi critica della letteratura, supporto nel processo di compilazione della modulistica e verifica dell'adesione ai requisiti di forma e contenuto, secondo le indicazioni dei bandi, promozione delle aggregazioni con altre Aziende a livello regionale e nazionale in stretta collaborazione con la Regione;
- 3. valutazione delle proposte di ricerca nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009, è stata definita e attuata una modalità standardizzata e trasparente per la formulazione del giudizio da parte del Collegio di Direzione in merito alle proposte di ricerca trasmesse dai professionisti. In breve, è stata predisposta una scheda articolata su 6 punti e un ventaglio di risposte graduate tra cui scegliere (secondo una scala Likert), relativamente al giudizio sulla rilevanza e la ricaduta delle proposte progettuali, nonché sulla rispondenza ai requisiti del bando, compilata in forma anonima da ogni componente del Collegio di Direzione per ognuna delle proposte di ricerca pervenute. Le informazioni riportate nelle schede, una volta inserite nel database, producono la rispondenza ad una graduatoria, che il Collegio utilizza per formulare il parere da sottoporre al Direttore Generale. Di seguito, è riprodotto il prototipo utilizzato per esprimere il giudizio in merito alle proposte pervenute relative all'area Ricerca Innovativa-1a, in parte pre-compilato in base ad una prima analisi della letteratura.

Scheda di valutazione delle proposte di ricerca da parte del Collegio di Direzione			
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA - COLLEGIO DI DIREZIONE BANDO RICERCA REGIONE-UNIVERSITÀ - AREA 1a			
Titolo			
Innovatività breve descrizione di studi precedenti, a cura della struttura Ricerca e Innovazione Grado: scarso medio elevato non desumibile			
Multidisciplinarietà/Integrazione Ospedale-Università - N° Unità Operative AOU PR coinvolte: - di cui a direzione universitaria: - di cui a direzione ospedaliera: Grado: scarso medio elevato non desumibile			
Multicentricità - Aziende Ospedaliero-Universitarie RER: - Aziende USL RER: - Altre istituzioni regionali: - Aziende sanitarie/Gruppi o Centri di ricerca nazionali (extra RER):			
- Gruppi o Centri di ricerca internazionali: Grado: scarso — medio — elevato — non desumibile —			
Trasferibilità nella clinica Grado: scarso medio elevato non desumibile Tempistica: a lungo periodo entro i tempi del progetto immediata non desumibile			
Valore strategico aziendale Grado: scarso medio elevato non desumibile			

Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali

Data la complessità dell'iter burocratico-amministrativo di pianificazione e presentazione di un progetto di ricerca, che coinvolge numerosi settori aziendali con compiti specifici, la struttura Ricerca e Innovazione ha avviato nel 2007 la stesura di un Vademecum per la gestione dei progetti di ricerca realizzati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con l'obiettivo di fornire una guida ai professionisti nelle fasi di ideazione, presentazione e realizzazione di un progetto di ricerca e nel corretto utilizzo delle fonti di finanziamento disponibili. Tale documento, che dovrà essere condiviso da tutti i servizi aziendali coinvolti (Controllo di gestione, Direzione Sanitaria, Dipartimento Tecnologie, Bilancio e Finanze, Economato, Affari generali), sarà uno strumento utile sia ai ricercatori, sia all'organizzazione aziendale. Da una parte, infatti, esso dovrebbe permettere di standardizzare, e quindi semplificare, le procedure che i proponenti di progetti dovranno seguire. D'altra parte, fornendo un linguaggio comune e una definizione dei ruoli dei singoli interlocutori, esso potrebbe agevolare il lavoro dei singoli servizi aziendali, evitando sovrapposizioni e lentezze procedurali.

Il vademecum si articola in tre capitoli:

- 1. dall'ideazione al finanziamento,
- 2. iter aziendale per ottenere l'autorizzazione all'avvio dello studio.
- 3. gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca.

Due sono le novità presentate nel vademecum: in primo luogo, dal 2008 è previsto l'Atto di Ufficializzazione dell'attivazione del progetto, documento predisposto dal Servizio Affari Generali aziendale che autorizza formalmente l'avvio del progetto, dopo la verifica della congruità del piano dei costi dettagliato (per tipologia, per anno e per unità di ricerca) e la formulazione di parere favorevole del Comitato Etico, ove richiesto. Tale documento rappresenta il punto di partenza del censimento dei progetti di ricerca attivati in Azienda e del monitoraggio dello stato di attuazione. Il secondo elemento innovativo presentato nel vademecum è l'istituzione di un team preposto alla valutazione delle richieste di utilizzo dei finanziamenti assegnati ai progetti e all'approvazione degli acquisti, composto da un rappresentante della Struttura Ricerca e Innovazione, del Servizio Bilancio e della Direzione Sanitaria. Questo team garantirà la rapidità, l'accuratezza delle procedure e la trasparenza del sistema di valutazione, grazie all'integrazione delle diverse competenze proprie dei tre sottosistemi aziendali.

Collaborazioni con altre Aziende

Nella tabella 1 viene riportato l'elenco dei progetti avviati e finanziati nel 2007, con indicati il ruolo svolto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (capofila o unità partecipante) e le collaborazioni con altre Aziende. Sono stati considerati solo i progetti finanziati con bandi pubblici (Ministero, Regione, Unione Europea), escludendo quelli realizzati su commissione a fini commerciali (su richiesta di ditte farmaceutiche). Dall'analisi della tabella si evince che su 44 progetti, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è capofila in 18 ricerche (41%), di cui in due coordina il lavoro di centri distribuiti sul territorio nazionale e in uno è centro di coordinamento a livello europeo (VII Programma Quadro).

La rilevazione è stata realizzata in maniera retrospettiva utilizzando le fonti informative disponibili (prevalentemente delibere regionali e archivio cartaceo del Comitato Etico). Questa prima descrizione potrebbe, pertanto, non rappresentare la totalità dei progetti e costituire una sottostima.

Nel 2008, la struttura Ricerca e Innovazione raccoglierà in tempo reale tali informazioni, utilizzando una modalità prospettica, operando nell'ambito di un progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna (bando di Modernizzazione 2007) volto alla creazione di un'anagrafe comune della ricerca, che vede coinvolte 6 Aziende sanitarie (AOU Parma, AUSL Rimini, AUSL Modena, AOU Modena, AUSL Reggio-Emilia, AUSL Bologna). Lo scopo del progetto è consentire la rilevazione, in modo accurato e tempestivo, di un set minimo di informazioni utili a descrivere i maggiori filoni di ricerca e la valenza scientifica dell'attività svolta in ogni Azienda.

La maggior parte dei progetti ai quali l'Azienda ha partecipato nel 2007, sia in qualità di capofila, sia come unità partecipante, è frutto di collaborazione tra diverse aziende sanitarie della regione e di altre regioni, come raccomandato anche dai bandi ministeriali e regionali. In particolare, molto proficua si è dimostrata la collaborazione con le quattro aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna e le Aziende sanitarie dell'Area vasta Emilia nord (Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza).

Tab. 1 - Elenco dei progetti avviati e finanziati - anno 2007

Fonte di Finanziamento	Azienda capofila	Aziende partecipanti	Titolo progetto
RER	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	AO-U Modena, AO-U Bologna, AO-U Ferrara, Università Parma	DiAL-ER/ADSL: Diagnostica Avanzata in Lipodologia -Emilia Romagna/Advanced Diagnostic Support in Lipology: role of geneypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipedemias
RER	AO-U Parma (Maxillo Facciale)	AUSL Bologna, AO-U Bologna	Evaluation of immunohistochemical and biomolecular parameters as markers of the biological behaviour of head and neck carcinomas
RER	AO-U Parma (Neuroscienze)	AO-U Modena, AO-U Ferrara	New perspectives on rehabiliation in adults and children with motor deficits, in children with autistic spectrum disorder, and in disorder of empathic communication: the role of the mirror neuron system
RER	AO-U Parma (Medicina del Lavoro)	AO-U Modena, AO-U Ferrara	Non-small Early Molecular Diagnosis of Lung Cancer
RER	AO-U Parma (Cardiochirurgia)	AO Reggio Emilia, AUSL di Piacenza,Università Bologna - Università Parma	Therapeutic applications of stem cells in the treatment of heart failure (proponente AO-U Parma)



Ricerca e innovazione

Fonte di Finanziamento	Azienda capofila	Aziende partecipanti	Titolo progetto
RER	AO-U Parma (Lungodegenza Critica)	AUSL Parma	Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia
RER	AO-U Parma (Radiologia)	AO-U Bologna, AO-U Modena, AO-Reggio Emilia, AUSL Ravenna	Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello stu- dio della malattia subcritica del tronco comune
RER	AO-U Parma (Coordinamento Direzione Sanitaria)	Università di Cesena	Effetti degli stili manageriali, del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un'organizzazione sanitaria locale
RER	AO-U Parma (Ricerca e Innovazione)	Comitato Etico di Modena, AUSL Piacenza, AO-Reggio Emilia, AUSL Reggio Emilia, AUSL Modena - PR AUSL	Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano
RER	AO-U Parma (Coordinamento Settore Formazione)	AO-U Ferrara, AO-U Bologna, Dipart. di Psicologia , AO-Reggio Emilia, AUSL Piacenza, AUSL Reggio Emilia - PR AUSL - Università Parma	Corso di formazione alla ricerca per le professioni sanitarie su tema- tiche di area psicosociale
RER	IRRCS -IOR-Bo	AO-U Parma (Odontostomatologia) Università Bologna, AO-U Modena, AO-U Ferrara	Regenerative Medicine in oste - articular diseases
RER	IRRCS -IOR-Bo	AO-U Parma (Clinica Ortopedica) AUSL Ravenna	Advanced diagnostics in osteoporosis with predictive models of the risk of fracture in elders
RER	AO-U Ferrara	AO-U Parma (2^ Anestesia e Riani- mazione e Terapia Antalgica) AO-U Bologna, AUSL Bologna, AO-U Modena, AUSL Modena	Impatto traslato sulla popolazione ospedaliera a rischio di un progetto formativo dedicato alla sepsi: effetti su esito clinico e uso delle risorse (GHEST)
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo) IRCCS Rizzoli, AUSL Imola	Combination of stem cells and scaffolds for the regeneration of structures in gastro-intestinal diseases. Regeneration of gastrointestinal structures (RE.GA.STR. Project)
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Nefrologia - Cardiologia) AUSL Modena, AUSL Cesena	Expansion strategies for the donor pool in solid organ transplantation. Optimization of the use of "marginal" donors
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Ematologia e CTMO) AUSL Piacenza, AO-Reggio Emilia, BO AUSL, AO-U BO, BO Univ, MO Università	Hematopoietic stem cell transplantion (HSCT) in the elderly
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia) AUSL Rimini	Immunological, virological and onological follow-up of the liver recipients
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), AO-U Modena, AO-U Ferrara, AO-Reggio Emilia, AUSL Ravenna	Molecular bases and targeted theerapy of hemolymphopoietic malignancies (HM). A dedicated regional network
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Geriatria) AO-U Ferrara, AO-Reggio Emilia	Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Fisica Sanitaria) AO-U Modena, AO-U Ferrara, AUSL Ravenna,Scuola Fisica Sanitaria Bologna.	Competenze, metodi ed organizzazione per un coinvolgimento attivo nei programmi di ricerca tecnologica
RER	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia) Univ FE, AO-U MO	Isolation, characterization and expansion of human stem cells: basic research and clinical applications in chronic liver failure
RER	AO-U Modena	AO-U Parma (Clinica Pediatrica) AUSL Modena, AO-Reggio Emilia, AUSL Reggio Emilia, AO-U Ferrara, AUSL Rimini, AO-U Bologna, AO-U Piacenza	Elaborazione di un programma di follow up integrato degli eventi avversi a distanza dopo terapia oncologica in età pediatrica (studio prospettico, controllato, multicentrico, multidisciplinare)
RER	AUSL Modena	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica) AO-U Bologna, AO-U Ferrara	Governo clinico delle malattie metaboliche: definizione del rischio cardiovascolare globale in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Studio epidemiologico su una popolazione di soggetti afferenti agli ambulatori di diabetologia.
RER	UNIV Modena	AO-U Parma (Oculistica), AUSL Cesena	Human epithelial stem cells: molecular characterization and development of clinical applications in regenerative medicine
RER	AO-U Modena	AO-U Parma (Oncologia Medica) AO-U Bologna	Identification and Clinical validation of predictive and prognostic factors, with special focus in molecularly targeted agents
RER	AO-U Modena	AO-U Parma (Nefrologia) AO-U Bologna	Immune status of solid and bone marrow/stem cell transplant patients: application and validation of new tests in a coordinated regional management of the diagnosis and monitoring of post transplant infectious complications



Fonte di Finanziamento	Azienda capofila	Aziende partecipanti	Titolo progetto
RER	AO-U Parma (Ematologia e CTMO)	AUSL Parma	Valutazione del profilo di espressione genica nelle cellule mononucleate del sangue periferico mediante "microarray" nei pazienti con dolore toracico di sospetta origine coronarica: validazione diagnostica
RER	AO-U Parma (Diagnostica Emato-chimica)	AO-Reggio Emilia, AUSL Piacenza, AO-U Modena,	Diagnostica di Laboratorio delle Connettiviti : stesura ed applicazione in un contesto clinico-laboratoristico di protocolli operativi volti a promuovere l'appropriatezza prescrittiva e l'efficacia clinica nell' Area Vasta Nord-Occidentale
RER	AO-U Parma (Malattie del Ricambio e Diabetologia)	AUSL Parma	Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera Ambulatoriale dei cittadini diabetici
RER	AO-U Parma (Gestroenterologia e Endoscopia Digestiva)	AUSL Parma ,AUSL Reggio Emilia, AUSL Piacenza, AO-U Modena, AUSL Modena	La gastroenterologia ed endoscopia sul campo
RER	AO-U Parma (Neonatologia)	Tutti i centri del network regionale della SIDS, coinvolgenti la totalità delle neonatologie della Regione	Migliorare la qualità dell'accertamento diagnostico nei casi di morte inattesa e improvvisa del lattante (SIDS= Sudden Infant Death Syndrome) e del feto (SIUD = Sudden Intrauterine Unexplained Death)
RER	AUSL Rimini	AO-U Parma (Ricerca e Innovazione) AO-U Modena	Attivazione di una anagrafe regionale informatizzata della ricerca scientifica
RER	AUSL Reggio Emilia	AUSL Piacenza, AUSL Modena, AO-U Modena, AUSL Parma - AO-U Parma Ricerca e Innovazione	Realizzazione di un a logistica comune integrata tra le aziende dell' area vasta Emilia nord (AZ. Modena Reggio Emilia Parma e Piacenza) per la selezione acquisizione gestione e somministrazione dei beni sanitari (Farmaci e dispositivi Medici)
MS	AO-U Parma (Oncologia Medica)	29 Centri Italiani	Multicenter phase III randomized study of cisplatin and etoposide with or without bevacizumab as first-line treatment in extensive stage (ED) small cell lung cancer (SCLC)
MS	AO - Monza	AO-U Parma (1^ Anestesia e Rianimazione)	Anesthesiological strategies in elective craniotomy: randomized, equivalence, open trial
MS	AO-U Modena	AO-U Parma (Oncologia Medica) Istituto Tumori di Genova, Ospedale Molinette di Torino, Università di Verona, Ospedale di Prato, Univer- sità di Ancona, Istituto Regina Elena Roma, Istituto Mario Negri Sud	Multicentric randomized phase III trial of adjuvant chemoterapy plus 3 vs 12 months of trastuzumab in breast cancer patients with HER2 positive disease
MS	AU Palermo	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia) AO-U Brescia, AO-U Messina, AO-U Verona, AO-U Pavia, AO-U Bari, AO-U Napoli, AO-U Bergamo, AO-U Padova, AO-U Roma, AO-U Modena	Studio osservazionale multicentrico per la valutazione dei fattori che influenzano efficacia,tolleranza ed adesione al trattamento con interferone peghilato e ribavirina dei pazienti con epatite cronica da HCV nella pratica clinica corrente
MS	AO-U Parma (Oncologia Medica)	Istituto Nazionale di Ricerca sul cancro(Genova) - Università Parma (Dip. Med specialistica)	Programma per la ricerca oncologica 2006 "Biological predictive factors of response to target the therapies in ling cancer"
MS	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia), AO Reggio Emilia, BO Univ, Mo AUSL, PC AUSL, Forli-Cesena AUSL	Biomarkers discovery for the early diagnosis and for proteomic classification of Hepatocellular Carcinoma
MS	Agenzia Sanitaria Regionale	AO-U Parma (Medicina Riabilitativa)	Nuove conoscenze problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale: un programma strategico di ricerca e sviluppo
MS	AO-U Ferrara	AO-U Parma (Oncologia Medica)	Post-Genomic approaches for the indentification of high-risk cancers:evaluation and optimization of cost/benefits for the national health system
UE	AO-U Parma (Maxillo Facciale)	Grecia, Germania, Spagna, Portogallo, Spagna, Grecia	NeoMark (ICT Enabled Prediction of Cancer Reoccurrence)
UE	Ditta - Medtronic Iberica	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica) AUSL Modena (Italia); Ferrari spa (Italia); R&S INFO (Italia); SATE srl (Italia); altri centri di ricerca europea (totale 22 partners)	METABO (VII Programma Quadro, settore ICT, Challenge 5, Call 1; Project Identifier: FP7-ICT-2007-1-216270)
UE	Centro - Cultura Scientifica Volta	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica) Agilent Technologies (Israele); Stanford University (USA); King's College (UK); SATA srl (Pavia, Italia); PCS srl (Austria), DATAMED (Grecia)	Multi-Knowledge (VI Programma Quadro, settore IST, Call 4; Project Identifier: FP&-IST-2004-027106)



Ricerca e innovazione

Nella tabella seguente (tabella 2), sono indicati i centri di ricerca con i quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha instaurato relazioni professionali (network nazionali e internazionali) per la realizzazione di 44 progetti finanziati nel 2007 con bandi pubblici (Ministero, Regione, Unione Europea); da sottolineare che i progetti presi in considerazione sono spontanei, cioè non realizzati su richiesta da parte di enti profit ma ideati dai ricercatori, e, pertanto, le relazioni tra i centri di ricerca riportate in tabella sono generate dai professionisti in modo diretto.

Tab. 2 - Centri di ricerca nazionali e internazionali che collaborano con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per la realizzazione di progetti, finanziati nel 2007 con bandi pubblici

Centri di Ricerca Nazionali			% sul totale dei Centri
AOU	Bologna	21	13%
AOU	Modena	19	12%
AOU	Ferrara	12	7%
AO	Reggio Emilia	11	7%
AUSL	Modena	7	4%
AUSL	Parma	7	4%
AUSL	Piacenza	6	4%
AUSL	Reggio Emilia	4	2%
Università	Parma	4	2%
Università	Bologna	4	2%
AUSL	Ravenna	4	2%
AUSL	Rimini	3	2%
AOU	Roma	3	2%
AUSL Bologna		3	2%
	Altre Aziende Italiane	31	19%
Totale Centri Nazionali			86%

Centri	di Ricerca Internazionali	N°	% sul totale dei Centri
AOU	Spagna	4	2%
AOU	Grecia	3	2%
AOU	Gran Bretagna	2	1%
AO	Portogallo	2	1%
AUSL	Germania	2	1%
AUSL	USA	1	1%
AUSL	Ungheria	1	1%
AUSL	Svizzera	1	1%
Università	Olanda	1	1%
Università	Israele	1	1%
AUSL	Francia	1	1%
AUSL	Danimarca	1	1%
AOU	Belgio	1	1%
AUSL	Austria	1	1%
Totale Centri Internazionali		22	14%
Totale Centri		161	100%

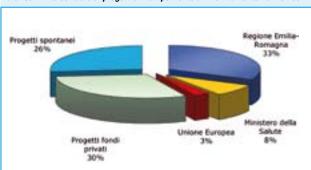
Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie

Uno dei principali problemi che lo sperimentatore si trova ad affrontare nell'organizzazione di uno studio clinico è il reperimento dei fondi. In Italia oltre il 75% degli studi è finanziato dall'industria farmaceutica (6° rapporto nazionale OsSC), ma il problema dei fondi pubblici è in gran parte legato al loro reperimento e alla predisposizione della documentazione.

Fino al 2006, il compito di individuare le possibili fonti di finanziamento e di reperire fondi era lasciato esclusivamente ai singoli ricercatori, con l'ovvia conseguenza che la maggior parte della ricerca praticabile era legata a promotori for-profit (ditta farmaceutica). Dal 2007 la Direzione Generale dell'Azienda ha avviato un processo di cambiamento, con la finalità di tutelare e sostenere la realizzazione di studi no-profit di rilevante interesse per l'Azienda e di grande utilità per i pazienti interessati. A tale scopo, l'Azienda si è impegnata a diffondere le diverse opportunità di finanziamento, avvalendosi di tutti i mezzi di cui attualmente dispone: pubblicazione su internet e intranet aziendali, invio di comunicazioni via mail e posta interna, presentazione dei bandi al Collegio di Direzione e realizzazione di incontri con gli operatori interessati.

Di seguito viene riportata graficamente la suddivisione del numero di progetti, in termini percentuali, per fonte di finanziamento; con le dovute cautele, essendo la modalità di rilevazione delle informazioni ancora poco accurata, è possibile evidenziare che la quota di progetti finanziati con fondi privati rappresenta il 30% del totale, mentre la restante quota dei progetti avviati nel 2007 è remunerata con fondi pubblici.

Grafico 1 - Percentuale di progetti avviati per fonte di finanziamento - anno 2007



Al fine di accrescere le capacità e la competizione, nonché le potenzialità dei professionisti nel reperimento di risorse finanziarie, dal 2008 tutta l'attività di ricerca (progetti in atto e pubblicazioni su riviste censite da Medline) prodotta nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sarà pubblicamente diffusa, sia via internet che tramite newsletter, così pure i bandi pubblici e i fondi erogati da fondazioni/enti privati.

Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

Uno dei maggiori problemi emersi negli ultimi anni è che le conoscenze derivanti dall'attività di ricerca sono trasferite



Tab. 3 - Richieste per l'acquisizione di tecnologie sanitarie

extra-

budget

Totali

%

n.

solo in minima parte nella pratica, a causa di una scarsissima integrazione fra sistema di ricerca e sistema produttivo. In particolare, in campo sanitario la misura del numero di pubblicazioni scientifiche da sola non è sufficiente a rappresentare l'efficacia della ricerca in termini di miglioramento della qualità delle cure. La sfida è attuare in tempi rapidi il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica e all'assistenza sanitaria, garantendo validità e sicurezza attraverso la valutazione a priori dell'impatto economico, organizzativo, nonché degli aspetti etici, sociali e medico legali.

Poiché la compatibilità tra le due diverse esigenze - tempestività del cambiamento e garanzia di efficacia nella pratica - richiede un notevole sforzo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel corso del 2007 ha operato principalmente su vari fronti.

- La partecipazione alla definizione delle modalità operative per la realizzazione dell'ORI, Osservatorio Regionale per l'Innovazione, la cui funzione principale è consentire a livello regionale il governo dei processi di adozione di nuove tecnologie, in particolare di quelle ad elevato costo. In breve, nel 2007 sono state realizzate due giornate articolate in momenti di studio (esperienze internazionali) e di attività pratiche (lavori di gruppo).
- L'esplicitazione e la diffusione a livello aziendale (nota prot. n. 17022 del 14.06.07) di una procedura standardizzata per l'acquisizione di tecnologie sanitarie (acquisto, noleggio, prova, donazione, presa in carico), al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza ad operatori ed utenti, oltre a soddisfare esigenze di razionalizzazione e di complessivo contenimento dei costi indotti (materiale di consumo e manutenzione delle apparecchiature). A tale scopo sono stati predisposti dei moduli ad hoc contenenti un set di informazioni (evidenze scientifiche, costi, valutazione impatto organizzativo, necessità di formazione, eccetera) sulla apparecchiatura sanitaria che si intende acquisire, la cui compilazione e sottoscrizione è a cura del richiedente Direttore dell'Unità Operativa e del Dipartimento; la scheda viene analizzata da un team multiprofessionale (Ingegneria clinica, Direzione Sanitaria, Sistemi informativi, Controllo di gestione, Servizio assistenziale, Fisica sanitaria, Servizio Farmacia, Servizio Medicina preventiva, Servizio Prevenzione e protezione), presieduto dal Direttore Sanitario, che si riunisce con cadenza mensile per esaminare le richieste e valutarne la congruità con le esigenze clinico-organizzative dell'Azienda, la conformità alle normative vigenti di ordine tecnico in tema di sicurezza, l'adeguatezza al sistema impiantistico-strutturale dell'Azienda stessa, la compatibilità economica e l'impatto sull'organizzazione aziendale. Nel corso del 2007 si sono svolti 5 incontri del gruppo di lavoro, sono state esaminate 122 richieste, di cui solo 50 sono state autorizzate (41%), 63 non autorizzate (52%) e 9 sono rimaste in sospeso (7%), in attesa di approfondimenti o di ulteriore documentazione. Nella tabella seguente sono riportati i dati in dettaglio.

Autorizzate 46 23 21 2 % 100 50 45.65 4.35 25 20 4 1 n. Donazioni 80 4 100 16 n. 14 4 5 5 Prese in carico % 100 28,57 35,71 35,71 Acquisizioni n. 37 3 33 1

100

122

100

8,11

40,98

50

89,19

51,64

63

2,7

7,38

9

- La collaborazione a progetti di ricerca regionali nell'ambito del PRI E-R (Programma Ricerca e Innovazione per l'Emilia-Romagna), dedicati all'introduzione di aspetti altamente innovativi e all'uso appropriato di farmaci.
 - Studio IRMA (innovazioni nella radioterapia della mammella): un trial randomizzato di fase III, che confronta il trattamento radioterapico convenzionale, irradiazione di tutta la mammella, con l'irradiazione della sola area adiacente a quella dell'intervento chirurgico a una dose più elevata ma con drastica riduzione del numero delle frazioni somministrate e quindi della durata del trattamento. Se lo studio confermerà le evidenze preliminari di sicurezza ed efficacia di queste tecniche radioterapiche mirate, sarà possibile offrire, almeno a un gruppo selezionato di pazienti a basso rischio di recidive, una terapia a minor tossicità, con tutti i benefici in termini di "economia globale" del trattamento stesso. Il progetto, che ha come unità operative proponenti tutti e 7 i servizi di radioterapia della regione, è stato avviato nel 2007 con il reclutamento delle pazienti.
- Appropriatezza di indicazione e uso dei farmaci oncologici: nei primi due anni di attività del PRI E-R, panel composti da clinici oncologi provenienti da tutta la regione e rappresentanti di altre regioni, hanno collaborato alla identificazione delle aree di maggiore incertezza relativamente ai farmaci già utilizzati nelle patologie tumorali a maggior frequenza e a quelli di più recente approvazione e introduzione nella pratica clinica. Sulla base di questo lavoro, nel 2007 i panel hanno realizzato raccomandazioni per il trattamento di pazienti con tumore del polmone in fase avanzata e sulla terapia adiuvante del tumore al colon-retto. Tali raccomandazioni, riassunte in schede monografiche disponibili in formato cartaceo ed elettronico, sono state pubblicate e diffuse dall'ASR nel 2007.
- Studio dal titolo "Impatto diagnostico della tomografia computerizzata multistrato nella malattia coronarica", i cui risultati pubblicati nel 2007 hanno evidenziato che l'uso della TCMS è clinicamente appropriato nei pazienti con sospetta cardiopatia ischemica in cui il percorso diagno-



stico non abbia risolto esaustivamente l'incertezza diagnostica, nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa, con valvulopatia mitro-aortica, con malattia dell'aorta toracica e nei pazienti candidati ad impianto di defibrillatore automatico. Pertanto è ingiustificato un uso della TCMS nello screening della cardiopatia ischemica asintomatica. Lo studio ha anche consentito di stimare il fabbisogno regionale, che si aggira intorno a 2.000 TCMS/anno, con conseguente riduzione del 5% del numero di coronarografie eseguite annualmente in regione. Nel 2007 è stato inoltre individuato il set minimo di informazioni necessario per consentire il monitoraggio dell'adesione alle indicazioni nella pratica clinica, mediante l'implementazione di un registro clinico regionale al quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma contribuisce.

· L'implementazione di database clinici regionali, strutturati come registri di patologia, che includono tutti i pazienti sottoposti a specifici interventi presso i servizi (pubblici e privati) della Regione Emilia-Romagna. In particolare, l'Azienda collabora alla rilevazione prospettica dei dati in due database in ambito cardiologico già avviati a partire dal 2002: il database REAL degli interventi di angioplastica coronarica e il database RERIC degli interventi cardiochirugici. Dall'analisi dei dati raccolti in questi anni si evince che la disponibilità degli stent a rilascio di farmaco ha prodotto un relativo incremento di procedure di angioplastica coronarica (PTCA) in pazienti un tempo avviati al solo intervento chirurgico di bypass aorto-coronarico (CABG), quali i pazienti con malattia coronarica multivasale. Sono in corso ulteriori analisi al fine di effettuare una valutazione comparativa degli esiti clinici e dei costi associati a questi due interventi di rivascolarizzazione, in particolare, confrontando l'incidenza a 2 anni di eventi cardiaci e cerebrovascolari avversi nei pazienti con patologia coronarica multivasale sottoposti a CABG o a PTCA con almeno uno stent a rilascio di farmaco. Dal 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, centro hub di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai Traumi (il SIAT Emilia Occidentale, che comprende Piacenza, Parma e Reggio Emilia), partecipa all'implementazione di un altro database clinico, il registro regionale dei traumi gravi RRTG nel quale confluiscono dati sui pazienti traumatizzati, sui percorsi assistenziali attivati e sugli esiti delle cure. In ambito ortopedico, anche per il 2007, è attivo il RIPO, un Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica, che raccoglie, sia nel caso di protesi primarie che di revisioni per l'anca e il ginocchio, dati relativi alle condizioni cliniche dei pazienti, alle procedure chirurgiche, al tipo e fissaggio dell'impianto. Al Registro, finanziato in parte dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e coordinato dalla Commissione Ortopedica Regionale, partecipano tutte le 3 unità operative di ortopedia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. I dati vengono forniti dai chirurghi tramite un modulo apposito. Per ogni singola unità è predisposta una relazione annuale.

Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Attività di formazione del personale

Per promuovere e favorire l'impegno nella ricerca dei professionisti aziendali, è fondamentale creare una cultura della ricerca sanitaria. Per questo motivo, nel corso del 2007 l'Azienda ha progettato e preparato un master di Il livello sulla metodologia della ricerca che sarà avviato nel corso del 2008, a partire dal mese di marzo. Obiettivo principale del master è aumentare le competenze in materia di metodologia della ricerca del maggior numero possibile di professionisti, e favorire l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte (medici, infermieri, statistici, biologi, farmacisti, eccetera), dalle fasi iniziali di ideazione fino alla realizzazione di uno studio. Il tratto distintivo dell'iniziativa è appunto il carattere prettamente pratico del percorso formativo, che intende favorire la costituzione di nuovi gruppi di ricerca e l'inserimento in team già consolidati, prevedendo visite presso centri e laboratori di ricerca e inserendo nel programma formativo 8 workshops, uno per ciascuno degli 8 moduli di cui è composto il master, dedicati a temi di innovazione nel campo della ricerca. Il progetto è finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009, ed è stato ideato e realizzato in collaborazione con il Comitato Etico di Modena e altre 6 aziende sanitarie della regione. Oltre a proporre una formazione di eccellenza, l'iniziativa contribuisce a sviluppare una cultura favorevole alla "pratica" della ricerca coinvolgendo fattivamente i clinici dell'Azienda (uno di riferimento per ogni modulo) con fondata esperienza nell'ideazione, conduzione e diffusione dei risultati di protocolli di ricerca. Un'altra iniziativa rilevante nel campo della formazione alla ricerca è rappresentata dal corso, organizzato in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma nel corso del 2007, dal titolo "Formazione alla ricerca psicosociale nelle professioni sanitarie" e in previsione di realizzazione nel 2008. Il progetto, anch'esso finanziato dal Programma Regione-Università 2007-2009, consiste in un corso teorico pratico con i seguenti obiettivi principali: fornire gli strumenti teorico-concettuali per definire il contesto relazionale ed organizzativo come oggetto specifico della ricerca in campo sanitario, individuare strategie di ricerca congruenti con i problemi identificati in ambito assistenziale, sviluppare e affinare le capacità dei partecipanti di individuare indicatori relazionali ed organizzativi nei diversi contesti di cura, rafforzare le competenze nel campo delle tecniche e degli strumenti per la raccolta delle informazioni e l'elaborazione dei dati, costituire nuovi gruppi di ricerca e/o rafforzare gruppi di ricerca già consolidati nel campo dell'assistenza anche attraverso la creazione di network di ricerca, illustrare le fasi costruzione e



implementazione di un progetto di ricerca, con la supervisione dei tutor e presentazione dei risultati.

La creazione di un ambiente favorevole alla ricerca e all'innovazione richiede la formazione dei singoli professionisti per l'acquisizione delle capacità di realizzazione degli studi, ma, ancor prima, richiede un intervento sul contesto organizzativo. Per rendere i risultati della ricerca parte integrante dell'attività clinica e assistenziale, è necessario attuare un'attività sistematica di analisi dei processi e degli esiti assistenziali alla luce delle conoscenze scientifiche disponibili. In quest'ottica, a partire dalla fine di settembre 2007, è stato organizzato e attuato un evento formativo volto a favorire l'utilizzo sistematico degli audit clinici secondo la metodologia appropriata, intesi sia come strumento per garantire l'applicazione delle evidenze scientifiche, sia come sistema di apprendimento dall'esperienza e di individuazione di soluzioni ai problemi rilevati. Al corso, con accreditamento ECM, hanno partecipato 50 medici dell'Azienda individuati dai Direttori di Dipartimento, uno per ciascuna struttura complessa o semplice che effettua attività di ricovero in regime ordinario. L'evento si è articolato su tre pomeriggi per quattro ore, e ha previsto una parte teorica, una pratica e una di feedback su audit realizzati sul campo.

Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica

Per incentivare l'utilizzo della letteratura nella pratica clinica, è in atto una convenzione tra Azienda e Università, che consente l'accesso ai servizi e alle risorse della Biblioteca centrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia a tutte le banche dati accademiche. Le risorse rese disponibili nella modalità on line sono accessibili attraverso le postazioni di lavoro dei professionisti aziendali. L'offerta è in costante potenziamento e nel 2007 comprende:

- accesso ai full text di circa 2500 riviste di valenza internazionale.
- collegamento a PubMed con link diretti ai full text disponibili,
- accesso alle banche dati Embase, Cinahl, Science Citation Index, Journal Citation Report (valutazione di periodici comprendente l'Impact Factor), Current Contents, Micromedex, Images MD (banca dati di immagini mediche), Cochrane Library, Clinical Evidence, PSYCHinfo, FSTA (scienza e tecnologia dell'alimentazione).

Per promuovere l'utilizzo di questa ampia gamma di risorse, l'Azienda organizza periodicamente con la Biblioteca di Medicina corsi sull'utilizzo di banche dati elettroniche, quali MedLine e la Cochrane Library, per il personale medico e infermieristico. Il numero di edizioni annuali dei corsi è variabile a seconda delle richieste degli utenti.

Database sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca

Nel 2007, per la prima volta, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state diffuse le diverse opportunità di finanziamento per la realizzazione di progetti di ricerca; tale attività si è svolta prevalentemente tramite comunicazioni inviate via e-mail o in forma cartacea ai Direttori di Dipartimento e di Struttura, e con la pubblicazione dei bandi tra le news del sito intranet aziendale. Pur rappresentando un passo importante, questa modalità non può ovviamente garantire la diffusione capillare delle informazioni, né l'accesso a tutti i professionisti dell'Azienda. Pertanto, nel 2008 sarà progettata una pagina web, a cura della struttura, che dovrà contenere tutte le opportunità di finanziamento alle quali è possibile accedere e relativi requisiti per la partecipazione alla selezione. Le pagine, aggiornate in tempo reale, rappresenteranno anche una sorta di guida per gli operatori, fornendo indicazioni pratiche (eventuali moduli, istruzioni per la compilazione, scadenze, eccetera) e notizie sugli esiti delle selezioni. La tempestività e la completezza delle informazioni fornite sarà garantita anche dal carattere interattivo del sito, che permetterà agli operatori che venissero a conoscenza di nuove opportunità di finanziamento di segnalarle per incrementare le informazioni pubblicate. In questo modo, l'attività di reperimento di fondi per la ricerca diventa un impegno istituzionale, che coinvolge ogni singolo professionista dell'Azienda per il raggiungimento di un obiettivo comune, e rappresenta un ulteriore importante elemento per la creazione di una cultura di squadra favorevole alla ricerca e al cambiamento.

Supporto allo sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionasli e straniere)

Nel 2007, il lavoro di diffusione delle opportunità di finanziamento e relativo supporto ai clinici ha riguardato esclusivamente i programmi ministeriali (Ricerca Finalizzata, AIFA, Bando Giovani Ricercatori) e regionali (Programma Regione-Università, bando di Modernizzazione). Particolare attenzione è stata posta all'individuazione di network esistenti in cui inserirsi, o alla realizzazione di nuove reti fra professionisti di istituzioni diverse interessati alla stessa area di ricerca.

L'esito delle attività di supporto allo sviluppo di progetti di ricerca in rete con altre strutture sanitarie, si evince dai dati riportati nelle tabelle seguenti, che evidenziano il considerevole numero di proposte multicentriche presentate dai professionisti dell'Azienda nel quadro dei bandi, nonché l'efficace processo di selezione che ha permesso di inviare agli enti preposti i progetti con le maggiori possibilità di finanziamento.

In considerazione delle enormi potenzialità di finanziamenti esistenti a livello internazionale, primo fra tutti il VII Programma Quadro dell'Unione Europea, e vista l'alta complessità delle procedure di presentazione, per poter fornire assistenza anche in questo settore, un componente della struttura Ricerca e Innovazione ha frequentato - nel corso del 2007un corso presso l'Agenzia per l'Innovazione, lo Sviluppo e la Formazione di Roma, specificamente dedicato alla stesura e presentazione di progetti nell'ambito del VII Programma Quadro. Ciò ha rappresentato il primo passo per la formazione di una figura aziendale competente in materia di bandi internazionali, che sarà incaricata sia di assistere i ricercatori interessati nel processo di sottomissione di un progetto europeo in tutti i suoi aspetti, sia di provvedere alla diffusione periodica e mirata delle opportunità di finanziamento a seconda dei contenuti dei bandi. Occorrerà inoltre identificare strategie



Ricerca e innovazione

per promuovere il reperimento di fondi internazionali, anche al di fuori dei Programmi della UE. In questo contesto, il master sulla Metodologia della Ricerca, organizzato per il 2008 prevede un'intera giornata dedicata alle opportunità di finanziamento offerte dal VII Programma Quadro e all'iter per la sottomissione e rendicontazione di un progetto.

Tab. 4 - Progetti del programma Regione-Università - anni 2007-2009

Area	N. progetti presentati al Collegio di Direzione	N. progetti inviati alla Regione	N. progetti approvati
1.a - Ricerca innovativa	25	10	4
1.b - Medicina rigenerativa	3	3	1
2 - Ricerca per il governo clinico	19	8	3
3 - Formazione alla ricerca e creazione di research network	6	2	2

Tab. 5 - Progetti del bando di Modernizzazione - anno 2007

Finalità	N. progetti inviati in Regione	N. progetti approvati		
Sperimentazione	1	1		
Miglioramento continuo della qualità assistenziale	3	3		
Sviluppo delle culture aziendali	1	1		

Tab. 6 - Progetti del bando ministeriale ricerca finalizzata - anno 2007

Tipologia progetto	N. progetti presentati alla RER	N. progetti approvati	
Progetti rientranti in un programma strategico	8	in corso di valutazione	
Progetti ordinari	4	valutazione	

Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/ professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attribuisce da molti anni una fondamentale importanza alla collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale di cui costituisce testimonianza importante il programma aziendale sui Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Frutto di un lavoro iniziato nel 1996, attuato nell'ambito di un programma di ricerca finanziato dal Ministero della Salute nel biennio 2000-2002, il programma è stato successivamente inserito nelle attività istituzionali. Nel corso del 2007, il programma ha raggiunto obiettivi importanti, particolarmente in merito all'integrazione tra Ospedale e territorio. Sono stati infatti realizzati i seguenti 4 percorsi in collaborazione con l'Azienda USL di Parma: Sclerosi Laterale Amiotrofica, Scompenso Cardiaco, Ictus, Dolore Toracico (per il dettaglio dell'attività svolta si rimanda al capitolo 3 e in particolare al paragrafo sulla Qualità dell'assistenza). Complessivamente, dal 2000 sono stati realizzati 14 PDT, coinvolti circa 150 operatori sanitari (di cui 122 medici e 27 infermieri) di 40 unità operative diverse 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. Il requisito fondamentale per la realizzazione del Percorso diagnostico-terapeutico è la partecipazione al gruppo di lavoro di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della patologia in oggetto, al fine di poter integrare i diversi punti di vista e trovare soluzioni comuni alle problematiche emerse. Oltre a permettere il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica, la discussione che caratterizza il lavoro dei gruppi multidisciplinari offre spunti per la realizzazione di innovativi progetti di ricerca multiprofessionali.

Garanzie di trasparenza

A partire dal 2008, l'AOU di Parma ha deciso di includere la produzione scientifica nei report sull'attività svolta dai Dipartimenti, integrando nel processo di budget l'attività assistenziale con quella di ricerca. La descrizione delle attività di ricerca ha il duplice scopo di dare risalto alle attività svolte dai professionisti che operano presso l'Azienda, e di incoraggiare il loro impegno futuro nella ricerca.

Censimento delle attività di ricerca

Al fine di fornire una prima fotografia dell'attività, è stata creata una scheda (riprodotta in prototipo di seguito), contenente, per ciascun Dipartimento, il numero di pubblicazioni realizzate, l'impact factor grezzo (IF) e normalizzato (IFN), e l'elenco di tutti i progetti di ricerca attivati nel 2007. La strategia adottata per il reperimento delle informazioni necessarie al calcolo dell'IF, comprende tutte le pubblicazioni censite da Pubmed, negli anni 2006 e 2007, effettuate dai professionisti dipendenti o in convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, afferenti alle strutture dei Dipartimenti assistenziali integrati. Al fine di rendere più specifica la strategia di ricerca, è stato inserito tra i limiti "Parma" nel campo affiliation ed esclusa la ricerca su animali.

Relativamente ai progetti in atto, le informazioni sono desunte in maniera retrospettiva da diversi sistemi informativi (documentazione del Comitato Etico Unico della provincia di Parma, delibere e comunicazioni ufficiali ministeriali e regionali). Pur costituendo un passo importante verso il censimento delle attività di ricerca, la metodologia utilizzata è caratterizzata dai limiti delle rilevazioni basate su documenti/registri i cui dati sono raccolti ad altri fini (amministrativi e gestionali).

Entro il 2008 tali limiti saranno superati grazie alla partecipazione ad un progetto di ricerca regionale, finanziato nel quadro del Bando di Modernizzazione, che prevede la registrazione prospettica di un set di dati sui progetti di ricerca. Questa anagrafe della ricerca richiederà necessariamente la collaborazione dei Dipartimenti aziendali, che si concretizzerà nella individuazione di figure dipartimentali dedicate, con ruolo di referente dipartimentale della ricerca.



	olinica per Dipartime	nto e Unità Ope	rativa									
	DIPARTIMENTO		UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	Tot dip
Pubblicazioni censite Pubmed		Anno 2006 Anno 2007										
	DIPARTIMENTO		UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	UO	Tot dip
Impact Factor		Anno 2006										
normalizzato		Anno 2007										
	DIPARTIMENTO			entro dinam		L	Inità di Parte	Ricero cipanti			Titolo	
Progetti finanziati con	Programma di ricerca Regione-	Studi monocentrici										
bandi della Regione Emilia- Romagna	Università 2007-2009	Studi multicentrici										
(approvati con Delibera di Giunta	Progetti di modernizzazione	Studi monocentrici										
Regionale il 27-12-2007)	2007	Studi multicentrici										
	DIPARTIMENTO			entro dinam		L	Inità di Parte	Ricero cipanti			Titolo	
	Ricerca Finalizzata	Studi monocentrici										
Progetti finanziati con bandi del		Studi multicentrici										
Ministero della Salute (approvati nel 2007)	AIFA	Studi monocentrici										
		Studi multicentrici										
	DIPARTIMENTO			entro rdinam		L	Inità di Parte	Ricero cipanti	ca		Titolo	
Progetti finanziati con		Studi monocentrici										
bandi dell'Unione Europea		Studi multicentrici										
	DIPARTIMENTO			entro dinam		L	Inità di Parte	Ricero cipanti			Titolo	
Progetti finanziati con fondi pubblici		Studi monocentrici										
(approvati dal Comitato Etico Unico nel 2007)	Studi spontanei	Studi multicentrici										
	DIPARTIMENTO			entro dinam		L	Inità di Parte	Ricero			Titolo	
	Azienda	Studi monocentrici										
Progetti finanziati con fondi privati	farmaceutica Associazione	Studi multicentrici										
(approvati dal Comitato Etico Unico nel 2007)		Studi monocentrici										
		Studi multicentrici										



Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati

Nel 2007 sono state definite le regole per la gestione trasparente dei fondi disponibili per la ricerca. L'elemento fondamentale è la predisposizione di un atto, denominato *Atto di ufficializzazione dell'attivazione del progetto*, che ne autorizza formalmente l'avvio, dopo parere favorevole del Comitato Etico, ove richiesto, e dopo verifica della congruità del piano dei costi. L'atto riporta, in particolare, il piano dei costi e un codice identificativo a 7 cifre impiegato per attingere ai fondi e monitorarne l'utilizzo. Esso dovrà anche esplicitare dettagli sulla proprietà intellettuale dei risultati e sulle reciproche responsabilità (sponsor, ricercatore, azienda, promotore, eccetera). Attraverso di esso, inoltre, viene approvata la convenzione economica stipulata con l'Azienda nel caso di sponsor privato.

Una volta sottoscritto dal Direttore Sanitario, l'atto sarà trasmesso allo sperimentatore responsabile (principal investigator), agli eventuali referenti delle Unità partecipanti, e a tutti gli uffici competenti (Servizio Gestione e sviluppo del personale, Servizio Attività economali e di approvvigionamento, Servizio Informativo, Servizio Attività tecniche e logistiche, Servizio Ingegneria Clinica, Servizio Farmacia) affinché possano autorizzare gli acquisti, in conformità con quanto previsto nel piano dei costi allegato all'atto stesso. L'atto sarà inviato anche alla Struttura Ricerca e Innovazione, al fine di attuare il censimento delle attività di ricerca realizzate nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e il monitoraggio periodico dello stato di avanzamento dei progetti, in termini di obiettivi intermedi e pubblicazione finale. Sarà inoltre compito del Servizio Bilancio e Finanze monitorare l'utilizzo complessivo dei fondi e segnalare eventuali incongruenze nell'acquisizione di risorse non previste nel piano economico.

Valorizzazione ruolo del Comitato Etico

Nei primi mesi del 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda USL di Parma hanno perfezionato l'accordo inerente l'istituzione del Comitato Etico Unico per la provincia di Parma.

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che è chiamato ad esprimere pareri sulle sperimentazioni cliniche per valutare interventi farmacologici o dispositivi medici, sull'opportunità di studi clinici osservazionali e su possibili sperimentazioni finalizzate al miglioramento della pratica clinica.

Il Comitato Etico, che ha anche il compito di proporre iniziative di formazione nel campo della bioetica, può essere consultato inoltre in caso di questioni etiche connesse alle attività scientifiche o assistenziali.

Gli enti istitutivi hanno promosso la costituzione di un Comitato Etico Unico per la valutazione dei protocolli di ricerca clinica come occasione di sviluppo e di crescita dei professionisti, nonché di miglioramento della pratica clinica. A tale organismo viene demandata la regolamentazione di criteri omogenei per l'effettuazione delle sperimentazioni cliniche nell'ambito degli enti di riferimento.

I membri del Comitato Etico Unico della provincia di Parma, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sono stati scelti sulla base delle competenze e dell'esperienza e rimarranno in carica per tre anni.

Nel corso del 2007 è stato progettato e impostato il sito del Comitato, strumento essenziale per assolvere al dovere di trasparenza sui presupposti e sulle modalità dell'azione del Comitato, azione che tuttavia è sottoposta all'obbligo di riservatezza. Il sito è inoltre strumento fondamentale di rapporto con sperimentatori e sponsor attraverso informazioni chiare e univoche e si configura come importante strumento di riferimento per i componenti il Comitato, cui è dedicata un'area riservata. A pochi mesi dall'insediamento (novembre 2007) è stata altresì istituita la segreteria scientifica del Comitato con personale di formazione scientifica a contratto. La segreteria scientifica ha iniziato il lavoro di analisi e verifica della sicurezza degli studi sottoposti al Comitato, attraverso la valutazione degli eventi avversi, nonché l'analisi dei protocolli sottoposti a valutazione per verificare la completezza dei dati. È in elaborazione il complesso sistema di monitoraggio degli studi, fra i cui obiettivi principali si pone l'attenzione alla corretta applicazione degli strumenti e delle modalità di comunicazione/ informazione legate al consenso informato.

Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali

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 tabelle estratte dal suddetto rapporto, i cui dati si riferiscono al 2006 ultimo anno disponibile e la cui analisi consente di effettuare alcune considerazioni generali, ma pur sempre indicative del fenomeno.

Su 103 province italiane, 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 7), evidenzia come l'Azienda Ospedaliera di Parma si colloca a livello nazionale al 27° posto per numero di sperimentazioni (complessivamente il 5% degli studi nazionali).

Considerando singolarmente le strutture sanitarie che effettuano ricerca clinica in provincia di Parma (tabella 8), 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 (tabella 9) consente di confermare quanto peraltro già noto, che la maggior quota di attività è ad appannaggio di tre discipline: quella oncologica (40% di tutte le sperimentazione dell'AOU di Parma), seguita dalle malattie infettive (9%) e dalla disciplina cardiologica (7%).



Tab. 7 - Sperimentazioni per struttura partecipante

		2000 - 2006				
	Struttura*	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	AOU 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	
	Sperimentazioni totali: 4.252 (esclusa Fase I)					

*Nota: sono riportare le prime 30 voci sedi di sperimentazione

Tab. 8 - Sperimentazioni per struttura - provincia di Parma

	2000 - 2006				
Struttura e Reparto	Sperimentazioni Cliniche	% su Regione	% su Provincia		
Provincia di Parma	330	19,4	100,0		
AOU 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		



Ricerca e innovazione

Tab.9 - Sperimentazioni per reparto dell'AOU di Parma

0000 0000						
Struttura	2000 - 2006					
e Reparto	Sperimentazioni Cliniche	% su Struttura				
AOU 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				

Struttura e Reparto		2000 - 2006					
		Sperimentazioni Cliniche	% su Struttura				
	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				



Sebastiano Ricci, dipinto raffigurante Lucrezia Romana in atto di suicidarsi, 1687-1695 ca, olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)







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. Nel corso del 2007, sono tre gli obiettivi di maggior rilievo e di cui diamo conto in questo capitolo.

- La realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma
- L'Ospedale dei Bambini
- Il Pronto Soccorso



Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il Nuovo Ospedale di Parma è un percorso in atto. L'accordo di programma prevede il superamento della divisione in padiglioni per realizzare strutture con pochi, grandi poli che raccoglieranno e integreranno attività vicine e complementari.

Sono diversi i progetti e gli impegni che contribuiscono al progredire di questo progetto, di seguito vengono riportati gli obiettivi di maggior rilievo conseguiti nel 2007. Non si tratta solo di nuove strutture o innovazioni tecnologiche, ma di un diverso 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 gli ambienti.

Soprattutto nei paragrafi relativi all'Ospedale dei Bambini e al Pronto Soccorso, particolare rilevanza viene data sia alla spiegazione degli ambienti e dell'offerta sanitaria sia alla filosofia alla base di queste scelte. Una logica di fondo che segna il passaggio dell'ospedale da "non luogo" a vero e proprio ambiente di cura e di lavoro dotato di anima e di tutte quelle pulsioni che contraddistinguono gli spazi di vita.

Un ultimo accenno, infine, lo meritano tutta quella serie di trasferimenti dei reparti che sono di fatto propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale. Trasferimenti che si sono realizzati grazie anche ad un enorme sforzo di tutto il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma

Nel corso del 2007, è proseguita la realizzazione del Nuovo Ospedale, oggetto dell'accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna, Provincia e Comune di Parma, Università degli Studi, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL, Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e Fondazione Banca Monte di Parma, sottoscritto il 3 ottobre 2003.

Il progetto unitario per il completamento del Nuovo Ospedale, con valenza decennale 2007-2016, è stato approvato dal Consiglio comunale di Parma nella seduta del 10 aprile 2007. Gli interventi contenuti nel progetto unitario sono ripartiti in tre fasi: a breve termine, dal 2007 al 2010, a medio termine, dal 2011 al 2013 e a lungo termine, dal 2014 al 2016.

Tra gli interventi a breve rientrano il Pronto Soccorso, l'Ospedale dei Bambini, il completamento della ristrutturazione del padiglione Barbieri, il IV lotto della Piastra Tecnica, che ospiterà gli ambulatori della Dermatologia, il centro Dialisi e gli uffici direzionali medici, la rifunzionalizzazione del 5° e 6° piano del Monoblocco, la nuova centrale dei gas medicali, il polo delle Psichiatrie, e il completamento del parcheggio di via Volturno.

Nel 2007, oltre all'attivazione del cantiere per l'ampliamento dell'attuale Pronto Soccorso secondo il progetto finanziato in sede nazionale e regionale e alla realizzazione dell'Ospedale dei Bambini, che verranno trattati in appositi e distinti paragrafi, si sono realizzati altri importanti interventi che meritano particolare attenzione.

Nello specifico, si ricorda l'attivazione della seconda Risonanza magnetica nucleare, tema di copertina del Bilancio di Missione 2006, dotata dell'innovativa ambient experience e della sala d'attesa per bambini realizzata in collaborazione con la

Disney, l'attivazione del Centro Senologico che ha riunito in unico luogo tutte le competenze multidisciplinari legate alla prevenzione e alla diagnosi delle patologie della mammella, la centrale UMACA (Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) per il trattamento dei farmaci antitumorali, le nuove sale operatorie al Monoblocco, la riqualificazione degli ambulatori di Ortopedia, la realizzazione della nuova Centrale gas medicali e l'avvio dei lavori per la ristrutturazione del Padiglione Braga (il Polo delle Psichiatrie).

Si ricorda, inoltre, tra gli altri aspetti che hanno avuto ulteriori sviluppi nel corso dell'anno, la definizione e l'attivazione delle procedure di affidamento per la realizzazione del nuovo edificio denominato "terzo lotto corpo C" adiacente all'Ala A, la definizione e l'attivazione delle procedure di affidamento per la rifunzionalizzazione del Padiglione Barbieri, la realizzazione del progetto di fattibilità del Polo dei Laboratori, la progettazione definitiva della Torre 2 delle medicine.

Per quanto riguarda la rifunzionalizzazione del Padiglione Braga come sede del **Polo per l'assistenza psichiatrica**, questa è frutto di un 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 U.O. di Psichiatria dislocata al di fuori dell'area ospedaliera, nell'edifico Ugolino.

Il progetto UmaCA, invece, è realizzato nel Servizio di Farmacia dell'Azienda e ha avuto un impulso decisivo nel terzo trimestre del 2007. La realizzazione del laboratorio centralizzato per l'allestimento delle terapie antiblastiche propone un modello operativo in risposta alle esigenze di applicazione della normativa in tema di sicurezza e salute dei lavoratori, di adesione alle norme di buona preparazione dei medicinali e di gestione e abbattimento del rischio clinico. Nel laboratorio oncologico centralizzato e informatizzato il sistema fa riferimento ad una banca dati farmacologica e ad una banca dati dei protocolli chemioterapici personalizzati.

Raddoppio dello spazio ambulatoriale dell'Ortopedia

Nel gennaio 2007 è stato raddoppiato lo spazio ambulatoriale dell'Ortopedia, portandolo a 400 metri quadrati. L'intervento, nel suo complesso, ha interessato in particolare la riqualificazione del piano terra con sette nuovi ambulatori, un locale per l'accettazione del Pronto Soccorso ortopedico, una nuova sala gessi e una più ampia zona dedicata all'accoglienza. Sempre al piano terra è stato spostato il day hospital ortopedico, che si trovava al terzo piano della struttura. La riqualificazione degli ambulatori ortopedici ha avuto, di fatto, ricadute positive su tutta l'area osteo-articolare. Inoltre, gli ultimi trasferimenti dei reparti ortopedici hanno razionalizzato e reso più funzionali le strutture per medici e operatori sanitari.

Il nuovo ingresso di via Volturno

Sempre all'inizio dell'anno è stato aperto un nuovo ingresso dell'Ospedale Maggiore. L'entrata da via Volturno, con un parcheggio attiguo di 700 posti, di cui circa 300 riservati ai dipendenti, permette un accesso diretto e più semplice ai reparti collocati nei nuovi edifici: la Torre delle Medicine, la Piastra Tecnica, il Centro del Cuore e le Ortopedie. La nuova porta dell'Azienda è la diretta espressione del cambiamento avvenuto con la nascita delle nuove strutture polispecialistiche, che hanno spostato il baricentro dell'Ospedale da via

Gramsci all'area di via Volturno. Per agevolare il cambiamento delle abitudini tra gli utenti e i cittadini è stata distribuita nel corso dell'anno una mappa dell'area ospedaliera in formato tascabile per raggiungere i servizi e le degenze. Inoltre, è stata posizionata una fermata del bus navetta dell'Ospedale che compie un percorso circolare all'interno dell'area ospedaliera collegando tutti i principali padiglioni (si veda a questo proposito il capitolo 4).

Nell'ingresso, con scale mobili e ascensori, sono stati collocati alcuni quadri, oggetto di una donazione e inseriti in una prospettiva non solo di arredo o di accoglienza, ma anche nell'ottica di un diverso approccio culturale dell'Ospedale, concepito come luogo con una dimensione sua propria, pensato anche come parte di uno spazio di vita e di lavoro. Proseguimento dell'ingresso, percorso di accesso ai reparti, è invece la Galleria dell'Accoglienza dove trova posto un bar caffetteria. Dall'entrata di via Volturno si accede facilmente anche alla nuova cappella ospedaliera inaugurata nell'ottobre del 2007. La cappella ospita, al suo interno, alcune sculture realizzate dall'artista Andrea Jori.

Attivazione del Centro Senologico

Il Centro Senologico, aperto all'utenza a partire da aprile 2007, si propone come un percorso unitario per la diagnosi e la cura delle patologie della mammella, realizzato in un'unica sede fisica, un luogo dove la donna può essere accompagnata da referenti certi con una dotazione tecnologica di eccellenza. La realizzazione del Centro Senologico, che ha unito gli sforzi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL di Parma, è rivolta all'utenza come una proposta di accesso innovativa, che raccorda in modo diretto tutti i professionisti interessati al percorso diagnostico-terapeutico della patologia della mammella: il radiologo, l'oncologo, il chirurgo, lo psicologo, l'anatomo-patologo, il citologo, il medico nucleare, il chirurgo plastico e il radioterapista, con un responsabile che svolge l'incarico di supervisione gestionale.

La certezza di un percorso che accompagna e propone la "presa in carico" della persona rappresenta, dal punto di vista organizzativo, il coordinamento delle funzioni di prevenzione e screening con quelle di accertamento e approfondimento diagnostico e di intervento e terapia. Il Centro, collocato al padiglione Monoblocco dell'Ospedale, infatti, mira a garantire continuità e coerenza superando la frammentazione sia nel percorso di diagnosi che nel percorso di cura. La dotazione tecnologica, inoltre, è altamente innovativa e raggruppa mammografi, ecografi digitali di ultima generazione, Mammotome, Risonanza magnetica nucleare. Infine, va segnalato che il Centro è dotato di un Punto di accoglienza "dedicato" per la prenotazione delle prestazioni e che è stata realizzata una campagna di comunicazione finalizzata alla diffusione delle informazioni sul suo funzionamento, la sua dotazione tecnologica, l'integrazione degli specialisti, l'accesso e le informazioni di carattere pratico (si veda, a tale riguardo, il capitolo 5).

L'Ospedale dei Bambini

Uno degli elementi fondamentali del nuovo Ospedale di Parma è rappresentato dalla realizzazione dell'Ospedale dei Bambini, frutto di un accordo di programma, sottoscritto il 12 luglio 2005, tra Azienda Ospedaliero-Universitaria, Comune di Parma, Barilla G. e R. F.Ili, Impresa Pizzarotti & C., Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e Monte di Credito su Pegno di Busseto.

Il nuovo edificio si configura come un vero e proprio ospedale pediatrico dove confluiranno tutte le funzioni della pediatria e della maternità dell'attuale Dipartimento Materno-Infantile.

L'obiettivo è realizzare un modello di medicina e di assistenza pediatrica che prenda in considerazione tutto quanto sia vicino al bambino mentre è ricoverato in una struttura ospedaliera, considerandolo come persona che ha esigenze sue proprie, da interpretare e soddisfare.

Il principio ispiratore che spiega questa scelta può essere sintetizzato nella locuzione "non tutto del bambino malato è malato". Con questa frase si vuole appunto intendere che vi sono aspetti della persona cui dover prestare attenzione, al di là della malattia e comprendendo in essi la malattia. È il bambino che deve stare al centro dell'assistenza globale, con le sue priorità e le sue esigenze: la salute, la persona, le sue attese, le sue preoccupazioni, le sua modalità d'essere, le sue progettualità di vita. In questa ottica nel progetto definitivo del master plan del nuovo Ospedale dei Bambini, approvato l'8 agosto 2007, ampi sono gli spazi che rispondono agli obiettivi di umanizzazione.

Nella ormai ampia letteratura sull'umanizzazione degli ambienti ospedalieri, sull'architettura e il design che contraddistinguono i luoghi di cura si fa sempre più spesso riferimento all'evoluzione del disegno architettonico e degli ambienti pensati anche come strumento terapeutico. Si pensa, quindi, ad una concezione degli ospedali non come asettici contenitori dotati esclusivamente di caratteristiche pratiche finalizzate all'assistenza ed alla terapia medica, ma come luoghi dotati di un'anima propria, di una loro poiesi. È qui che si segna il passaggio dell'ospedale da "non luogo" a vero e proprio spazio abitativo. Un esempio di questa impostazione è dato dalla sempre maggiore integrazione tra arti visive, momenti culturali di vario genere e spazi sanitari.

Se questo *modus operandi* serve ed è utile per tutti i reparti di cura, ancora di più diventa necessario quando i pazienti sono i bambini o gli adolescenti.

Creare spazi ospedalieri che non interrompano bruscamente il passaggio casa - ospedale è una delle regole che muovono l'attuale area pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e, ancora di più, è la filosofia che muove la realizzazione dell'Ospedale dei Bambini.

Preme qui sottolineare che spazi adeguati e pensati per l'uomo, in questo caso il bambino, inteso come soggetto compreso tra zero e i 18 anni di vita, non sono altro che il riflesso di un modello di assistenza che, come è stato definito nel progetto sanitario del nuova struttura pediatrica, si definisce globale proprio perché ha una visione complessiva della persona. Tra le azioni concrete di questa impostazione portate avanti nel corso del 2007, ci sono forme di accompagnamento rivolte ai bambini per l'intervento chirurgico e per gli esami di



Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

risonanza magnetica. Il principio ispiratore consiste nel fatto che non c'è una negazione dell'esperienza che il bambino andrà a vivere in ospedale, ma una condivisione della sua esperienza. Condivisione che concretamente si sviluppa e si esplica in modi diversi rispetto all'età.

Il progetto "Alla scoperta del pianeta S.O." che prepara i bambini all'intervento chirurgico permette ai piccoli pazienti e ai loro genitori sia di potersi adattare all'ambiente ospedaliero sia di gestire ansia, preoccupazione e paura. Al bambino, secondo questa logica, vengono date tutte le informazioni su quello che gli accadrà nella fase preparatoria dell'intervento e al momento del risveglio.

Per relazionarsi viene scelta una formula narrativa, un racconto che, a secondo dell'età, si sviluppa in maniera diversa. Le esperienze descritte fanno parte del "progetto GiocAmico" svolto da personale formato e specializzato, gestito da psicologi e psicoterapeuti della cooperativa Le mani parlanti. Una forma per tranquillizzare i bambini, ma anche i genitori, poiché saranno in possesso di nuovi strumenti e potranno dare maggiore tranquillità e sicurezza ai loro figli; notevoli sono le ricadute concrete sia sulla gestione del dolore che sui processi di ospedalizzazione. Queste iniziative sono state sviluppate e illustrate dai professionisti dell'Azienda in un corso svolto nel novembre 2007 all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi di Bologna.

In questo modello, dove il bambino è la *misura*, la stanza di degenza è il nucleo base nel quale viene vissuta la malattia e la cura. Nella stanza di degenza il bambino porta il suo mondo di affetti di emozioni e proposte (gioco, scuola, incontri) che lo aiutano a ritrovare la salute. La stanza diventa il luogo cardine dell'Ospedale dei Bambini, un luogo dove avvengono eventi privati.

L'offerta assistenziale

Nel nuovo Ospedale dei Bambini di Parma l'offerta assistenziale nasce, in primo luogo, dalle indicazioni che derivano dalla programmazione sanitaria regionale e locale; la dotazione dei posti letto per la degenza intensiva, ordinaria e day hospital è definita direttamente dai documenti di riferimento.

In particolare il modello hub & spoke adottato dalla regione Emilia-Romagna per la rete ospedaliera regionale prevede, come già illustrato in diversi parti del presente volume (a riguardo si vedano i capitoli 1, 2 e 3), che una serie di funzioni specialistiche di secondo livello siano concentrate in centri di riferimento sovraprovinciali.

Nello specifico, all'Ospedale di Parma per le specialità pediatriche sono assegnati 10 posti letto per la terapia intensiva neonatale e 4 posti letto di terapia intensiva pediatrica. Quest'ultima funzione viene attualmente espletata dall'Unità Operativa di Rianimazione per adulti, mentre nell'Ospedale dei Bambini verrà realizzata più opportunamente in ambito pediatrico. Altre funzioni di secondo livello assegnate all'Azienda Ospedaliero-Universitairia di Parma sono: chirurgia pediatrica, oncoematologia pediatrica, endoscopia pediatrica, centri di riferimento regionale per malattie rare come fibrosi cistica, emofilia e spina bifida.

Nella realizzazione del progetto, accanto a questi elementi di programmazione, la scelta culturale adottata è stata quella di costruire una struttura "per gradualità di cura": la possibilità di omogeneizzare nello stesso piano/area il grado di assistenza

da offrire a bambini affetti da patologie diverse. Ciò presuppone la scomparsa del "reparto specialistico" dove convivono pazienti con gravità diversa ma con patologie di uno stesso organo o apparato. L'adozione di questo modello ha determinato la scelta di concentrare nel primo stralcio del progetto il cosiddetto Ospedale "di notte", in cui sono ospitate funzioni che prevedono il pernottamento e la disponibilità di assistenza 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno. All'interno dell'Ospedale di notte, la massima espressione di tale principio si realizza dove è stata prevista l'offerta di degenza ordinaria polispecialistica, a cui afferiscono i bambini che necessitano di questo livello assistenziale, sia di tipo internistico, che chirurgico. In questa ottica, il progetto diagnostico e terapeutico viene costruito dal lavoro di équipe dei diversi specialisti che interagiscono e si confrontano quotidianamente. L'arricchimento culturale per i professionisti e il personale è la prima conseguenza - facilmente intuibile - di questo modello. Il bambino viene assistito nella sua totalità e complessità, evitando di curare il singolo organo o apparato con il pericolo di perdere la dimensione dell'individuo che soffre nella sua interezza. Il master plan dell'Ospedale dei Bambini prevede la realizzazione di un piano interrato che ospiterà le principali funzioni impiantistiche. Un piano terra destinato alle funzioni di pronto soccorso-astanteria, informazione e accoglienza, attesa e diagnostica. Al primo piano troveranno collocazione degenza intensiva polispecialistica, post-intensiva e chirurgica, degenza e day hospital dell'Oncoematologia. Il secondo piano sarà destinato al blocco operatorio, alla terapia intensiva neonatale e alla degenza ordinaria neonatale. Il terzo piano, invece, sarà completamente dedicato alla degenza ordinaria polispecialistica comune.



Autore toscano della metà del sec. XVI, dipinto raffigurante la Sacra Conversazione, metà del XVI secolo, olio su tela Collocazione: Galleria Nazionale di Parma (vedi sezione Impatto culturale, pag. 60)



Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

II Pronto Soccorso

Nel corso del 2007 sono entrati nella fase operativa i lavori per il nuovo Pronto Soccorso dell'Azienda, secondo il progetto finanziato in sede regionale e nazionale negli anni precedenti. Il progetto e il relativo piano di finanziamento sono stati predisposti nell'aprile 2004.

A seguito dell'appalto-concorso aperto nel 2005, a settembre 2006 l'appalto è stato aggiudicato in via definitiva. I lavori per la realizzazione del progetto del nuovo Pronto Soccorso hanno avuto inizio nel mese di marzo 2007. L'inizio dei lavori ha comportato una fase propedeutica e di sistemazione logistica che ha portato alcuni cambiamenti alla viabilità interna all'area ospedaliera e all'attivazione di una camera calda (luogo dove avviene il passaggio dei malati nel triage) e di una rampa di accesso provvisorie. A dicembre la nuova rampa di accesso e la camera calda sono state regolarmente attivate. Resteranno in funzione fino al termine dei lavori, previsto per il 2009. In tutta la zona interessata dai lavori è stata posizionata una segnaletica provvisoria e attuata una campagna informativa per i cittadini.

II progetto

Il Pronto Soccorso è un ambiente carico di emotività in cui è necessario garantire ai pazienti e ai loro familiari un'assistenza che non sia solo di tipo medico, ma anche affettiva e umana, con una forte connotazione relazionale e assistenziale; il progetto è stato studiato non solo come organizzazione di funzioni, ma come occasione di ripensamento del ruolo e dei servizi offerti per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di pronto soccorso. La scelta dei materiali, il dosaggio dei colori, la facilità di orientamento dei percorsi e della distribuzione delle attività, la caratterizzazione del sistema di illuminazione concorrono alla creazione di ambienti che mirano a superare i rigidi schemi ospedalieri istituzionali.

In particolare, sono state individuate tra le priorità progettuali della nuova architettura: il miglior inserimento nel contesto esistente, l'umanizzazione degli spazi interni, l'impiego di tecnologie avanzate ed eco-compatibili, la migliore integrazione tra luce naturale e artificiale nell'ottica del massimo risparmio energetico.

Tutto il piano terra è stato ridisegnato utilizzando forme curve anche all'interno dei locali, sfruttando la duttilità dei materiali e creando forme adeguate al trasporto delle barelle. Le forme proposte consentono inoltre di eliminare l'angusto "effetto corridoio" e di arricchire l'interno con forme più gradevoli, nell'ottica di un miglioramento teso all'umanizzazione dello spazio ospedaliero.

La stessa operazione sarà applicata ai controsoffitti, impostando varie altezze che permetteranno, tra l'altro, di ridurre al minimo la diffusione del rumore, procurato dalla presenza dei molti macchinari. Anche l'uso del colore non rivestirà esclusivamente fini estetici, ma data la dimensione e la complessità dell'intervento, svolgerà un ruolo importante per facilitare l'orientamento: si prevede di differenziare con tonalità di colore diverso le aree del pubblico da quelle sanitarie.

Per quanto riguarda poi l'organizzazione del lavoro, è stata

dedicata particolare attenzione progettuale all'area di triage, nella consapevolezza che l'ottimizzazione del funzionamento del Pronto Soccorso dipende in grande misura dall'efficacia delle funzioni di triage.

Nello specifico, per quanto concerne gli aspetti progettuali, il nuovo Pronto Soccorso dell'Ospedale di Parma sarà a due piani e sorgerà lungo via Abbeveratoia, in un'area ora a parcheggio, a fianco dell'attuale struttura che sarà ristrutturata e destinata a ospitare la Medicina d'Urgenza. La forma ovale e allungata prevista nel progetto ricorda la sagoma di una navetta spaziale. La struttura sarà caratterizzata da grandi travature e pochi pilastri che daranno vita ad un unico spazio interno, con la massima flessibilità nella allocazione degli spazi, per assecondare le esigenze cliniche.

L'accesso sarà rialzato rispetto al piano stradale, in modo da permettere la creazione di un livello sottostante dove saranno collocati gli impianti tecnici e di servizio, oltre a un parcheggio coperto a disposizione delle ambulanze e dei mezzi di servizio. Il primo piano del nuovo edificio ospiterà tutte le funzioni di emergenza-urgenza a partire dalla camera calda.

Come sottolineato, un ruolo centrale sarà riservato all'area di triage, in posizione baricentrica rispetto all'intero Pronto Soccorso in diretto rapporto con gli ingressi dalla camera calda, articolata in due spazi: una reception per la prima accoglienza e uno spazio chiuso di valutazione del paziente, organizzato in tre box. Dall'attesa si accederà alle funzioni di pronto soccorso attraverso le stanze di triage dove avrà luogo la prima visita di soccorso. La posizione dell'infermiere di triage è prevista in modo tale da poter controllare gli accessi dei pazienti provenienti dalle attese e quelli provenienti dalle ambulanze. L'area per gli interventi di elevata priorità prevede il collegamento immediato fra la camera calda e la zona per "codici rossi". All'interno di quest'area sono previsti 4 box di intervento e 4 postazioni nella shock room, sotto stretto controllo infermieristico.

Invece l'intero corpo centrale dell'edificio sarà completamente occupato dalle sale per "codici verdi" e "codici gialli". Le due aree funzionali risulteranno dotate di una certa autonomia e separazione fisica e funzionale. Anche in queste aree si prevede un'ampia zona di controllo infermieristico centrale rispetto ai box, disposti concentricamente rispetto alla postazione di controllo. Oltre alle attività di supporto, ci saranno anche un'area di attesa per il ricovero, con 18 letti e uno spazio dedicato ai bambini, il box pediatrico. Completeranno i servizi la diagnostica per immagini e un'area di decontaminazione. Una particolare attenzione, infine, è stata posta al tema delle attese per il pubblico e per i pazienti deambulanti. La bussola d'ingresso per il pubblico darà accesso diretto sull'accettazione e le zone di attesa saranno ampie ed adeguate a contenere un elevato numero di visitatori. All'interno della zona di attesa è prevista un'area dedicata ai pazienti pediatrici. Sempre in questa zona sono previsti gli ambulatori per i "codici bianchi", a bassa gravità. L'area per il pubblico sarà inoltre collegata, mediante un percorso dedicato, al padiglione Monoblocco.







Conclusioni del Direttore Generale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel 2007 è riuscita ad aumentare la produzione, a contribuire al risultato positivo del sistema sanitario provinciale e a raggiungere l'obiettivo di equilibrio indicato dalla Regione.

Il 2007 è stato connotato dall'apertura di nuovi cantieri; dall'intenso impegno organizzativo ed umano connesso con i trasferimenti di reparti e attività propedeutici alla realizzazione del Nuovo Ospedale; da ulteriori acquisizioni e sviluppi in tema di innovazione tecnologica; da un forte impegno all'integrazione della funzione di ricerca con assistenza e didattica come viene rendicontato nel volume, ma anche come testimonia la risonanza internazionale che hanno avuto studi e ricerche condotte in Azienda (tra le altre le pubblicazioni su riviste internazionali come Blood, American Journal of Gastroenterology, Journal of the National Cancer Institute); dal consolidamento delle funzioni di cura e assistenza sia per quanto concerne il nostro ruolo nella rete hub and spoke, sia per quanto riguarda appropriatezza, qualità e tempesitività delle prestazioni erogate.

Il 2007 è stato un anno di rafforzamento e di conferma per il Comitato di Indirizzo, istituito solo nel giugno 2006, i cui orientamenti e indicazioni e le cui attività di verifica sono state di grande rilievo e di fondamentale supporto all'azione dell'Azienda.

È stato il primo anno di "rodaggio", se è consentito il termine, per il nuovo Collegio di Direzione il cui impegno propositivo su temi di rilievo, come ad esempio ricerca, formazione e organizzazione, è fondamentale per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

In tema di ricerca vale ricordare la collaborazione intrapresa con il nuovo Comitato Etico Unico per la provincia di Parma, istituito in accordo con Università e Azienda USL nell'aprile del 2007.

Lo sviluppo delle relazioni con Università e Azienda territoriale è il perno attorno al quale ruotano molte nostre attività e le pagine di questo volume ne danno ampio resoconto.

L'integrazione con l'Università è in piena evoluzione grazie all'istituzione e alla piena attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, alla definizione degli accordi locali che ancora ci vedono impegnati, al ruolo di co-firmatari dei contratti dei medici in formazione specialistica e agli intensi e proficui rapporti di collaborazione che hanno reso possibile anche la stesura di questo volume.

Sempre più stretto e operativo è il legame con l'Azienda territoriale in una logica di sistema e a supporto della Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Il contributo dell'Ospedale ambisce, nella prospettiva di rete in cui i nostri servizi e le nostre attività si inseriscono, a rendere sempre più concreta, appropriata, efficace e vicina ai cittadini la risposta ai bisogni di salute.

Tuttavia, trasformare l'ospedale da ambiente di cura e di lavoro a vero e proprio spazio di vita è la sfida più importante che rilanciamo nel futuro dell'Ospedale di Parma e alla quale le novità del 2007 hanno dato impulso. Questa sfida passa naturalmente attraverso l'integrazione tra arti visive, momenti culturali di vario genere e spazi sanitari. Passa attraverso nuove architetture che mirano a trasformare l'ospedale in una "casa temporanea", come nel caso dell'Ospedale dei Bambini, dove il bambino, nella sua integrità di persona, è al centro delle attività diagnostiche e terapeutiche, che tuttavia non "strappano" il bambino malato dal suo "prima di essere malato" e dal suo proiettarsi nel futuro. Già ora sono diverse le iniziative e gli strumenti attivati in Ospedale, con il supporto della scuola e del volontariato, per garantire continuità fra tempi di cura e tempi di vita.

Anche il nuovo Pronto Soccorso risponde ad un progetto studiato per favorire l'organizzazione del lavoro, in considerazione del fatto che si tratta di un ambiente carico di emotività, dove emerge la necessità di un sostegno psicologico che metta in grado gli operatori di comunicare fiducia, sicurezza, condivisione del dolore, al fine di garantire un'assistenza ai pazienti ed ai loro familiari che non sia soltanto medica, ma anche affettiva ed umana. L'ampliamento del complesso ospedaliero non rappresenta quindi una semplice organizzazione di funzioni, ma un'occasione di ripensamento del ruolo e dei servizi offerti che può essere occasione di importanti innovazioni. Se l'ospedale è architettura e non solo involucro funzionale, la progettazione di una struttura sanitaria è un impegno a introdurre un senso di identità che, al tempo stesso, non dimentichi l'appartenenza al luogo particolare dove si inserisce.

Occorre rilevare, tuttavia, che è un cambiamento culturale, non meramente architettonico quello di cui stiamo trattando. Una sfida che va oltre il 2007. Una sfida in cui sono coinvolti tutti coloro che lavorano in Ospedale. Una sfida che si traduce in impegno a rendere l'ospedale un luogo di lavoro che si propone come luogo dotato di senso e di condivisione di significati, attraverso la partecipazione e l'ascolto.

Nel quadro delle iniziative volte a mettere in relazione contesto di vita e contesto di lavoro si situa, ad esempio, la realizzazione del nido aziendale, portata avanti nel 2007. Essa costituisce un piccolo tassello, un contributo, in questa prospettiva, che non è fatto solo di mattoni.

È, del resto, grazie alle persone che lavorano in Azienda che possiamo mantenere l'impegno a dare risposte appropriate, efficaci, efficienti e affidabili a coloro che si rivolgono all'Ospedale di Parma.



Parere del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sul Bilancio di Missione Anno 2007 espresso nella seduta del 1 luglio 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 stato chiamato nella seduta del 01.07.2008 ad esprimere parere obbligatorio sul Bilancio di Missione che contiene i risultati dell'attività istituzionale dell'anno 2007.

Il Comitato, oltre a confermare quanto già segnalato in occasione del parere espresso sul precedente Bilancio di Missione e cioè l'elevato grado di innovatività dello strumento, ha potuto apprezzare come la versione 2007 del Bilancio di Missione si sia arricchita di moltissime informazioni, specialmente per quello che riguarda le prestazioni erogate, consentendo una valutazione completa del posizionamento della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nella realtà sanitaria provinciale e regionale.

Il Comitato dà atto in particolare che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

Entrando nei singoli punti del documento, per quanto riguarda in particolare **l'aspetto delle produttività**, il Comitato sottolinea positivamente il ruolo complessivo svolto dall'Azienda nelle rete dell'offerta regionale, come si evince da alcuni dati:

- a) tasso di ospedalizzazione: in linea con la media regionale;
- b) oltre la metà degli abitanti della città e provincia vengono ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- c) l'indice di dipendenza della popolazione verso le strutture ospedaliere extra regione è in calo (mobilità passiva);
- d) l'indice di attrazione resta costantemente elevato (mobilità attiva);
- e) il numero delle prestazioni ambulatoriali rivolto ai residenti è alto (43%), rispetto alla media regionale in cui le Aziende USL sono i maggiori erogatori (66%).

Contemporaneamente si richiamano alcuni aspetti meritevoli di ulteriore approfondimento quali il fatto che alcune delle funzioni Hub sono ancora limitate per gli spoke delle province limitrofe e non incidono significativamente sulla mobilità passiva, che i buoni risultati sulla mobilità attiva sono sostenuti prevalentemente dai Centri di Eccellenza e che i dati di attività complessivi sono sostanzialmente immodificati dal 2005.

Ulteriore avanzamento dello stato di attuazione del Nuovo Ospedale: molto soddisfacente lo stato di avanzamento dei lavori, con l'avvio dei lavori per il nuovo Pronto Soccorso, la ricollocazione in corso dei reparti ai fini dell'avvio dei lavori per il nuovo Ospedale dei Bambini, la progettazione del nuovo Centro poliambulatoriale di 1° livello, l'inizio di attività del nuovo Centro Senologico.

Nel quadro complessivo di generale ristrettezza economica e di difficoltà sempre maggiore nel reperire i fondi per la copertura e completamento del Nuovo Ospedale e del conseguente necessario rinnovo tecnologico, il Comitato esprime ancora una volta, come già ebbe a fare in occasione dell'esame del Bilancio di Missione 2006, il proprio disappunto per il fatto che le direttive regionali tese a ricercare l'equilibrio del sistema sanitario provinciale comportino una consistente riduzione della remunerazione delle attività erogate da questa Azienda (per oltre 2 mln di euro nel solo 2007).

Controllo della spesa sanitaria: purtroppo a livello nazionale e regionale nel corso del 2007 i costi per l'acquisto di beni e servizi hanno mostrato una crescita percentualmente più elevata rispetto alle risorse previste. Il Comitato giudica comunque favorevolmente le politiche messe in atto dalla Azienda per il contenimento dei costi e il ricorso sempre maggiore alla aggregazione degli acquisti a livello di area vasta in particolare per quanto riguarda farmaci e dispositivi medici, ma anche per altre tipologie di beni che fino ad ora non erano oggetto di gara, in particolare le forniture in service.

Ricerca e didattica: pur essendo questo aspetto importantissimo trattato nel documento in modo più esaustivo e completo rispetto a quello dell'anno precedente, si auspica, come già precedentemente richiesto, che vengano formalizzati meccanismi di controllo dello stato di avanzamento dei progetti di ricerca e che in futuro, per ognuno dei progetti, venga riportato nel documento l'indicazione del livello di completamento raggiunto. A tale scopo dovrebbe essere dedicata la struttura Ricerca e Innovazione di recente istituzione.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Rapporti tra Azienda Ospedaliera e Università: il documento dà ampio risalto alla offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ai corsi di studio per le professioni sanitarie, alle Scuole di Specializzazione (39 Scuole di Specialità per oltre 500 iscritti), ai Dottorati di Ricerca, eccetera.

Il Comitato dà atto che il documento esprime bene il rapporto con l'Università degli Studi di Parma sia in termini di dati resi disponibili, sia in termini concettuali di interazione/aggregazione.

Percorsi integrati Ospedale-territorio e assistenza alla popolazione anziana e non autosufficiente: nel corso del 2007 vi è stato un ulteriore sviluppo di questo aspetto particolarmente sentito dalla popolazione della nostra provincia, caratterizzata da uno dei più elevati indici di vecchiaia della regione. In particolare vengono ritenuti qualificanti: il percorso per le dimissioni difficili, la rete dei servizi dedicati alle demenze, la istituzione di nuovi percorsi diagnostici terapeutici gestiti in collaborazione con il territorio (ad esempio quello sullo scompenso cardiaco), la partnership con la Azienda territoriale sugli screening oncologici, la assistenza agli immigrati.

Il Comitato di indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2007 costituisca una conferma di quanto lo stesso Comitato aveva segnalato nel parere espresso sul primo Bilancio di Missione e cioè che questo nuovo strumento si sta confermando un utile veicolo di informazioni sulla coerenza tra obiettivi aziendali e risultati raggiunti e un supporto indispensabile per adottare future linee strategiche.

Nel contempo esprime il proprio apprezzamento alla Direzione Generale ed ai collaboratori per il lavoro di preparazione del documento.

Carlo Coscelli
Presidente del Comitato di Indirizzo

	Studio progettuale e grafico fotocomposizione e stampa			

Coop. Soc. CABIRIA



